

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^{er} 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

Dosage quantitatif de l'hCG

→ 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

	Cinétique du taux d'hCG à 48h (si GLI)	<ul style="list-style-type: none"> - GEU : stagnation, élévation insuffisante - GIU : doublement du taux à 48h - Fausse couche spontanée : diminution
--	--	---

	DD	<ul style="list-style-type: none"> hCG+ : GIU, fausse couche, môle hydatiforme hCG- : kyste hémorragique du corps jaune, saignement génital non-utérin, infection génitale haute, torsion d'annexe, cause uro (CN, IU)/dig (appendicite)
--	----	--

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 / Hémoque, 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"> - GEU symptomatique : <ul style="list-style-type: none"> . Instabilité hémodynamique, perte de connaissance, malaise . Défense ou contracture abdominale . Hémopéritoine à l'échographie - Signes de gravité : hCG > 10 000 ou douleurs importantes ++ - Hématosalpynx > 4 cm à l'échographie - Contre-indication ou refus du méthotrexate : insuffisance hépatique ou rénale - Impossibilité de suivi ambulatoire
	TTT médical		<p>Méthotrexate (1 mg/m² IM) : lyse chimique de la grossesse, élévation possible de l'hCG jusqu'à J4 → 25% d'échec</p> <ul style="list-style-type: none"> - Information de la patiente : <ul style="list-style-type: none"> . Effets indésirables notamment rénaux, hépatiques, cutanés, respiratoires : leucopénie, anémie, thrombopénie, mucite, nausées, diarrhée, augmentation des ASAT/ALAT, insuffisance rénale, prurit, érythème, photosensibilisation, pneumopathie interstitielle . Possible sensibilité/douleur du côté de la GEU à J3 (par remaniement nécrotique) . Consultation en urgence en cas de douleur abdominale importante ou de malaise : risque de rupture tubaire - Surveillance clinique, si symptômes fonctionnels = examen clinique + échographie en urgence + Surveillance de la décroissance du taux d'hCG : J0, J4 puis 1/semaine jusqu'à négativation : <ul style="list-style-type: none"> . Echec si taux de bHCG à J7 > J0, ou > 85% du taux de J4 . Guérison si hCG indétectable (à 1 mois environ) - En cas d'échec (25%) : 2nd injection de méthotrexate à 1 semaine ou coelioscopie (à privilégier si ATCD de GEU) → A privilégier dès que possible : risque de stérilité inférieur au traitement chirurgical - Pas de délai à respecter avant une nouvelle conception (t_{1/2} d'élimination plasmatique = 3-4h) - Pour les localisations : interstitielles, cervicales ou sur cicatrice de césarienne : MTX peut être fait <i>in situ</i>
		Indication recommandée	<ul style="list-style-type: none"> - GEU visible à l'échographie - hCG < 10 000 mUI/mL - GEU pauci- ou asymptomatique - Patiente compliant
		Contre-indications	<ul style="list-style-type: none"> - Mauvaise compliance/compréhension, difficulté de surveillance (observance, isolement...) - Antécédent de GEU homolatérale (risque d'échec) - Diagnostic incertain, refus de la patiente (choix d'un traitement chirurgical) - Masse latéro-utérine > 4 cm à l'échographie - Indication chirurgicale : β-hCG >10 000, rupture tubaire suspectée, instabilité hémodynamique, hémopéritoine important, embryon avec activité cardiaque - Allaitement - Bilan pré-thérapeutique anormal : thrombopénie < 50 000/mm³ ; leucopénie < 2 000/mm³ ; anémie avec Hb < 9 g/dL, insuffisance rénale (ClCr < 30 ml/min), insuffisance hépatique, trouble de la coagulation, prise d'anticoagulant (CI à l'injection IM)
	Abstention	<ul style="list-style-type: none"> = Envisageable si faible taux d'hCG < 1000 de cinétique décroissante constante, GEU asymptomatique, patiente informée et compliant - Surveillance de la décroissance du taux d'hCG /48h jusqu'à négativation + clinique et écho 1/semaine - Traitement médical ou chirurgical en cas de stagnation ou d'ascension 	
	Pronostic	<ul style="list-style-type: none"> - Risque de récurrence important (10 à 30% quel que soit le TTT) : sevrage tabagique, dépistage/TTT des IST pour la patiente et son partenaire, échographie précoce pour la grossesse suivante - Risque de stérilité tubaire - Contraception : privilégier un oestroprogestatif (bloque l'ovulation), éviter les microprogestatifs - Soutien psychologique à mettre en place si besoin - Supplémentation martiale/transfusion si anémie 	