

L'IMAGE DU MOIS : Une grossesse tubaire évolutive et symptomatique

Y. LEBRUN (1), V. GOFFIOL (2), P. HERMAN (3), U. GASPARD (4), F. VAN DEN BRÛLE (5)

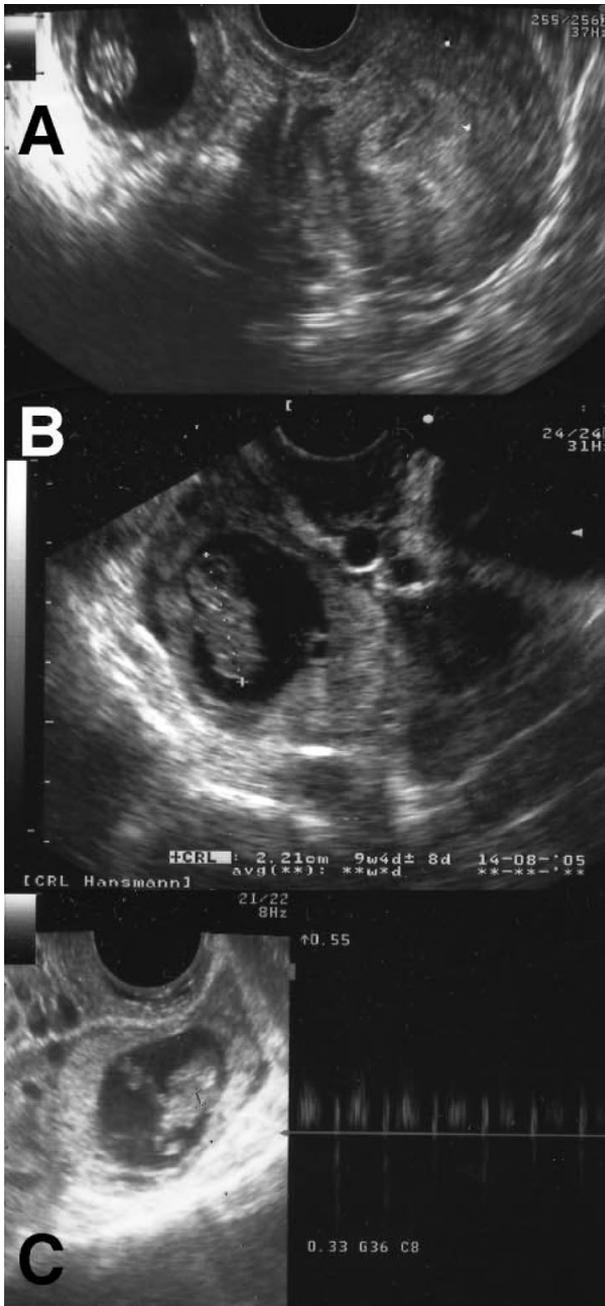


Figure 1 : Echographie vaginale. A, coupe coronale, montrant la grossesse ectopique, à gauche, et l'utérus, à droite. B, mesure de la longueur tête-fesses de l'embryon : 22,1 mm, équivalent à 9 semaines et 4 jours. C, Activité cardiaque de l'embryon, mise en évidence par Doppler pulsé.

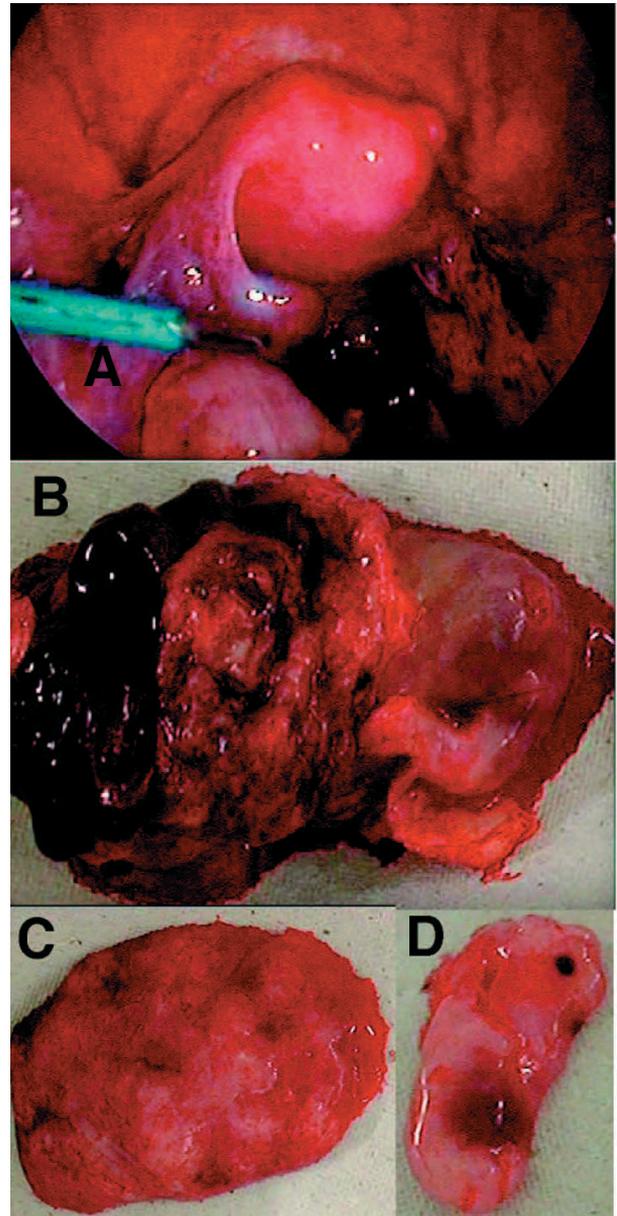


Figure 2 : Aspect coelioscopique de la grossesse tubaire gauche (A), aspect macroscopique de la pièce de salpingectomie (B), du trophoblaste placentaire (C) et de l'embryon (D).

Nous rapportons le cas d'une patiente de 38 ans, présentant une grossesse tubaire évolutive et symptomatique.

Ses antécédents médicaux et chirurgicaux sont sans particularités. Elle ne prend pas de traitement. Elle a accouché deux fois à terme, par voie basse, d'enfants de poids normal. La patiente est actuellement enceinte, et consulte le gynécologue à 8 semaines d'aménorrhée, dans un contexte de métrorragies sans douleurs, ayant débuté deux

(1) Assistant, (2) Consultant, (3) Chef de Service associé, Chargé de Cours adjoint, (4) Professeur Ordinaire, Chef de Service, (5) Professeur de Clinique, Maître de Recherches du FNRS, Service de Gynécologie, CHU Sart Tilman, B-4000 Liège.

jours auparavant. L'examen clinique général est sans particularité; la pression artérielle et la fréquence cardiaque sont normales. L'abdomen est souple et sans défense, ni rebond.

L'examen gynécologique met en évidence un utérus de volume normal mais sensible, ainsi qu'une sensibilité annexielle gauche.

L'échographie endovaginale (Figure 1A) met en évidence un utérus antéversé, de volume normal, avec un endomètre épais et hyperéchogène. On visualise, en parautérin gauche, un sac gestationnel de 35 mm de diamètre, contenant un embryon dont la longueur tête-fesses est mesurée à 22,1 mm, ce qui correspond à une grossesse évolutive de 9 semaines et 4 jours (Figure 1B). L'activité cardiaque de l'embryon est manifeste, à 172 battements par minute (Figure 1C).

La biologie sanguine est sans particularités, avec une hémoglobine à 12,5 g/100 ml et un β -hCG à 81200 U/l. La patiente est Rhesus positif.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine gauche est retenu, et une coelioscopie est réalisée. Elle permet d'objectiver une grossesse tubaire gauche (Figure 2A), d'environ 4 cm de plus grand diamètre, située au niveau de l'ampoule de la trompe gauche, non rompue. Il existe un léger hémopéritoine, avec saignement faiblement actif par l'ostium de la trompe gauche. Vu la taille de la grossesse, une salpingectomie gauche est réalisée. L'examen macroscopique de la trompe, du trophoblaste et de l'embryon (Figure 2B, C, D), ainsi que l'analyse anatomopathologique de la pièce confirme le diagnostic. Les suites opératoires sont sans particularités.

DISCUSSION

La grossesse extra-utérine constitue une entité dont le pronostic peut toujours s'avérer sérieux, en faisant la première cause de mortalité lors de grossesse précoce. Son diagnostic repose sur l'association d'un tableau clinique évocateur associant aménorrhée, douleur pelvienne, et métrorragies du premier trimestre (1), chez une patiente dont le test de grossesse est positif. Le diagnostic fait appel à l'échographie vaginale, révélant l'absence de sac gestationnel intra-utérin et pouvant mettre en évidence des signes annexiels variables, allant de la masse hétérogène et douloureuse, à la visualisation du sac gestationnel avec embryon viable (2), comme dans le cas présenté. La rupture de la grossesse tubaire entraîne habituellement la visualisation de liquide dans le cul-de-sac de Douglas. Il est important de bien observer l'anatomie du myomètre utérin autour du sac gestationnel afin de confirmer le diagnostic de grossesse intra-utérine, et d'exclure la possibilité de grossesse tubaire viable, comme dans le cas présent.

rine, et d'exclure la possibilité de grossesse tubaire viable, comme dans le cas présent.

La prise en charge de la grossesse tubaire fait habituellement appel à la coelioscopie (1, 3, 4). Cependant, le traitement médical peut être utilisé dans certains cas bien codifiés (5, 6).

Les grossesses tubaires viables semblent caractérisées par un site d'implantation situé plutôt du côté du mésosalpinx que du côté antimésosalpinxien (7). Certaines études suggèrent que ces grossesses seraient caractérisées par des valeurs basses de CA-125 associées à des taux élevés de β -hCG (8), en accord avec le taux exceptionnellement élevé de β -hCG relevé dans le présent cas. Cependant, ces données sont discutées (9).

Le traitement médical, par administration locale ou systémique de méthotrexate, semble inefficace dans le cas de grossesses viables (10). Dans le cas rapporté, la taille de la grossesse nous a fait opter pour un traitement chirurgical radical par salpingectomie.

En conclusion, nous rapportons ici un cas de grossesse tubaire évolutive, efficacement traitée par salpingectomie coelioscopique. La bonne connaissance des modalités diagnostiques et thérapeutiques de la grossesse extra-utérine permettra de réduire la mortalité et la morbidité de cette affection.

RÉFÉRENCES

1. Fylstra DL.— Tubal pregnancy: a review of current diagnosis and treatment. *Obstet Gynecol Surv*, 1998, **53**, 320-8.
2. Condous G.— The management of early pregnancy complications. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2004, **18**, 37-57.
3. Hajenius PJ, Mol BW, Bossuyt PM, et al.— *Interventions for tubal ectopic pregnancy*. Cochrane Database Syst Rev, 2000, CD000324.
4. Dialani V, Levine D.— Ectopic pregnancy: a review. *Ultrasound Q*, 2004, **20**, 105-17.
5. Luciano DE, Jain A, Roy G, et al.— Ectopic pregnancy from surgical emergency to medical management. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, 2004, **11**, 107-21, quiz 122.
6. Sowter MC, Farquhar CM.— Ectopic pregnancy: an update. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 2004, **16**, 289-93.
7. Kemp B, Kertschanska S, Handt S, et al.— Different placental patterns in viable compared with nonviable tubal pregnancy suggest a divergent clinical management. *Am J Obstet Gynecol*, 1999, **181**, 615-20.
8. Predanic M.— Differentiating tubal abortion from viable ectopic pregnancy with serum CA-125 and beta-human chorionic gonadotropin determinations. *Fertil Steril*, 2000, **73**, 522-5.
9. Attar E.— Endocrinology of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 2004, **31**, 779-94.
10. Bider D, Oelsner G, Admon D, et al.— Unsuccessful methotrexate treatment of a tubal pregnancy with a live embryo. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 1992, **46**, 154-7.