

## ITEM 25 : GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

**GEU ou grossesse ectopique** = implantation et développement d'une grossesse en dehors de la cavité utérine : situation fréquente (1 à 3% des grossesses, augmente dans les pays développés), potentiellement grave

- Localisations possibles : - **Tubaire** (majorité des cas) : **ampullaire** (70%), **isthmique** (20%), **pavillonnaire** (5%) ou **interstitielle**
  - Exceptionnellement : **ovarienne, abdominale, col ou isthme utérin, cicatrice de césarienne**
- Evolution : - **Distension** progressive de la trompe et érosion des vaisseaux tubaires → **hématosalpynx**
  - **Rupture tubaire** (par dilatation massive ou envahissement de la paroi par le trophoblaste) → **hémopéritoine**, puis **choc hypovolémique** pouvant conduire au **décès**

**FdR**

- **Lésion tubaire organique** : salpingite, GEU, chirurgie tubaire, chirurgie abdomino-pelvienne (sauf appendicectomie ou aspiration utérine non-complicquée), endométriose tubaire, compression extrinsèque (ADP...), malformation utérine ou tubaire (utérus Distilbène®...), tuberculose, bilharziose,
- **Lésion tubaire fonctionnelle** : **tabac** (avec une relation dose-effet)
- **Age maternel élevé > 35 ans**
- Contraception par **pilule microprogestative, DIU** (pas de réel surrisque, mais prévient moins les GEU que les GIU)
- **Fécondation in vitro** : 4 à 5% de GEU, avec risque de **grossesse hétérotopique** (GEU + grossesse intra-utérine)

**SF**

- Triade clinique :
  - . **Retard des règles** ou dernières règles inhabituelles
  - . **Métrorragies** : foncées, peu abondantes, classiquement « sépia » / noirâtres
  - . **Douleur pelvienne** latéralisée ou non du côté de la GEU
- **Signes sympathiques de grossesse** : nausée, vomissements, tension mammaire
- Autres : **malaise, angoisse, agitation, douleur scapulaire**
- Une GEU peut être **asymptomatique**

**SC**

- Constantes : signes de choc hémorragique (1<sup>er</sup> signe = **tachycardie sinusale**)
- Palpation : **douleur provoquée ± signe d'irritation péritonéale** (défense, douleur à la décompression)
- Examen au spéculum : confirme l'origine endo-utérine des saignements
- TV : - Utérus plus petit par rapport au terme théorique
  - **Douleur latéro-utérine** (90%)
  - **Col tonique et fermé**
- **Masse latéro-utérine douloureuse** (50%)
- **Empâtement douloureux du cul-de-sac de Douglas**

**Diagnostic**

→ Élimine le diagnostic de grossesse (donc de GEU) si négatif  
**Seuil de discrimination** au-delà duquel un sac intra-utérin doit être visible = **1500 UI/mL**  
 - Si < 1500 et localisation indéterminée (= GLI) → **cinétique du taux d'hCG + écho à 48h**  
 - Si > 1500 : GEU très probable en l'absence de sac intra-utérin

|                                    |  |  |
|------------------------------------|--|--|
| <b>Dosage quantitatif de l'hCG</b> | Cinétique du taux d'hCG à 48h (si GLI) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>GEU</b> : stagnation, élévation insuffisante</li> <li>- <b>GIU</b> : doublement du taux à 48h</li> <li>- <b>Fausse couche spontanée</b> : diminution</li> </ul>  |
|                                    | DD                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>hCG+</b> : GIU, fausse couche, môle hydatiforme</li> <li><b>hCG-</b> : kyste hémorragique du corps jaune, saignement génital non-utérin, infection génitale haute, torsion d'annexe, cause uro (CN, IU)/dig (appendicite)</li> </ul> |

**PC**

**Echo endo-vaginale**

Signe direct = **image annexielle latéro-utérine** de petite taille, situé à côté du corps jaune :  
 - **Sac gestationnel** contenant l'embryon (± activité cardiaque) et la vésicule vitelline  
 - **Hématosalpynx** : masse latéro-utérine hétérogène  
 - Recherche d'un **épanchement dans le cul de sac recto-utérin** +/- écho abdo pour recherche épanchement dans l'espace inter-hépato-rénal de Morisson

Signe indirect :  
 - **Vacuité utérine** (anormal si >5,5SA) avec endomètre épais, gravide ± épanchement du Douglas  
 - **Pseudo-sac intra-utérin** : centré dans la cavité, sans couronne trophoblastique  
 → **Diagnostic quasi-certain** si **hCG > 1500 UI/L** avec **utérus vide** à l'échographie

**Bilan**

- Bilan standard : **NFS / Hémocue, bilan de coagulation, groupage sanguin/Rh, RAI, bHCG** (sérique ± sur BU)
- Bilan pré-méthotrexate si besoin : **NFS, bilan de coagulation (TP/TCA), bilan rénal et hépatique**

- Si patiente Rh- et conjoint Rh+ : **prévention de l'allo-immunisation** materno-fœtale par **Ig anti-D** dans les 72h

**TTT**

**TTT chirurgicale**

- = Par **coelioscopie** (référence) ou **laparotomie** (si instabilité hémodynamique ou échec de la coelio)
- Information de la patiente : risque de salpingectomie, transfusion, conversion en laparotomie, plaie...
- TTT en urgence, après conditionnement/bilan préopératoire (groupage, RAI), analgésie, remplissage ± CGR :
- Exploration** : diagnostic, localisation, facteurs favorisants (adhérences, signes d'IGH), état tubaire controlatéral
- TTT conservateur : **salpingotomie** (ouverture de la trompe) et **aspiration** (échec dans 6 à 15%)
- TTT radical : **salpingectomie** (ablation de la trompe) si trompe atteinte très endommagée / saignement important
- Si trompe controlatérale saine = fertilité identique, sinon : possible nécessité de FIV ultérieure
- Examen anatomo-pathologique** systématique de la trompe et de la grossesse
- Vérification de la **négativité de l'hCG** en cas de traitement conservateur, 1/ semaine jusqu'à négativation.

|            |  |                        |   |
|------------|--|------------------------|---|
| TTT        | TTT chirurgical  | Indication             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- GEU symptomatique :             <ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Instabilité hémodynamique, perte de connaissance, malaise</b></li> <li>. <b>Défense ou contracture abdominale</b></li> <li>. <b>Hémopéritoine à l'échographie</b></li> </ul> </li> <li>- Signes de gravité : hCG &gt; 10 000 ou douleurs importantes ++</li> <li>- Hématosalpynx &gt; 4 cm à l'échographie</li> <li>- Contre-indication ou refus du méthotrexate : insuffisance hépatique ou rénale</li> <li>- Impossibilité de suivi ambulatoire</li> </ul>   |
|            | TTT médical  |                        | <p><b>Méthotrexate</b> (1 mg/m<sup>2</sup> IM) : lyse chimique de la grossesse, élévation possible de l'hCG jusqu'à J4 → <b>25%</b> d'échec</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Information de la patiente :             <ul style="list-style-type: none"> <li>. Effets indésirables notamment rénaux, hépatiques, cutanés, respiratoires : leucopénie, anémie, thrombopénie, mucite, <b>nausées, diarrhée</b>, augmentation des ASAT/ALAT, insuffisance rénale, prurit, érythème, photosensibilisation, pneumopathie interstitielle</li> <li>. Possible <b>sensibilité/douleur du côté de la GEU à J3</b> (par remaniement nécrotique)</li> <li>. Consultation en urgence en cas de douleur abdominale importante ou de malaise : risque de <b>rupture tubaire</b></li> </ul> </li> <li>- Surveillance clinique, si symptômes fonctionnels = examen clinique + échographie en urgence</li> <li>+ Surveillance de la <b>décroissance du taux d'hCG</b> : J0, J4 puis 1/semaine jusqu'à <b>négativation</b> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>. <b>Echec</b> si taux de bHCG à J7 &gt; J0, ou &gt; 85% du taux de J4</li> <li>. <b>Guérison</b> si hCG indétectable (à 1 mois environ)</li> </ul> </li> <li>- En cas d'échec (25%) : <b>2<sup>nd</sup> injection de méthotrexate</b> à 1 semaine ou <b>coelioscopie (à privilégier si ATCD de GEU)</b></li> <li>→ A privilégier dès que possible : risque de stérilité inférieur au traitement chirurgical</li> <li>- Pas de délai à respecter avant une nouvelle conception (t<sub>1/2</sub> d'élimination plasmatique = 3-4h)</li> <li>- Pour les localisations : interstitielles, cervicales ou sur cicatrice de césarienne : MTX peut être fait <i>in situ</i></li> </ul> |
|            |  | Indication recommandée | <ul style="list-style-type: none"> <li>- GEU visible à l'échographie</li> <li>- hCG &lt; 10 000 mUI/mL</li> <li>- GEU pauci- ou asymptomatique</li> <li>- Patiente compliant</li> </ul>   |
|            |  | Contre-indications     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mauvaise compliance/compréhension, difficulté de surveillance (observance, isolement...)</li> <li>- Antécédent de GEU homolatérale (risque d'échec)</li> <li>- Diagnostic incertain, refus de la patiente (choix d'un traitement chirurgical)</li> <li>- Masse latéro-utérine &gt; <b>4 cm</b> à l'échographie</li> <li>- Indication chirurgicale : <b>β-hCG &gt;10 000</b>, rupture tubaire suspectée, instabilité hémodynamique, hémopéritoine important, embryon avec <b>activité cardiaque</b></li> <li>- Allaitement</li> <li>- Bilan pré-thérapeutique anormal : thrombopénie &lt; <b>50 000/mm<sup>3</sup></b> ; leucopénie &lt; <b>2 000/mm<sup>3</sup></b> ; anémie avec Hb &lt; <b>9 g/dL</b>, insuffisance rénale (ClCr &lt; <b>30 ml/min</b>), insuffisance hépatique, trouble de la coagulation, prise d'anticoagulant (CI à l'injection IM)</li> </ul>   |
| Abstention | <ul style="list-style-type: none"> <li>= Envisageable si faible taux d'hCG &lt; 1000 de cinétique décroissante constante, GEU asymptomatique, patiente informée et compliant</li> <li>- Surveillance de la <b>décroissance du taux d'hCG /48h</b> jusqu'à négativation + <b>clinique et écho</b> 1/semaine</li> <li>- Traitement médical ou chirurgical en cas de stagnation ou d'ascension</li> </ul>   |                        |   |
| Pronostic  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Risque de récurrence</b> important (10 à 30% quel que soit le TTT) : <b>sevrage tabagique</b>, dépistage/TTT des IST pour la patiente et son partenaire, <b>échographie précoce</b> pour la grossesse suivante</li> <li>- <b>Risque de stérilité tubaire</b></li> <li>- Contraception : privilégier un <b>oestroprogestatif</b> (bloque l'ovulation), éviter les microprogestatifs</li> <li>- <b>Soutien psychologique</b> à mettre en place si besoin</li> <li>- <b>Supplémentation martiale/transfusion</b> si anémie</li> </ul> |                        |   |