

Grossesse extra-utérine IC-25

- Connaître la définition de la Grossesse Extra-utérine (GEU)
- Connaître l'évolution naturelle de la GEU
- Connaître l'incidence de la GEU et les facteurs de risque
- Connaître le diagnostic clinique de la GEU et le diagnostic différentiel en cas de douleurs pelviennes et/ou de métrorragies
- Connaître les signes cliniques nécessitant une prise en charge en urgence
- Connaître les examens complémentaires à demander devant une suspicion de GEU
- Connaître l'évolution du dosage sanguin de Beta HCG et le diagnostic de GEU
- Connaître le bilan biologique pré opératoire en cas de diagnostic de GEU
- Connaître le principe du traitement chirurgical en cas de diagnostic positif de GEU
- Connaître les informations à délivrer à la patiente avant la prise en charge chirurgicale
- Connaître la notion de traitement médical possible en cas de GEU asymptomatique
- Connaître les mesures associées à la prise en charge : prévention de l'alloimmunisation anti-D, prévention secondaire

Connaître la définition de la Grossesse Extra-utérine (GEU) OIC-025-01-A

La grossesse extra-utérine (GEU), également appelée grossesse ectopique, est la nidation de l'œuf en dehors de l'utérus. Le plus fréquemment tubaire ampullaire (70%), elle peut également être tubaire isthmique (20%), pavillonnaire (5%) ou extra utérine non tubaire plus rarement.

Attention aux grossesses hétérotopiques (coexistence de deux grossesses simultanées : une grossesse intra-utérine et une GEU).
Principal facteur de risque : la procréation médicalement assistée **(difficulté à procréer)**.

Connaître l'évolution naturelle de la GEU OIC-025-02-B

En l'absence de traitement, après distension tubaire excessive, il peut survenir une rupture tubaire avec hémopéritoine, puis choc hémorragique et décès exceptionnel.

Connaître l'incidence de la GEU et les facteurs de risque OIC-025-03-B

Incidence en augmentation dans les pays développés, 2% en France.

Facteurs de risques : tous ceux altérant la motilité tubaire :

- Infections génitales hautes (IGH) .
- Tabac (relation effet – dose) **(prévention des risques liés au tabac)**
- Antécédents de chirurgie tubaire ou abdominopelvienne (hors appendicectomie et aspiration endo-utérine non compliquées)
- Antécédent de GEU
- Altérations de la paroi tubaire : endométriose, tuberculose, bilharziose, malformation utérine ou tubaire **(douleur pelvienne, douleur abdominale)**
- Age maternel élevé (> 35 ans)
- Contraception microprogestative, dispositif intra-utérin
- Assistance médicale à la procréation (fécondation in vitro en particulier) **(difficulté à procréer)**

Connaître le diagnostic clinique de la GEU et le diagnostic différentiel en cas de douleurs pelviennes et/ou de métrorragies OIC-025-04-A

« Toute femme en âge de procréer jusqu'à preuve du contraire »

Interrogatoire :

- Recherche de facteurs de risques
- Recherche d'un retard de règles (DDR ?) / règles inhabituelles
- Recherche de signes fonctionnels:
 - o Douleurs pelviennes, latéralisées ou non **(douleur pelvienne, douleur abdominale, douleur de la région lombaire, évaluation et prise en charge de la douleur aigue)**
 - o Métrorragies (foncées et peu abondantes, classiquement « sépia ») **(saignement génital durant la grossesse, saignement génital anormal hors grossesse connue, hémorragie aigue)**
 - o Signes sympathiques de grossesse (nausées, vomissements, tension mammaire)

- o Douleurs scapulaires, vertiges, malaise, agitation, angoisse (**palpitation, tachycardie, malaise perte de connaissance**)

Peut être (rarement) asymptomatique.

Examen physique :

- Constantes / Etat hémodynamique : recherche signes de choc hémorragique / saignement : premier signe : tachycardie sinusale +++ (**découverte d'une hypotension artérielle, tachycardie, anomalie de couleur des extrémités, état de choc**)

- Palpation abdominale : douleur, sensibilité latéralisée / défense ou contracture (**contracture musculaire localisée ou généralisée**)

- Speculum : origine endo utérine des métrorragies (**saignement génital durant la grossesse, saignement génital anormal hors grossesse connue, hémorragie aigue**)

- Toucher vaginal :

- o Utérus « trop petit » pour le terme

- o Palpation d'une masse annexielle (**masse pelvienne**)

- o Douleur vive à la palpation du cul de sac vaginal postérieur (Douglas)

Diagnostiques différentiels (**demande/prescription raisonnée et choix d'un examen diagnostic**):

- Si les BHCG sont positifs :

- o Grossesse intra utérine

- o Fausse couche spontanée

- o Môle hydatiforme

- Si les BHCG sont négatifs :

- o Kyste hémorragique du corps jaune

- o Saignement génital (non d'origine endo – utérine)

- o Infection génitale haute

- o Torsion d'annexe

- o Cause non gynécologique : urologique (colique néphrétique / IU +++) / digestive (appendicite ++)

Connaître les signes cliniques nécessitant une prise en charge en urgence OIC-025-05-A

La présence d'un seul de ces critères de gravité définit l'urgence chirurgicale :

- Instabilité hémodynamique ; état de choc hémorragique ; perte de connaissance ; malaise

- Défense ou contracture abdominale

(**anomalie de couleur des extrémités, découverte d'une hypotension artérielle, malaise/perde de connaissance, tachycardie**)

A l'échographie, la présence d'un hémopéritoine signe l'urgence (**demande/prescription raisonnée et choix d'un examen diagnostic, découverte d'une anomalie pelvienne à l'examen d'imagerie médicale**).

Connaître les examens complémentaires à demander devant une suspicion de GEU OIC-025-06-A

Imagerie : Echographie pelvienne (**demande/prescription raisonnée et choix d'un examen diagnostic, découverte d'une anomalie pelvienne à l'examen d'imagerie médicale**):

- Prolongement de l'examen clinique, systématique

- Voie sus pubienne:

- o Recherche d'un épanchement de l'espace de Morisson (espace inter hépato rénal), identification de l'hémopéritoine

- o Recherche d'une grossesse extra utérine (tubaire ou non tubaire)

- Et Voie endovaginale :

- o Signes indirects :

§ Vacuité utérine +++ / « Pseudo sac »

§ Endomètre épaissi

§ Epanchement dans le cul de sac de Douglas / Morrisson

o Signes directs :

§ Masse latéro utérine

§ Sac gestationnel extra utérin avec vésicule vitelline / embryon (+/- activité cardiaque)

Hémocue en cas de signes de gravité clinique ou échographiques (**baisse de l'hémoglobine**)

BU (recherche de bêta-hCG) systématique aux urgences

Bilan sanguin (**demande / prescription raisonnée et choix d'un examen diagnostic**):

- Nfs, plaquettes, TP, TCA, fibrinogène plasmatique, groupe sanguin ABO, Rhésus, RAI (**interprétation de l'héogramme, baisse de l'hémoglobine, diminution du taux de prothrombine**)
- Béta-hCG plasmatique qualitatif et quantitatif
- Pré – Méthotrexate si on envisage un traitement par MTX (ASAT, ALAT, GGT, Bili, PA, urée et créatinémie)

Connaître l'évolution du dosage sanguin de Beta HCG et le diagnostic de GEU OIC-025-07-A

Le seuil de 1500 est généralement utilisé pour déterminer la « visibilité » d'une grossesse intra utérine en échographie pelvienne par voie vaginale.

Si les BHCG sont supérieurs à 1500 UI / L avec une vacuité utérine à l'échographie endovaginale, le diagnostic de GEU est très probable

Une femme a une grossesse de localisation indéterminée (GLI) si la grossesse n'est visualisée ni en intra ni en extra utérin.

Si la grossesse est de localisation indéterminée et qu'il n'existe pas de signe de gravité, il faudra répéter le dosage plasmatique des bêta-hCG et l'échographie pelvienne par voie vaginale 48 heures après. Dans une grossesse intra utérine évoluant normalement, le taux de bêta-hCG double toutes les 48h. Dans une fausse couche spontanée, le taux de bêta-hCG diminue. Dans une grossesse extra utérine, le taux de bêta-hCG stagne ou s'élève de manière insuffisante.

(Demande/prescription raisonnée et choix d'un examen diagnostic, découverte d'une anomalie pelvienne à l'examen d'imagerie médicale)

Connaître le bilan biologique pré opératoire en cas de diagnostic de GEU OIC-025-08-B

Bilan pré opératoire :

- Bilan de gravité : NFS et plaquettaire, TP/TCA, fibrinogène plasmatique (**Interprétation de l'héogramme, baisse de l'hémoglobine, diminution du taux de thrombine**)
- Bilan pré transfusionnel : Groupe rhésus (2 déterminations), RAI (**prescrire et réaliser une transfusion sanguine**)

Connaître le principe du traitement chirurgical en cas de diagnostic positif de GEU OIC-025-09-B

Traitement chirurgical indiqué si :

- Hémodynamique instable
- Douleurs abdominales importantes
- Béta-hCG plasmatique > 10.000 UI/l
- Hématosalpinx > 4 cm l'échographie
- Insuffisance hépatique ou rénale (contre – indication au traitement par méthotrexate)
- Impossibilité d'un suivi ambulatoire

Conditionnement pré opératoire : voies veineuses périphériques, analgésie, remplissage vasculaire (en cas d'hémopéritoine) +/- transfusion de culots globulaires (**prescrire des antalgiques, évaluation et prise en charge de la douleur aigue, prescrire et réaliser une transfusion sanguine, consultation pré anesthésique, expliquer un traitement au patient**)

Principes du traitement chirurgical :

- Coelioscopie sous anesthésie générale est la voie d'abord chirurgicale de référence
- Laparotomie d'emblée en cas d'instabilité hémodynamique
- 1^{er} objectif : exploration

o Confirmation diagnostic, précise la localisation

o Recherche de facteurs favorisants : adhérences / séquelles IGH

o Évalue l'état tubaire controlatéral.

· 2^{ème} objectif : traitement

o Traitement conservateur : salpingotomie

§ Aspiration du contenu tubaire après incision de la trompe

§ Surveillance post opératoire décroissance BHCG jusqu'à négativation

o Traitement non conservateur : salpingectomie

§ En cas de saignement important ou d'état tubaire trop altéré

§ Coagulation – section progressive du mésosalpinx

§ Pas d'indication à une surveillance de la décroissance des Bêta - HCG

Analyse anatomopathologique systématique du produit d'aspiration de la trompe ou de la pièce de salpingectomie

Connaître les informations à délivrer à la patiente avant la prise en charge chirurgicale OIC-025-10-A

Modalités opératoires : déroulement de la chirurgie (**expliquer un traitement au patient**)

Risques spécifiques de :

- Risque d'échec du traitement conservateur en cas de salpingotomie, pouvant nécessiter une réintervention
- Salpingectomie si état tubaire trop altéré ou si salpingotomie non réalisable
- o Fertilité probablement identique si trompe controlatérale normale
- o Nécessité recours à une fécondation in vitro ultérieure si la trompe enlevée était unique
- Conversion en laparotomie en cas de saignement incontrôlable / complication per opératoire
- Transfusion per ou post opératoire

Risques généraux de la coelioscopie : plaie d'organes, vasculaires...

Connaître la notion de traitement médical possible en cas de GEU asymptomatique OIC-025-11-A

- Chez les patientes ne relevant d'une indication chirurgicale formelle, asymptomatiques
- Avec une GEU visible en échographie
- Proposition de traitement par une injection de méthotrexate en l'absence de contre-indication:

o Liées à la patiente :

§ Difficultés de compréhension

§ Difficultés de surveillance (mauvaise observance, éloignement géographique ou isolement)

§ Allaitement

§ Refus : choix formel d'un traitement chirurgical

§ Antécédent de GEU homolatérale traitée médicalement ou chirurgicalement (risque d'échec)

o Liées à la GEU :

§ Masse latéro utérine > 4 cm en échographie

§ Rupture tubaire, hémopéritoine important

o Biologiques :

§ BHCG > 10 000 UI / L

§ Thrombopénie < 50 000 / mm³

§ Leucopénie < 2000 / mm³

§ Anémie avec Hb < 9 g/dL

§ Insuffisance rénale sévère avec clairance < 30 mL / min

§ Insuffisance hépatique

§ Troubles de coagulation / prise d'un traitement anticoagulant (CI injection IM)

- Patiente doit être informée
- o Des effets secondaires possible du traitement médical (surtout rénaux, hépatiques, cutanés et respiratoires)
- o Nécessité de reconsulter en urgence en cas de douleur abdominale importante ou malaise
- o Risque d'échec de 25% environ :
- § Possible recours à une deuxième injection OU traitement chirurgical
- § Rupture tubaire justifiant chirurgie en urgence
- o Surveillance après traitement : obligatoire jusqu'à négativation taux BHCG
- § Tolérance du traitement par méthotrexate
- § Efficacité : décroissance avec taux de BHCG à J7 strictement inférieur à J0 ou strictement inférieur à 85 % du taux de β -hCG à J4 si celui-ci est disponible
- o Il n'y a pas de délai à respecter avant de tenter une nouvelle conception (demi vie d'élimination plasmatique de 3 – 4h)

(Expliquer un traitement au patient, prescrire un arrêt de travail, rédaction d'une ordonnance/d'un courrier médical)

Connaître les mesures associées à la prise en charge : prévention de l'alloimmunisation anti-D, prévention secondaire OIC-025-12-A

Prévention de l'allo immunisation anti – D obligatoire chez les patientes de rhésus négatif

Supplémentation martiale ou transfusion en cas d'anémie

Prévention secondaire :

- Arrêt du tabac **(prévention des risques liés au tabac)**
- Dépistage et traitement des IST chez la patiente et son partenaire (si séquelles d'IGH à la coelioscopie)
- Soutien psychologique
- Risque de récidence de 20% environ quel que soit le traitement : échographie précoce de localisation lors de la prochaine grossesse

(Expliquer un traitement au patient, prescrire un arrêt de travail, rédaction d'une ordonnance/d'un courrier médical, organisation de la sortie d'hospitalisation)
