

ITEM 24 : 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), potentiellement grave

- Localisations possibles : - **Tubaire** (majorité des cas) : **ampullaire** (75%), **isthmique** (20%), **pavillonnaire** ou **interstitielle**
 - Exceptionnellement : **ovarienne, abdominale, col ou isthme utérin, cicatrice de césarienne**
- Evolution : - **Distension** progressive de la trompe et érosion des vaisseaux tubaires → **hématosalpinx**
 - **Rupture tubaire** (par dilatation massive ou envahissement de la paroi par le trophoblaste) → **hémopéritoine**, puis **choc hypovolémique** pouvant conduire au **décès**
 - **Avortement tubo-abdominal** → **guérison** ou **greffe trophoblastique** (exceptionnel)

FdR	<ul style="list-style-type: none"> - Lésion tubaire organique : salpingite, GEU, chirurgie tubaire, chirurgie abdomino-pelvienne, endométriose tubaire, compression extrinsèque (ADP...), malformation utérine ou tubaire (utérus Distilbène®...) - Lésion tubaire fonctionnelle : tabac (avec une relation dose-effet) - Age maternel élevé > 35 ans - Contraception par DIU ou pilule micro-progestative - Fécondation in vitro : 4 à 5% de GEU, avec risque de grossesse hétérotopique (GEU + grossesse intra-utérine) 		
	<ul style="list-style-type: none"> - Triade clinique : - Retard des règles ou dernières règles inhabituelles <ul style="list-style-type: none"> - Métrorragies : foncées, peu abondantes, classiquement « sépia » - 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 		
Diagnostic	SF	<ul style="list-style-type: none"> - 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 - Masse latéro-utérine douloureuse (50%) <ul style="list-style-type: none"> - Douleur latéro-utérine (90%) - Empâtement du cul-de-sac de Douglas 	
	PC	Dosage quantitatif de l'hCG	→ Elimine le diagnostic de grossesse (donc de GEU) si négatif Seuil de discrimination de Kadar au delà duquel un sac intra-utérin doit être visible = 1500 UI/mL - Si < 1500 → cinétique du taux d'hCG à 48h - Si > 1500 : GEU très probable en l'absence de sac intra-utérin
		Cinétique du taux d'hCG à 48h	<ul style="list-style-type: none"> - GEU : stagnation, élévation insuffisante ou diminution → Doublement possible dans 20% des GEU - GIU : doublement du taux à 48h → absence de doublement dans 15% des GIU - ASP : stagnation ou diminution
		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 - Hématosalpinx : masse latéro-utérine hétérogène Signe indirect : - Vacuité utérine 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	<ul style="list-style-type: none"> - Bilan standard : NFS, bilan de coagulation, groupage sanguin, CPA - Bilan pré-méthotrexate si besoin : NFS, bilan de coagulation, bilan rénal, bilan hépatique - Groupage sanguin du conjoint si patiente Rh- - Progestéronémie (pour évaluer l'évolutivité de la GEU, très peu pratiquée (si > 25 : évolutive))
TTT	- Si patiente Rh- et conjoint Rh+ : prévention de l'allo-immunisation materno-fœtale par Ig anti-D dans les 72h		
	TTT chirurgicale	= Par coelioscopie (référence) ou laparotomie (si coelioscopie contre-indiquée ou conversion 2 nd) en urgence - 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 et autre trompe saine - Information de la patiente : risque de salpingectomie, transfusion, conversion en laparotomie - Examen anatomo-pathologique systématique de la trompe et de la grossesse - Vérification post-opératoire de la négativité de l'hCG en cas de traitement conservateur	
Indication	Indication	<ul style="list-style-type: none"> - GEU symptomatique : - Instabilité hémodynamique <ul style="list-style-type: none"> - Défense abdominale - Hémopéritoine à l'échographie - Signes de gravité : hCG > 5000 ou algique ++ - Contre-indication ou refus du méthotrexate - Impossibilité de suivi ambulatoire 	

TTT médical	<p>Méthotrexate (1 mg/kg IM) : lyse chimique de la grossesse, prédominante sur le cytotrophoblaste (et moins sur le syncytiotrophoblaste qui produit l'hCG : élévation possible à J4) → 10% d'échec</p> <ul style="list-style-type: none"> - Information de la patiente : - Effets indésirables : nausées, diarrhée <ul style="list-style-type: none"> - 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 de la décroissance du taux d'hCG : J0, J4 puis 1/semaine jusqu'à négativation - En cas d'échec (25%) : 2nd injection de méthotrexate à 1 semaine ou coelioscopie (à privilégier si antcd de GEU) → A privilégier dès que possible : risque de stérilité inférieur au traitement chirurgical - Pour les localisations : interstitielles, cervicales ou sur cicatrice de césarienne : MTX peut être fait <i>in situ</i> - <i>EI MTX</i> : leucopénie, anémie, thrombopénie, mucite, nausées, augmentation des ASAT/ALAT, Insuffisance rénale, prurit, érythème, photosensibilisation, pneumopathie interstitielle. 	
	Critères de Fernandez	<p>Indication recommandée</p> <ul style="list-style-type: none"> - hCG < 5000 mUI/mL (traitement toutes fois possible jusqu'à 10 000 mUI/mL) - GEU pauci- ou asymptomatique - Non visible à l'échographie - Patiente compliant
		<p>Indication envisageable</p> <p>= Si hCG < 5000 UI/L et hématosalpinx < 4 cm, surtout si :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contre-indication à l'anesthésie - Patiente multi-opérée - Antécédents de chirurgie pelvienne importants - Obésité morbide
	<p>Contre-indication</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bilan pré-thérapeutique anormal - Mauvaise compliance/compréhension - Antécédent de GEU homolatérale - Diagnostic incertain - Indication chirurgicale : β-hCG > 5000, suspicion de rupture tubaire, état hémodynamique instable, épanchement dans les gouttières pariéto-coliques, épanchement péritonéal significatif, embryon avec activité cardiaque 	
Abstention		<p>= Envisageable si faible taux d'hCG < 1000, GEU asymptomatique, patiente informée et compliant</p> <ul style="list-style-type: none"> - Surveillance de la décroissance du taux d'hCG toutes les 48h jusqu'à négativation - 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%) : sevrage tabagique, échographie précoce pour la grossesse suivante - Risque de stérilité tubaire - Contraception : privilégier un oestroprogestatif (bloque l'ovulation) et éviter le DIU et les micro-progestatifs - SI MTX : pas de grossesse pendant 3 mois (tératogène)