



Item24-Grossesse extra-utérine

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une grossesse extra-utérine. - Identifier les situations d'urgences et planifier leur prise en charge.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- RPC: La prise en charge des grossesses extra-utérines / CNGOF / 2003 -	- FdR: tabac / atcd / µprog-DIU / FIV - Retard règles / métrorragie / douleur - hCG > 1000 (endo) ou 1500 (sus-pub) UI/L ou terme >5SA + vacuité = GEU - Echo endovaginale-transabdo (2+5) - Répéter hCG à 48h si indéterminé (3) - Rupture tubaire +/- hémopéritoine - Coelioscopie diagnostique et curative - Salpingotomie ou salpingectomie - MTX IM ssi hCG < 1000 + paucisympto - Au décours: contraception / infoP ++	- Ig anti-D si rhésus négatif - GEU = hCG + échographie - Information stérilité / récidence - Envoi en anapath. de la pièce - si MTX: hCG 1x/S jusqu'à (-)

Généralités

Définition

- GEU = implantation et développement d'une grossesse en dehors de la cavité utérine = implantation **ectopique**
- Incidence = 2% des grossesses / urgence vitale mais mortalité ~ 1 cas/an en France
- La seule urgence qui tue en gynécologie : à ne pas négliger !
- Grossesse hétérotopique : coexistence d'une GEU et d'une GIU : quasi exclusivement au cour d'une PMA

Physiopathologie

- **Grossesse normale**
 - Fécondation dans le tiers externe de la trompe => puis migration jusque la cavité utérine => puis nidation après 7 jours (mais nidation où que se trouve l'oeuf en théorie)
 - → tous les facteurs altérant la motilité tubaire favorisent la GEU +++
- **Localisations de la GEU**
 - **Tubaire : Ampullaire** +++ (3/4 des cas)
 - **Autres:** isthmique > pavillonnaire > interstitielle
 - ovarienne
 - Rares mais engageant le pronostic vital : cervicale, diverticulaire (sur cicatrice d'endométriose) ou dans un utérus malformé (intra-myométrielle, ...)

Facteurs de risque (6)

- = tout facteur ou pathologie altérant la mobilité tubaire
- **Age maternel:** élevé
- **Tabac ++:** relation directe nombre de PA et RR de GEU => Relation dose-effet
- **Antécédents:** salpingite +++ / de GEU / chirurgie tubaire ou abdomino-pelvienne
- **Contraception:** par pilule micro-progestative ou DIU (pas un FdR stricto sensu seulement si grossesse au moment de son introduction)
- **PMA/FIV:** procréation médicalement assistée: GEU dans 4-5% des FIV
- **Autres:** endométriose / « utérus Distilbène » / malformations utérine ou tubaire, et tout ce qui altère la paroi des trompes +++

Diagnostic

!! Dogme

- Toute femme en âge de procréer avec douleurs pelviennes ou métrorragie
- = GEU jusqu'à preuve (hCG + échographie) du contraire (**A savoir !**)

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain:** atcd de GEU / de salpingite / de chirurgie pelvienne
 - **Prises:** contraception par μ -progestatif ou DIU / tabagisme
 - **Anamnèse:** date précise des dernières règles +++ (**DDR**)
 - **Signes fonctionnels**
 - Remarque: aucun signe n'est spécifique / aucun signe n'est constant !
 - **Triade de la GEU +++**
 - **Métrorragies:** peu abondantes / noirâtre ou « sépia » (\neq FCS: rouge)
 - **Douleurs pelviennes:** latéralisées du côté de la GEU : en fosse iliaque +++ le plus souvent permanentes mais douleurs intermittentes possibles.
 - **Possible scapualgie (signe un hémopéritoine)**
 - **Retard de règles:** inconstant (cf pas de placenta = pas de hCG = règles)
 - **Signes associés**
 - Signes sympathiques de grossesse (nausées / tension mammaire)
- **Examen physique**
 - **Prise des constantes:** PA-FC / FR-SpO2 / température
 - **Examen gynécologique**
 - **Palpation abdominale:** recherche une douleur / **défense** ou contracture (**A savoir !**)
 - **Examen au spéculum:** confirme l'origine endo-utérine des saignements
 - **Toucher vaginal: Sensibilité dans les cul-de-sac vaginaux / MLU / Utérus trop petit par rapport au terme / Douleur au toucher du Douglas (irritation péritonéale)**
 - **Rechercher des signes de gravité +++**
 - Constantes (PA / FC / température) / défense abdominale
 - Syndrome anémique / signes de **choc** hémorragique

Examens complémentaires

- **Pour diagnostic positif (2, A savoir !)**
 - **Dosage hCG plasmatique** quantitatif
 - Pas de sac intra-utérin **et** hCG > 1000 U/L (si écho endovaginale) ou hCG > 1500 U/L (si écho sus-pubienne): très évocateur de GEU +++
 - Ou pas de sac utérin en écho endovaginale **et** terme > 5SA (rappel : 5SA = apparition sac ovulaire échographique ; 6SA = visualisation des battements cardiaques embryonnaires): très évocateur de GEU +++
 - **Si hCG < 1000/1500 U/L:** répéter dosage à 48H (**cinétique**) : GEU = stagnation
 - **Echographie pelvienne:** par voie abdominale puis endovaginale +++
 - **Signes directs = image annexielle (2)**
 - Hématosalpinx (masse hétérogène latéro-utérine: 90% des GEU ++)
 - Sac gestationnel extra-utérin (inconstant: seulement 20-30% des cas) avec couronne trophoblastique et vésicule vitelline (+/- embryon visible)
 - **Signes indirects (5)**
 - Vacuité utérine (très évocateur si hCG plasmatique \geq 1000/1500 U/L)
 - Utérus gravide (endomètre épais)
 - Corps jaune persistant dans l'ovaire
 - Epanchement péritonéal dans le cul de sac de Douglas +/- hémopéritoine
 - Douleur vive au passage de la sonde endovaginale au contact de la masse
- **Pour bilan pré-thérapeutique**
 - **Bilan pré-opératoire:** Gpe-Rhésus-RAI / Cs anesthésie
 - **Bilan pré-MTX:** NFS / TP-TCA / bilan rénal et hépatique / iono
- **Coelioscopie**
 - Confirme le diagnostic + à visée thérapeutique + élimine les diagnostics différentiels: cf infra

!! Remarques

- **Réflexe:** utérus vide + hCG > 1000/1500 U/L = GEU JPDC +++
- **Si non conclusif (hCG < 1000/1500 UI et utérus vide à l'échographie)**
 - = « grossesse de localisation indéterminée » (cas fréquent !)
 - → échographie + hCG à 48H (**cinétique**) +/- hospitalisation selon contexte
 - **Trois cas de figure selon évolution des hCG à 48h +++**
 - **hCG stagnant** = GEU → traiter: méthotrexate ou coelioscopie

- hCG chutent = avortement spontané précoce → surveiller jusqu'à négativation
- hCG doublent = GIU évolutive → échographie = sac dans utérus
- Aide !! Dosage de la progestéronémie si doute (peu pratiqué ...voire jamais dans la vraie vie !)
 - si < 5ng/mL : grossesse arrêtée ou d'une GEU
 - si > 25 ng/mL : GIU évolutive

Diagnosics différentiels

- Autres étiologies de métrorragies du T1 (cf Principales complications de la grossesse)
 - Avortement spontané précoce ++ (sang rouge et chute rapide de l'hCG)
 - Grossesse intra-utérine évolutive
 - Môle hydatiforme
- Etiologies de métrorragies non liées à la grossesse
 - Tumeur du col utérin ++
 - Salpingite aiguë infectieuse +++
 - Autres: fibrome / lésion traumatique cervico-vaginale, etc.

Evolution

Evolution naturelle

- Nidation ectopique: provoque une distension tubaire et érosion des vaisseaux
- → hématosalpinx +/- rupture tubaire

Complications

- Aiguë = rupture tubaire +++
 - Conduit à un **hématopéritoine** / risque de choc hémorragique
 - Décès exceptionnel: 1 cas par an
- Au décours: 2 complications majeures
 - Récidive +++ : échographie précoce pour localiser la grossesse dès 6 SA
 - Stérilité tubaire: !! mais un traitement conservateur ou non n'y change rien

Traitement

Mise en condition

- **Hospitalisation** / en urgence (ou au moins surveillance initiale si MTX)
- Maintenir la patiente à **jeun** / information du risque de conversion et de stérilité
- Repos strict au lit / pose VVP / Cs anesthésie + bilan pré-opératoire
- 2 examens en urgence : HCG et Hemocue (Sanofi 2012)

Traitement symptomatique

- Antalgique PO ou IV
- Si choc: stabilisation hémodynamique remplissage vasculaire par macromolécule (car femme enceinte !)
- Objectif : 80-90 mmHg (Pa moyenne de 60-65 mmHg)
- Puis chirurgie en urgence

Traitement chirurgical (++)

- Indications (RPC): 1 seul critère suffit
 - hCG > 10 000 UI/L
 - Instabilité hémodynamique
 - Hématosalpinx > 4cm à l'échographie
 - Suivi ambulatoire impossible ou difficile
 - Contre-indication au méthotrexate
 - Score de Fernandez > 13 (risque d'échec important du traitement médical) : terme / taux β -hCG plasmatique / progesteronémie / douleur / hématosalpinx / hémopéritoine
- Modalités
 - 2 possibilités chirurgicales
 - Traitement conservateur: salpingotomie (ouverture de la trompe et aspiration)
 - Traitement radical: salpingectomie (ablation de la trompe)
 - Critères de choix: sévérité de la GEU (=atteinte de la trompe / saignement actif) / désir de grossesse / âge
 - Quelle que soit la technique
 - Voie d'abord: coelioscopie >> laparotomie
 - Information: du risque de conversion en laparotomie +++ (A savoir !) / de salpingectomie / de stérilité / du risque transfusionnel
 - Temps opératoires: diagnostique (plts) / bilan lésionnel / thérapeutique/ aspiration lavage de l'hémopéritoine
 - Réflexe: envoi systématique de la trompe / GEU pour **ex. anapath**(A savoir !)
- !! Remarque

- o La salpingectomie n'affecte pas la fertilité ultérieure si la trompe restante est viable (discuté)

Traitement médicamenteux

• Indications

- o !! Après information et consentement éclairé de la patiente
- o **Seulement si tous les critères suivants sont présents (score de Fernandez)**
 - hCG < 1000 U/L (envisageable si hCG < 5000 U/L ++)
 - GEU a- ou pauci-symptomatique (pas de douleur / stabilité hémodynamique)
 - GEU non visible à l'échographie (pas d'ACF / hématosalpinx < 35mm)
 - Patiente compliant (bonne compréhension / non isolée / habite près)
 - Absence de contre-indication au méthotrexate

• Modalités

- o Injection unique (ou à J0 et à J8 selon les équipes) de méthotrexate en **IM** / posologie = 1mg/kg (NB : ≠ PR où MTX PO 1/semaine en 1ère intention)
- o !! après bilan pré-thérapeutique: NFS-P / BHC / bilan rénal / iono
- o → lyse chimique de la GEU mais échec = 20% (donc surveillance +++)
- o Si échec : 2e injection possible ou chirurgie d'emblée
- o NB : Augmentation fréquente de la douleur à J1-J4 +++ A différencier d'un Sd fissuraire !!
- o **ES du MTX**: stomatite ++ / nausées / diarrhées / échec
- o **CI du MTX dans cette indication** : insuffisance rénale et hépatique

• Conseils

- o **Consulter en urgence si** : malaise / douleur abdo / métrorragie
- o Consultation systématique à J5
- o B HCG quantitatif à J5 +/- J10 (Abandon du protocole de surveillance J3-J7-J10)

Remarque: abstention thérapeutique

- Parfois envisagé si tous les critères du traitement médical sont réunis (5)
- et surveillance par hCG plasmatique toutes les 48h jusqu'à négativation

Mesures associées

- **Prévention allo-immunisation: Ig anti-D** < 72H si patiente rhésus négative (**A savoir !**)
- **Informez la patiente**: risque de **récidive** (15%) / **stérilité** tubaire (GIU: 50-60%) (**A savoir !**)
- **Contraception au décours**: oestroprogestative (éviter DIU et micro-progestative)
- **Prise en charge des FdR**: arrêt du tabac / retrait du DIU, etc.

Surveillance

- **Clinique**: constantes / transit / diurèse / métrorragies / douleurs pelviennes et abdo
- **Paraclinique**: NFS-P pour anémie
 - o **!! Si traitement médical ou traitement conservateur (salpingotomie)**
 - Surveillance **hCG 1x/S jusqu'à négativation** (**A savoir !**)
 - **Echo pelvienne à J8**
 - (inutile si traitement chirurgical radical par salpingectomie)

NB : GEU Rompue +++

- PEC **chirurgicale** en urgence : laparotomie exploratrice d'emblée
- PEC **réanimatoire** (cf. choc hémorragique)

Synthèse pour questions fermées

Quels sont les 2 examens biologiques à demander en urgence devant une suspicion de GEU rompue ?

- βHCG
- Hémocue

Quelles sont les 2 complications majeures au décours d'une GEU ?

- Récidive
- Stérilité tubaire

Quels sont les 3 signes fonctionnels classiques de la GEU ?

- Métrorragie peu abondante
- Douleurs pelviennes
- Retard des règles

Quels sont les 2 examens complémentaires à réaliser à visée diagnostique devant une suspicion d'une GEU non rompue ?

- β HCG
- Echographie pelvienne par voie abdominale et endovaginale