

# Cas clinique

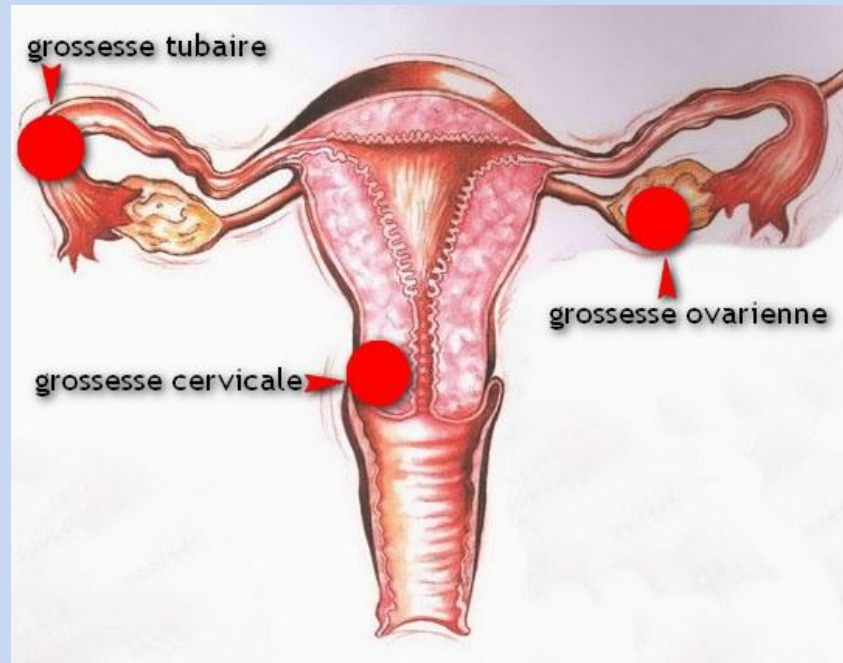
SAU Thionville

- Mme D, 27ans
- Consulte au SAU pour des douleurs abdominales apparues la veille accompagnées de vomissements et de diarrhées
- A l'examen :
  - Hypotendue
  - Pâle
  - Sensation de soif
  - Défense en fosse iliaque droite
- Fast Echo : Epanchement intra-abdominal

- En reprenant l'interrogatoire :
  - Notion de règles inhabituelles 2 semaines avant
- Bio :
  - Absence de syndrome inflammatoire
  - Béta-hCG à 2081
- Transfert à l'UGO :
  - Vacuité utérine à l'échographie
  - Coelio : rupture tubaire droite
  - Sortie à J2 après transfusion

# Grossesse extra-utérine

- Nidation ectopique de l'œuf hors de la cavité utérine



- 1° cause à évoquer devant des métrorragies du 1° trimestre de grossesse

# Facteurs de risque

- Tabagisme
- ATCD d'IST ou de salpingite
- ATCD de chirurgie tubaire ou pelvienne
- Dispositif intra-utérin
- Age maternel élevé

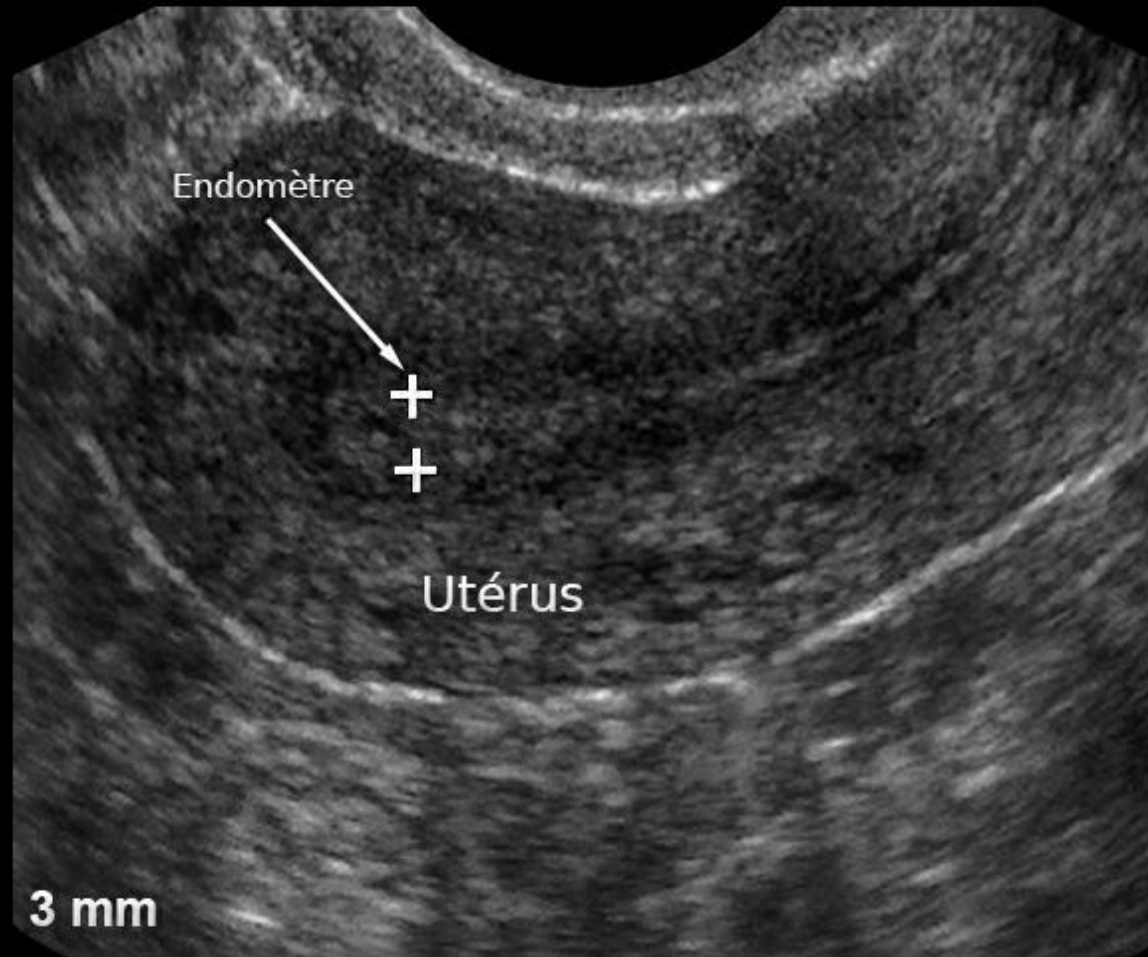
## Examen clinique :

- Interrogatoire :
  - Recherche des facteurs de risque
  - Date des dernières règles
  - Douleurs pelviennes uni-latérales
  - Métrorragies peu abondantes, répétées, parfois brunâtres
- Examen physique :
  - Prise des constantes et recherche de signes de choc
  - Palpation abdominale avec recherche d'une défense
  - Examen gynécologique avec examen au speculum et toucher vaginal

## Paraclinique :

- Biologique :
  - Béta-hCG : double toutes les 48h en cas de grossesse normalement évolutive
  - NFS
  - Bilan pré-opératoire avec crase et rhésus
- Echographie :
  - Par voie endovaginale et abdominale
  - Signe direct : masse latéro-utérine
  - Signe indirect : vacuité utérine

## Utérus Normal





Grossesse extra-utérine cervicale évolutive de 8 SA et 3 jours (LCC = 17,2mm) :  
Sac gestationnel de 24 mm de grand axe évoluant dans le canal cervical



## Traitement :

- Abstention thérapeutique :
  - Indication très limitée
- Médicamenteux :
  - Par méthotrexate
  - Surveillance de la décroissance des Béta-hCG jusqu'à négativation
- Chirurgical :
  - Par coelioscopie
  - Traitement conservateur par salpingotomie et aspiration puis surveillance des Béta-hCG
  - Traitement radical par salpingectomie

# Prise en charge en cas d'instabilité hémodynamique :

- Installation en salle de déchoquage
- Pose d'un scope
- Pose de 2 voies veineuses et remplissage
- Instauration d'une antalgie
- Bilan biologique avec bilan pré-opératoire et pré-transfusionnel
- Appel du gynécologue et de l'anesthésiste de garde