

*Point Fort De L'échographie Et Complémentarité Clinique  
Devant Une Suspicion De Grossesse Extra-Utérine A Test  
Urinaire Négatif A Propos D'un Cas*

*[Strength Of Ultrasound And Its Clinical Complementarity In  
The Context Of Suspected Ectopic Pregnancy With A Negative  
Urine Test]*

Ralaitsilanihasy Andrianiaina Francklin <sup>1</sup>, Ngotaka Jislin <sup>2</sup>, Rajaonarison Ny Ony Narindra Lova Hasina <sup>1</sup>,  
Ranoharison Hasina Dina <sup>1</sup>, Rajaonera Tovohery Andriambelo <sup>2</sup>, Ahmad Ahmad <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centre d'Imagerie Médicale du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona

<sup>2</sup> Service de Réanimation Chirurgicale du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona

Auteur correspondant: Ralaitsilanihasy Andrianiaina Francklin E-mail: [francklinralaitsilanihasy@gmail.com](mailto:francklinralaitsilanihasy@gmail.com)



**Résumé:** L'examen clinique, le test urinaire, le dosage de B-HCG et l'échographie sont complémentaires dans le cadre d'une suspicion de grossesse extra-utérine. Ils peuvent être discordants devant certaines situations. Nous rapportons un cas de grossesse extra-utérine à test urinaire négatif afin de décrire les aspects cliniques, biologiques et échographiques.

**Mots clés:** échographie, ectopie, grossesse, test urinaire, transvaginal

**Abstract:** Clinical examination, urine pregnancy test, serum  $\beta$ -hCG measurement, and ultrasound are complementary tools in the evaluation of suspected ectopic pregnancy. However, discrepancies between these diagnostic methods may arise in certain situations. We report a case of ectopic pregnancy with a negative urine test in order to describe the clinical, biological, and ultrasound findings.

**Keyword :** ultrasound, ectopic pregnancy, pregnancy, urine test, transvaginal

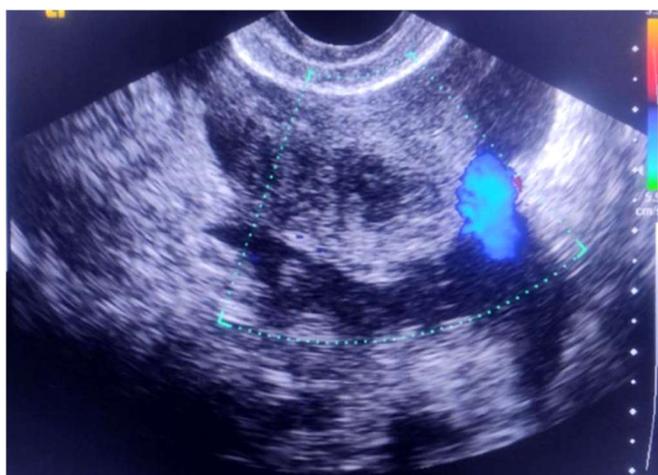
## I. INTRODUCTION

La fréquence de la grossesse extra-utérine (GEU) est élevée [1,2,3]. L'examen clinique, le test urinaire, le dosage de B-HCG et l'échographie sont complémentaires.

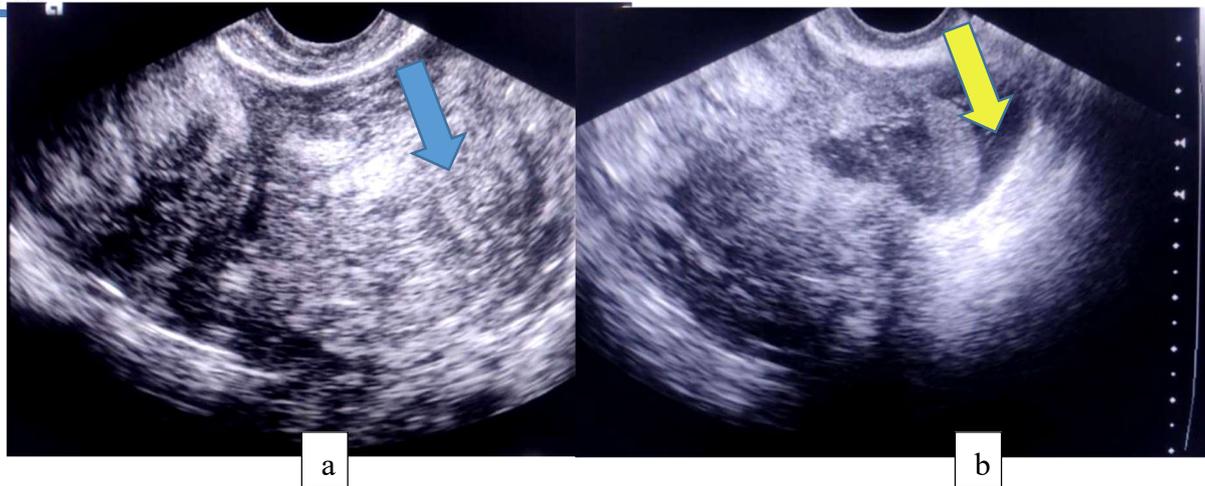
Ils peuvent être discordants devant certaines situations. Nous rapportons un cas de GEU à test urinaire négatif afin de décrire les aspects cliniques, biologiques et échographiques.

## II. OBSERVATION

Il s'agit d'une femme de 29 ans, consultant pour une douleur pelvienne gauche intense classée EVA 8/10, sans métrorragie dans un contexte d'aménorrhée de 06 semaines. L'examen clinique a montré un abdomen souple, sensible à la palpation au niveau de la fosse iliaque gauche. Le toucher vaginal a révélé la douleur et ramenant un doigtier propre. L'échographie d'emblée effectuée a montré un utérus vide, une masse latéro-utérine gauche (figure 1) sans image d'embryon évident, associée à une collection liquidienne échogène dans la trompe gauche et à une formation kystique hétérogène compatible avec un corps jaune homolatéral (figure 2a). Il existait un épanchement liquidien intra-péritonéal, échogène et de moyenne abondance, en rapport avec un hémopéritoine (figure 2b). Le test de grossesse urinaire effectué au décours de l'échographie était négatif. La patiente a été envoyée directement aux urgences pour un avis chirurgical immédiat. Le dosage de la B-HCG plasmatique n'a pas été réalisé. Une décision thérapeutique chirurgicale a été fixée. La laparotomie a montré un sac gestationnel latéro-utérin gauche (figure 3) avec un volumineux hémosalpinx et un hémopéritoine de moyenne abondance. La suite opératoire était simple. L'évolution était bonne avec des paramètres vitaux normaux.



**Figure 1 : Coupe échographique transvaginale montrant une masse latéro-utérine gauche**



**Figure 2 : Coupes échographiques pelviennes par voie transvaginale montrant un hémosalpinx gauche (flèche bleue) et un épanchement liquidien intra-péritonéal échogène (flèche jaune).**



**Figure 3 : Pièce opératoire macroscopie**

### III. DISCUSSION

L'examen clinique permet de suspecter et non pas d'éliminer avec certitude l'existence d'une grossesse débutante [4]. Aucun signe clinique pris isolément n'est suffisant pour éliminer le diagnostic de GEU. En présence de métrorragies isolées alors que l'examen clinique abdominal et pelvien est normal, le risque de GEU est très faible [4]. Le test urinaire est peu sensible [5,6,7]. La présence d'une douleur spontanée modérée à sévère, de signes d'irritation péritonéale, ou d'une douleur à la mobilisation utérine franche augmentent la probabilité d'une GEU [8]. L'absence de ces trois signes n'élimine pas la GEU mais tend à éliminer la rupture de la GEU [8]. La présence de ces signes doit donc inciter à transférer la patiente dans un centre spécialisé alors qu'en leur absence, la suspicion de GEU peut bénéficier de procédures diagnostiques en ambulatoire [8].

Dans bon nombre de pays africains, l'échographie demeure le seul outil diagnostique à disposition du praticien puisque les B-HCG n'étant pas toujours faciles à obtenir du fait de son coût élevé ou de la difficulté d'accès du laboratoire et que les dosages urinaires par bandelette peu sensibles [1]. L'échographie peut se faire soit par voie sus-pubienne, soit par voie transvaginale. La voie sus-pubienne est souvent limitée par la nécessité d'une vessie pleine, l'interposition gazeuse et l'épaisseur des pannicules adipeuses chez certaines patientes. L'examen par voie transvaginale est rapide et plus sensible [9]. Le diagnostic

est basé sur la visualisation d'une grossesse extra-utérine généralement sous forme d'une masse latéro-utérine plutôt que sur l'incapacité à visualiser une grossesse intra-utérine. La majorité des grossesses extra-utérines sont visibles à l'échographie transvaginale initiale [9]. L'échographie transvaginale à haute résolution a considérablement amélioré de diagnostic de la GEU. En conjonction avec le dosage de la composante bêta de l'HCG plasmatique, elle permet un diagnostic précoce de la GEU et de réduire de façon significative la morbidité et la mortalité de cette affection [9].

Le signe échographique majeur est la vacuité utérine. En l'absence de grossesse intra-utérine, un HCG plasmatique supérieur à 1 500 MUI /mL rend le diagnostic de GEU très probable. À l'inverse, la présence d'un œuf intra-utérin permet pratiquement d'exclure la GEU même si des pseudo-sacs ovulaires ou une grossesse hétérotopique sont possibles [9]. L'expérience de l'opérateur, la réalisation pratique de l'examen échographique, la voie d'abord ainsi que la qualité de l'appareil utilisé interfère largement sur la performance diagnostique [1].

La visualisation directe de l'œuf ectopique embryonné ou avec vésicule ombilicale affirme le diagnostic de GEU, mais n'est possible qu'une fois sur quatre environ. La traduction échographique la plus fréquente est l'hématosalpinx, qui apparaît sous forme d'une masse annexielle échogène extra-ovarienne, le plus souvent du côté du corps jaune [9]. Le Doppler couleur s'avère utile pour rechercher du flux au sein du trophoblaste ectopique, mais il n'est qu'un complément de l'échographie bidimensionnelle par voie transvaginale. Enfin, lorsque l'échographie n'est pas concluante, il est nécessaire d'effectuer un contrôle 2 à 4 jours plus tard [9].

#### IV. CONCLUSION

La grossesse extra-utérine peut se présenter de façon atypique, tant cliniquement qu'à échographie. Un test urinaire pourrait être un atout comme elle peut aussi être source d'une malorientation diagnostique. L'échographie trans-vaginale est d'une aide précieuse pour orienter le diagnostic et sauver la vie de la patiente.

#### REFERENCES

- [1] N'dinga Hg , Matoko C, Babelessa L, Angouono-Moke J. Impact du profil échographique de la grossesse extra utérine sur le délai d'intervention à l'hôpital de base de Talangai : RAMUR. Tome 17 n°2 - 2012
- [2] Nayama N, Gallais A, Ousmane N, Idi N, Tahirou A, Garba M, et al. Prise en charge de la grossesse extra-utérine dans les pays en voie de développement : exemple d'une maternité au Niger. Gynécologie Obstétrique et Fertilité. 2006 ; 34 : 14 - 8.
- [3]Meye J.F, Sima-Zue A, Sima Ole B, Kendjo E, Engongah-Beka T. Aspects actuels de la grossesse extra-utérine à Libreville (Gabon) : à propos de 153 cas. Cahiers d'études et de recherches francophones / santé. 2002 ; 12 : 405-8,
- [4]Fauconnier A, Mabrouk A, Heitz D, Ville Y. Grossesse extra-utérine : intérêt et valeur de l'examen clinique dans la stratégie de prise en charge. J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 2003 ; 32(S7) :18-27. Doi : JGYN-11-2003-32-S7-0368-2315-101019-ART4
- [5]Kirk E. Ultrasound in the diagnosis of ectopic pregnancy. Clin Obstet Gynecol. 2012 Jun;55(2):395-401. doi: 10.1097/GRF.0b013e31824e35fe.

- [6]Picaud A, Nlome-Nze AR, Faye A, Saleh S, Ouzouaki F, Engongah-Beka T, et al. Mortalité de la grossesse extra-utérine à Libreville. *Med Afr Noire* ; 1993, 40:343-7.
- [7] Nayama N, Gallais A, Ousmane N, Idi N, Tahirou A, Garba M, et al. Prise en charge de la grossesse extra-utérine dans les pays en voie de développement : exemple d'une maternité au Niger. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*. 2006 ; 34 : 14 - 8.
- [8] Chapron C, Fernandez H, Dubuisson Jb. Le traitement de la grossesse extra-utérine en l'an 2000. *J gynécol Obstét Biol Reprod* 2000 ; 29:351-61.
- [9]Ardaens Y, Guérin B, Perro N, Legoeff F. Apport de l'échographie dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine. *J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod*. 2003 ; 32(S7) :28-38. Doi : JGYN-11-2003-32-S7-0368-2315-101019-ART5