

La grossesse extra-utérine



Dr A. JACQUET



Incidence

INCIDENCE:

100 à 175 GEU/ an pour 1.000.000 a.f.

2 GEU pour 100 naissances

Fréquence: ↑ années 1970-1990

↓ années 1990-2000

puis stabilisation

Bouyer Registre Auvergne

Human Reproduction 2002;17:3224



Facteurs de risques

Salpingite

Chirurgie tubaire

Infertilité antérieure

ATCD de GEU

Tabac

Stérilet



Conséquences de la GEU

Mortalité annuelle en France :

1985-1989: 16

1990-1994: 3

1995-1997: 2

1998- : 1

Stérilité



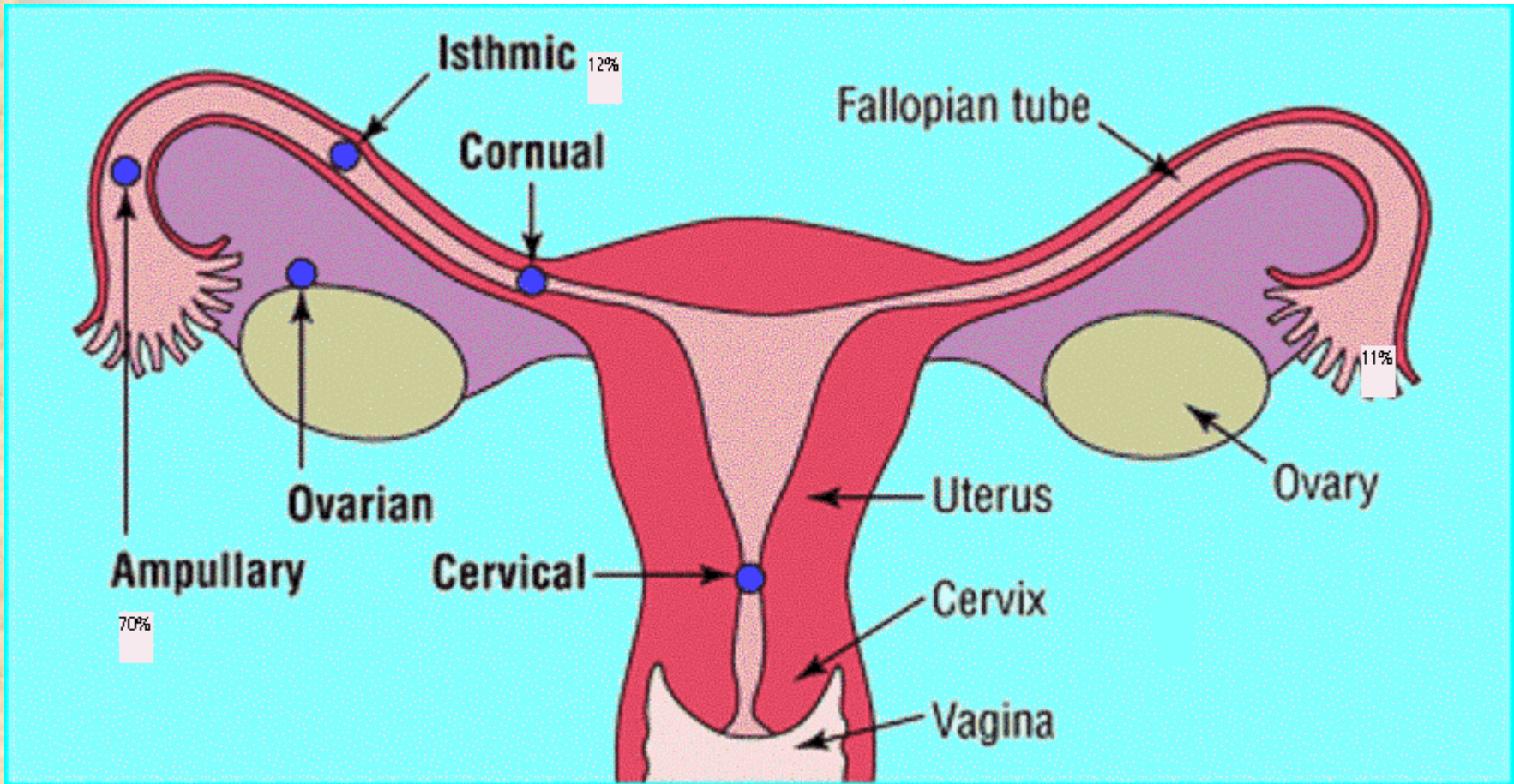
Siège de la GEU

70% Ampoule

12% Isthme

11% Pavillon

7% Corne, Ovaire, Abdomen





Signes cliniques

Retard de règles

Métrorragies

Douleurs pelviennes

Douleur d'un cul de sac

Douleur à la mobilisation utérine

Masse latéro-utérine

Signes d'irritation péritonéale

β HCG + et absence de x par 2 en 48h



Echographie et grossesse normale

Voie endo-vaginale

Fonction du taux de β HCG

- $< 10\text{UI}$ = négatif
- 10 à 500 UI = pas de G visible
- 500 à 1000 UI = œuf visible 📄 des cas
- $>1000 - 1500$ UI = œuf visible



Echographie et grossesse normale

Endomètre épais 10 à 15 mm

Couronne de trophoblaste

Œuf excentré dans la cavité utérine



Echographie et GEU

- Utérus vide
- Pseudo sac intra-utérin, central
- œuf extra-utérin \pm embryon \pm AC
- Hématosalpinx
- Hémopéritoine

Utérus vide + β HCG > 1500 \Rightarrow GEU +++



Traitement de la GEU

- Chirurgie :

 - Coelioscopie → salpingectomie
→ salpingotomie

 - Laparotomie (5% des GEU)

- Méthotrexate IM ou In Situ

- Abstention



Choix sera fonction:

contexte clinique

taux de β HCG

atcd de la patiente

souhait de la femme



Coeliochirurgie

Matériel

Installation sur la table

Aspiration de l'hémopéritoine

Apprécier l'opérabilité



Traitement conservateur

Exposer la trompe avec pince atraumatique

Inciser la trompe:

bord antimésial

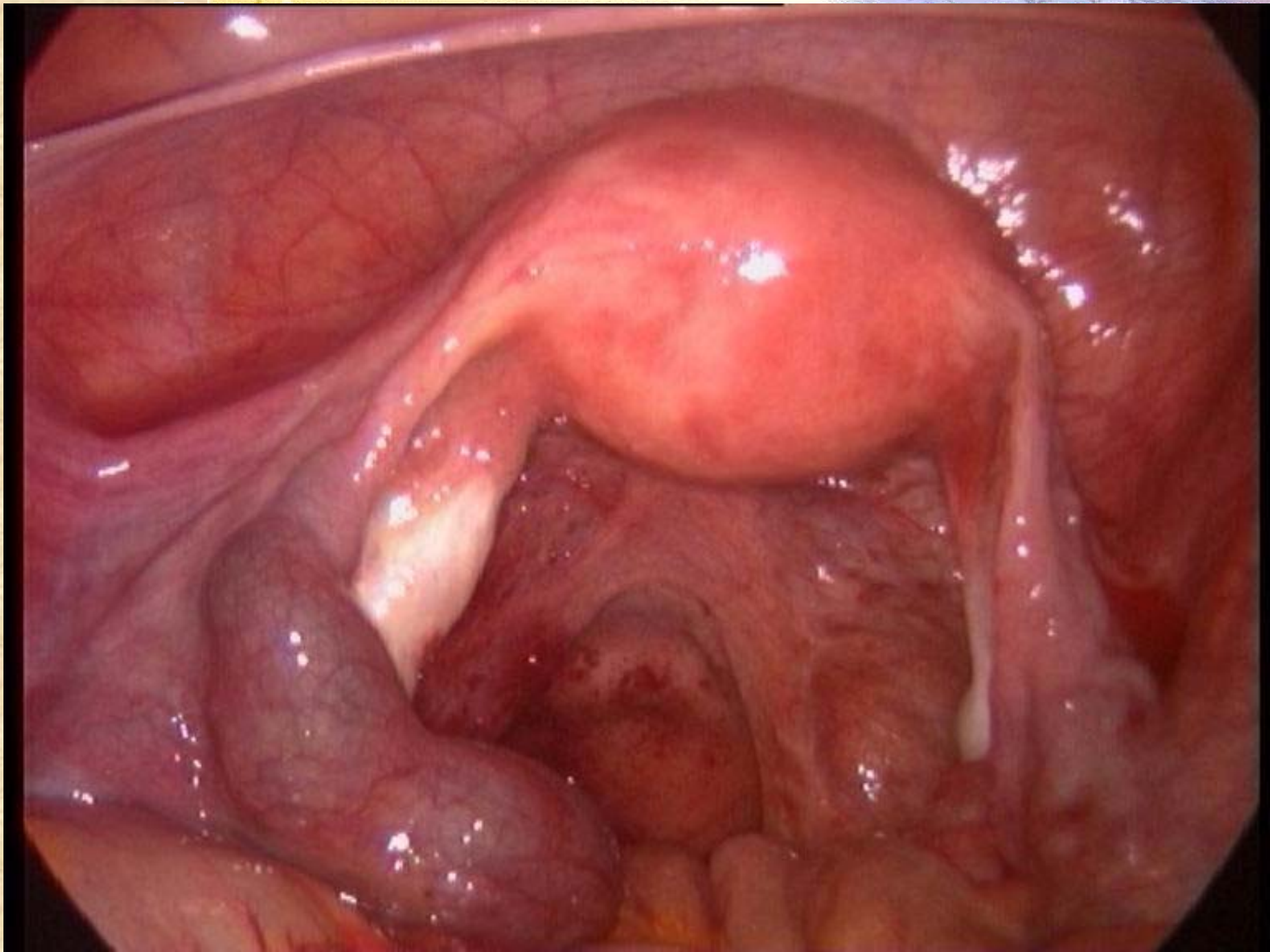
📄 proximal (coté corne utérine)

électrode mono polaire (triton) ou ciseaux

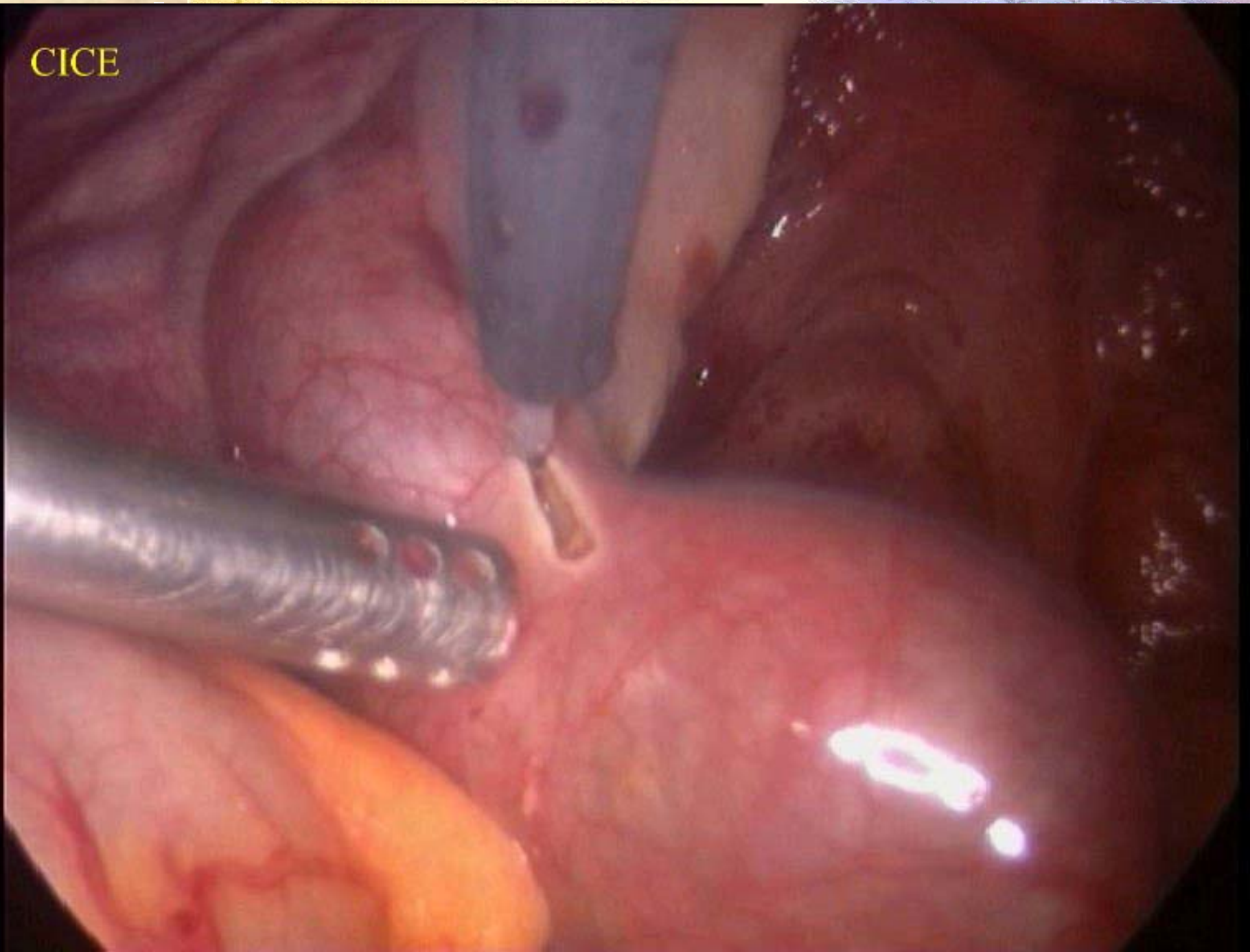
sur 1,5 – 2 cm en longitudinal

le caillot fait hernie

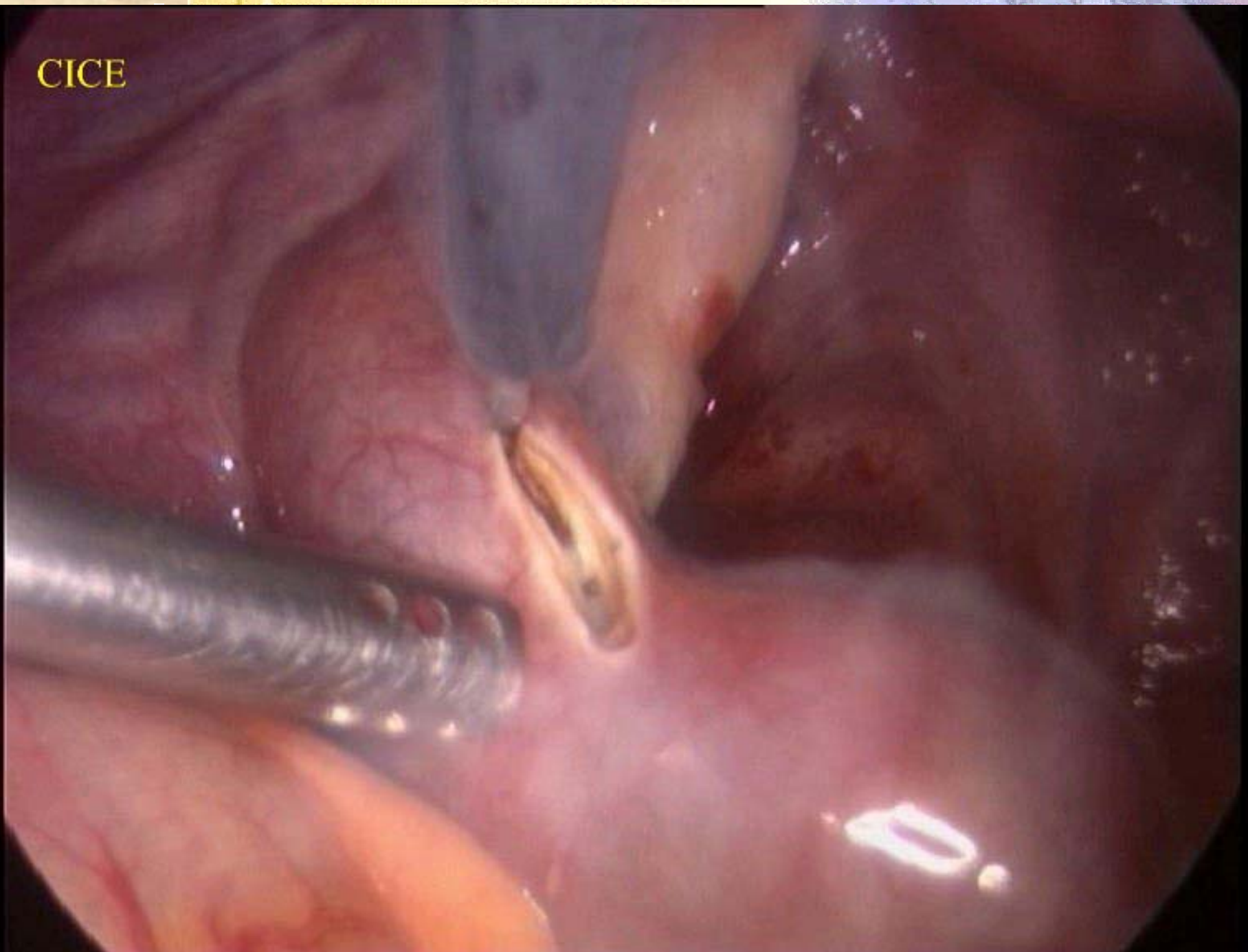
Décoller le trophoblaste avec de l'eau et aspirer



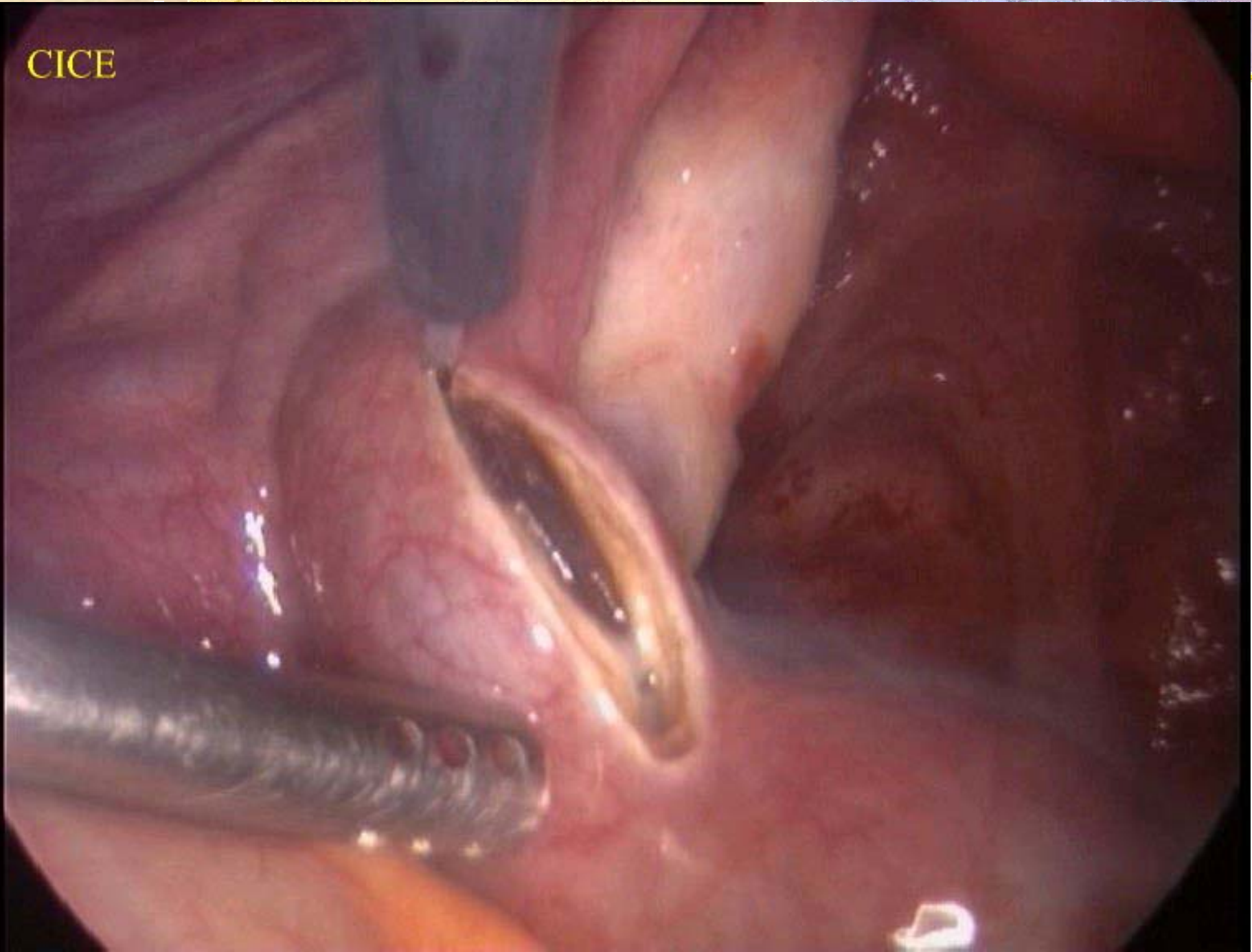
CICE



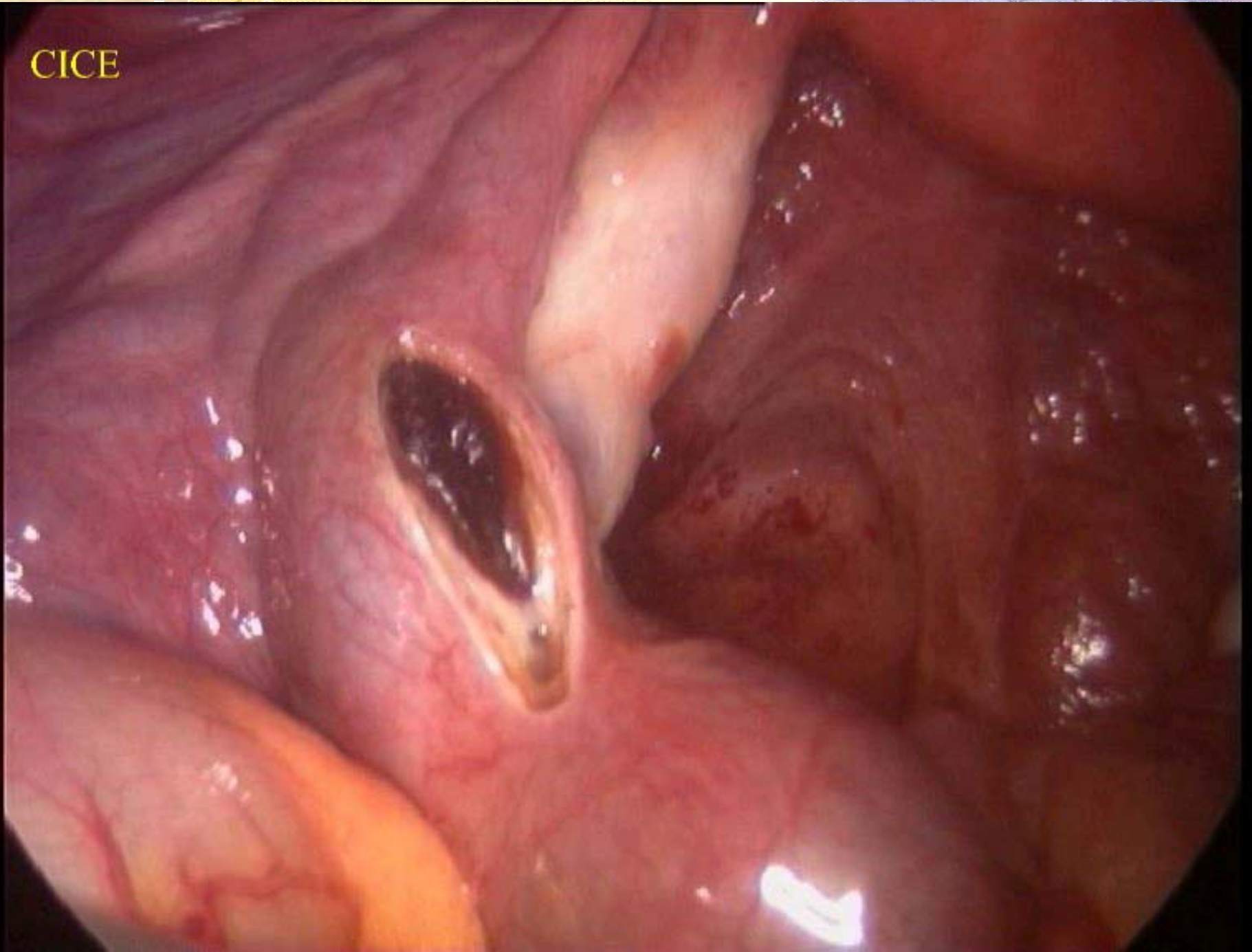
CICE



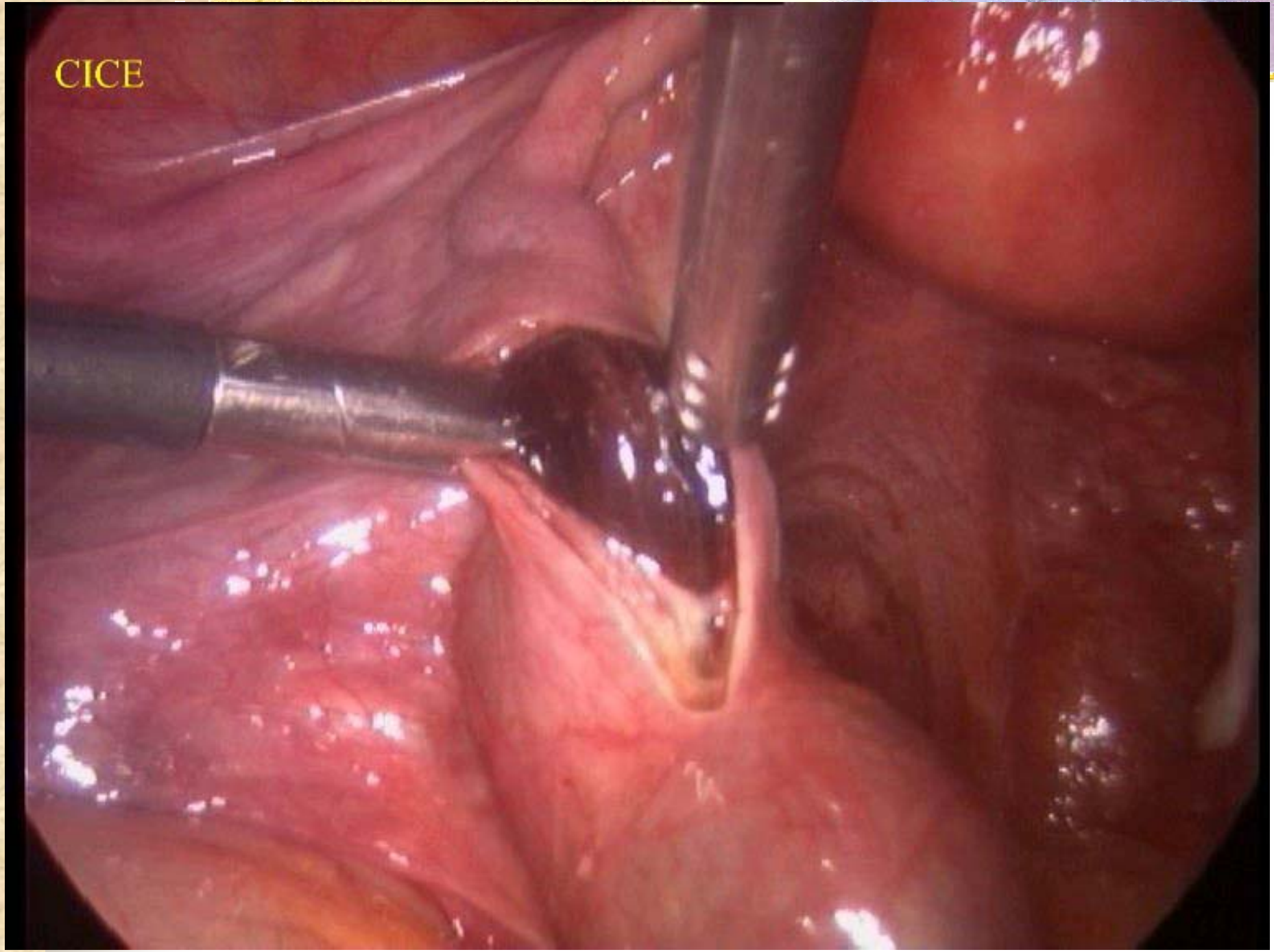
CICE



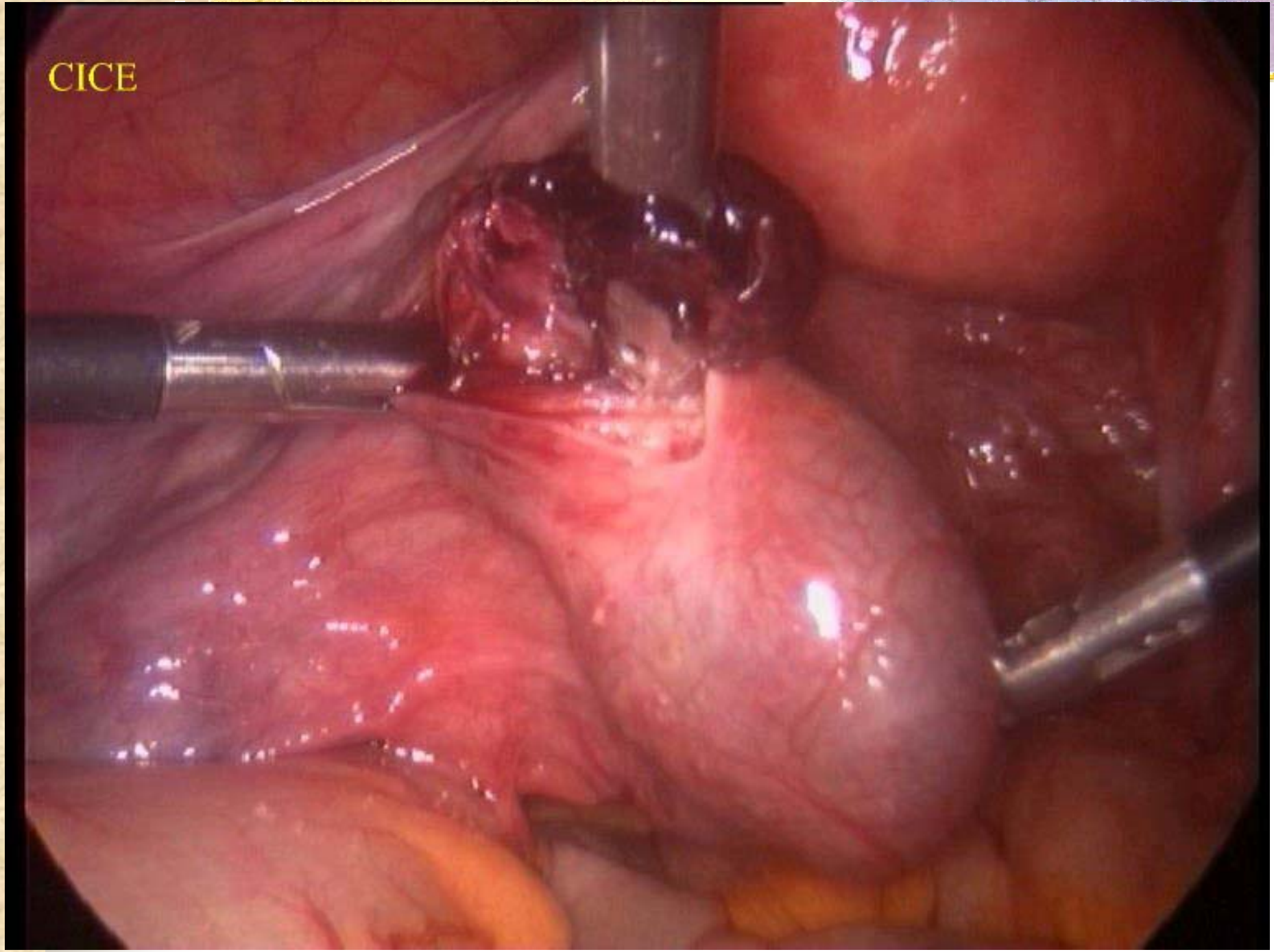
CICE



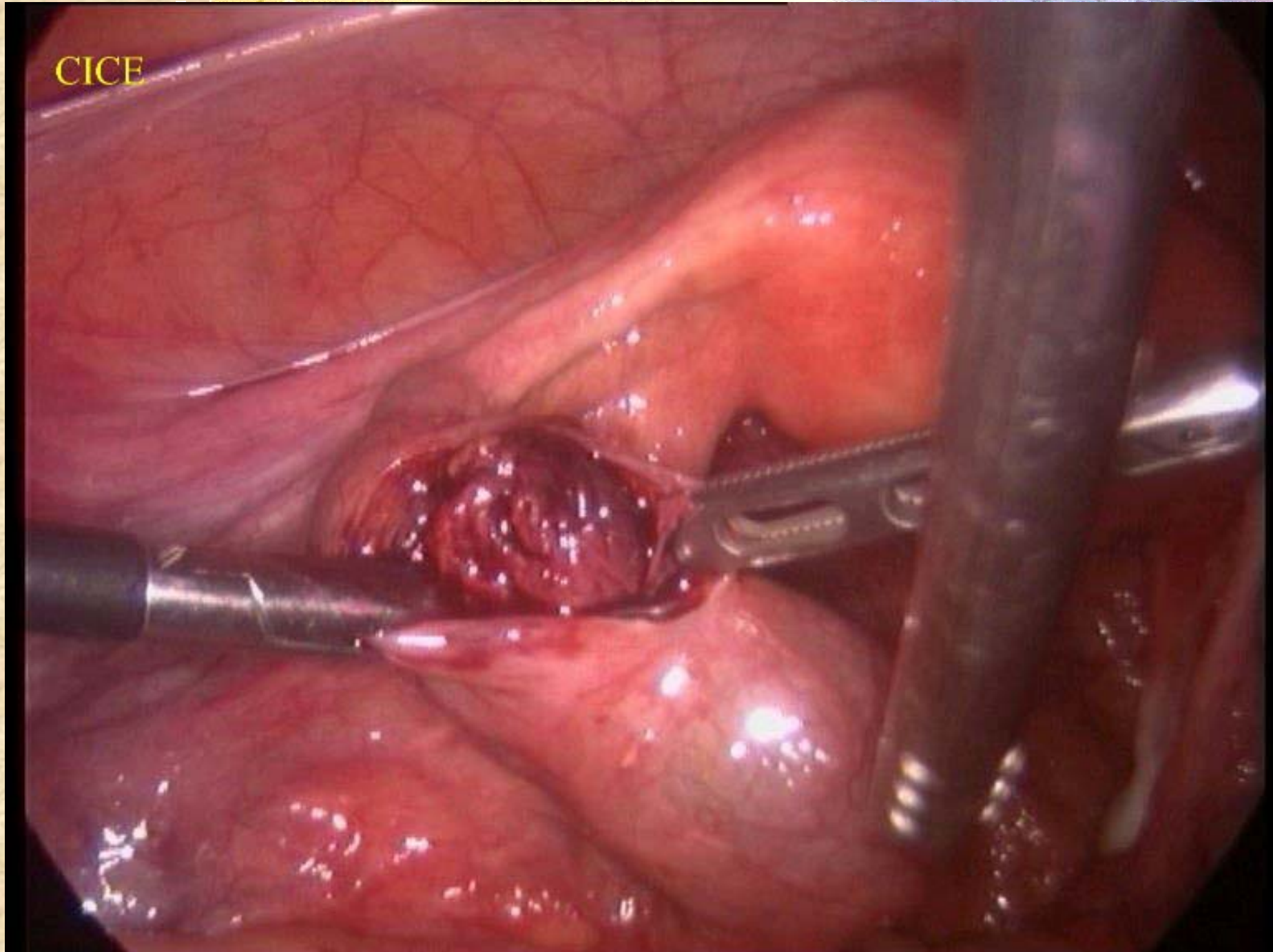
CICE



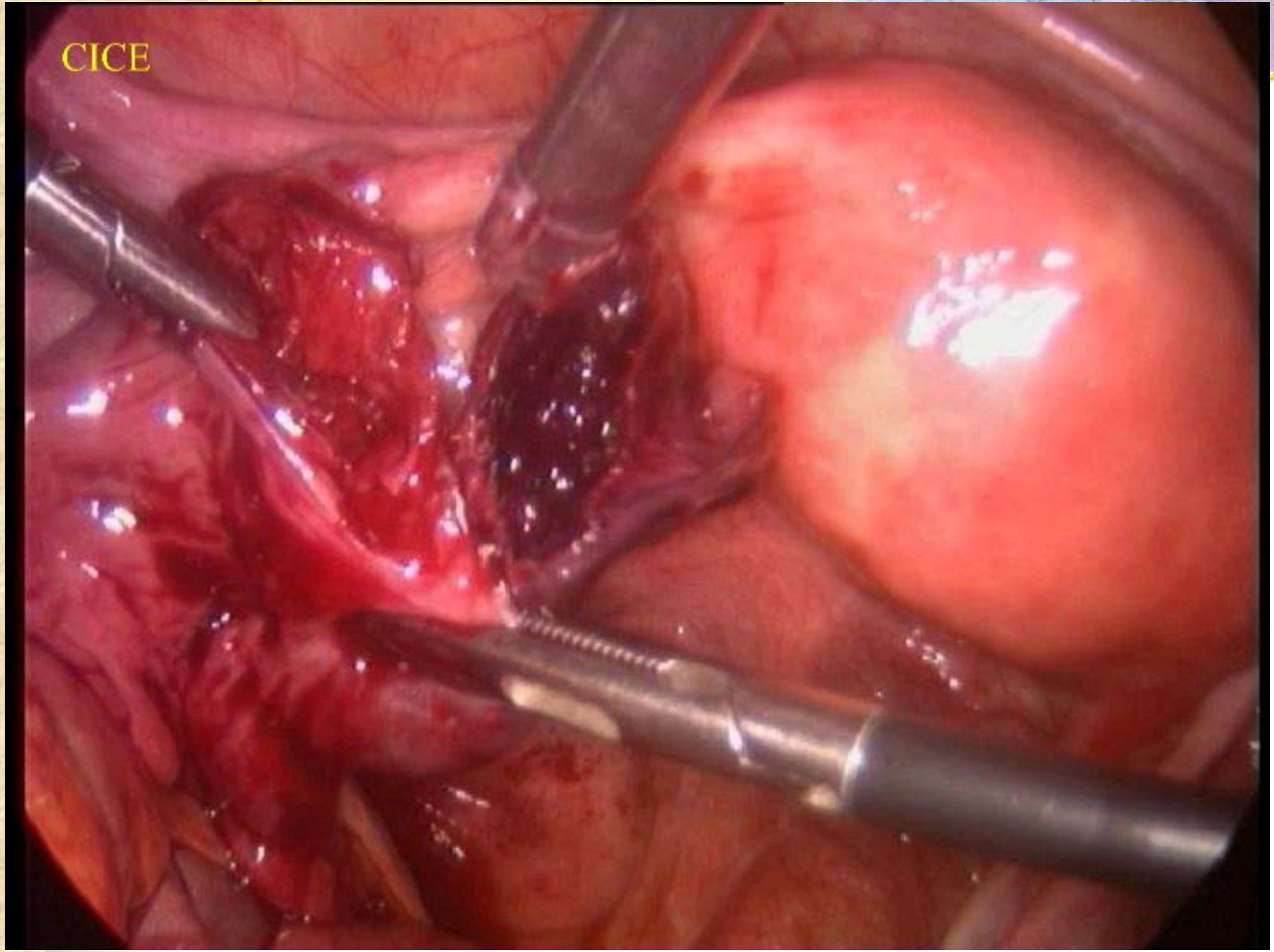
CICE



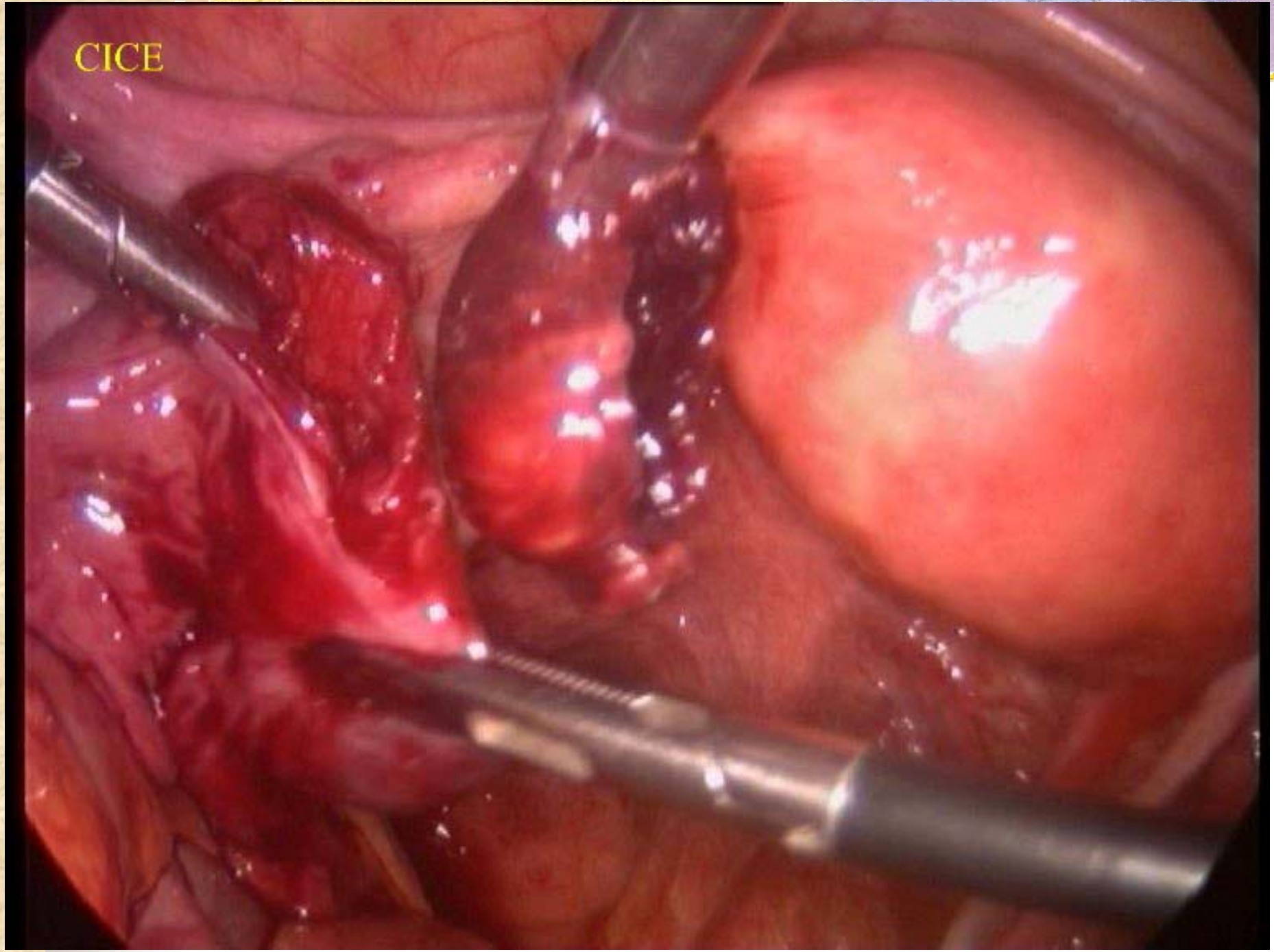
CICE



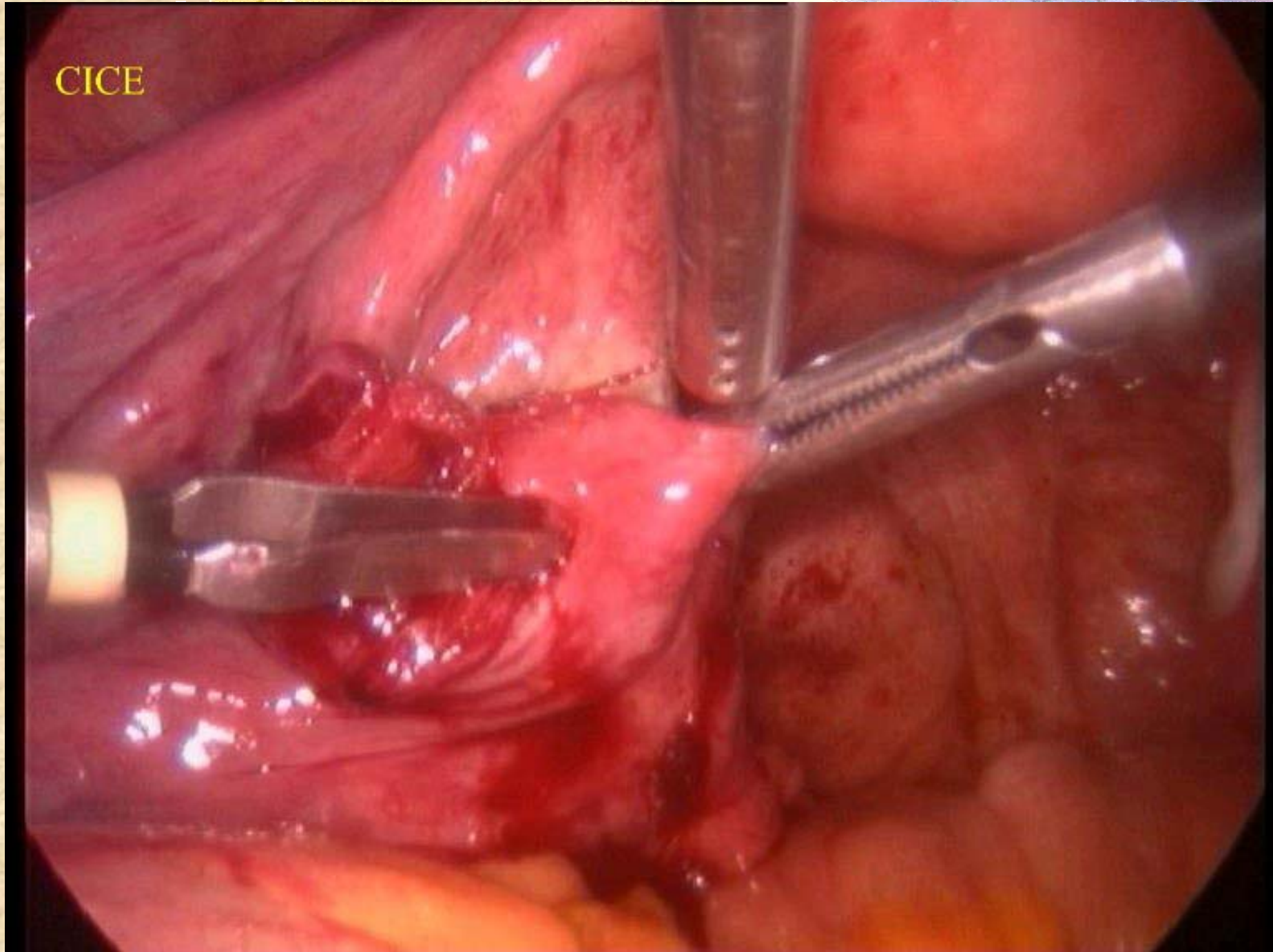
CICE



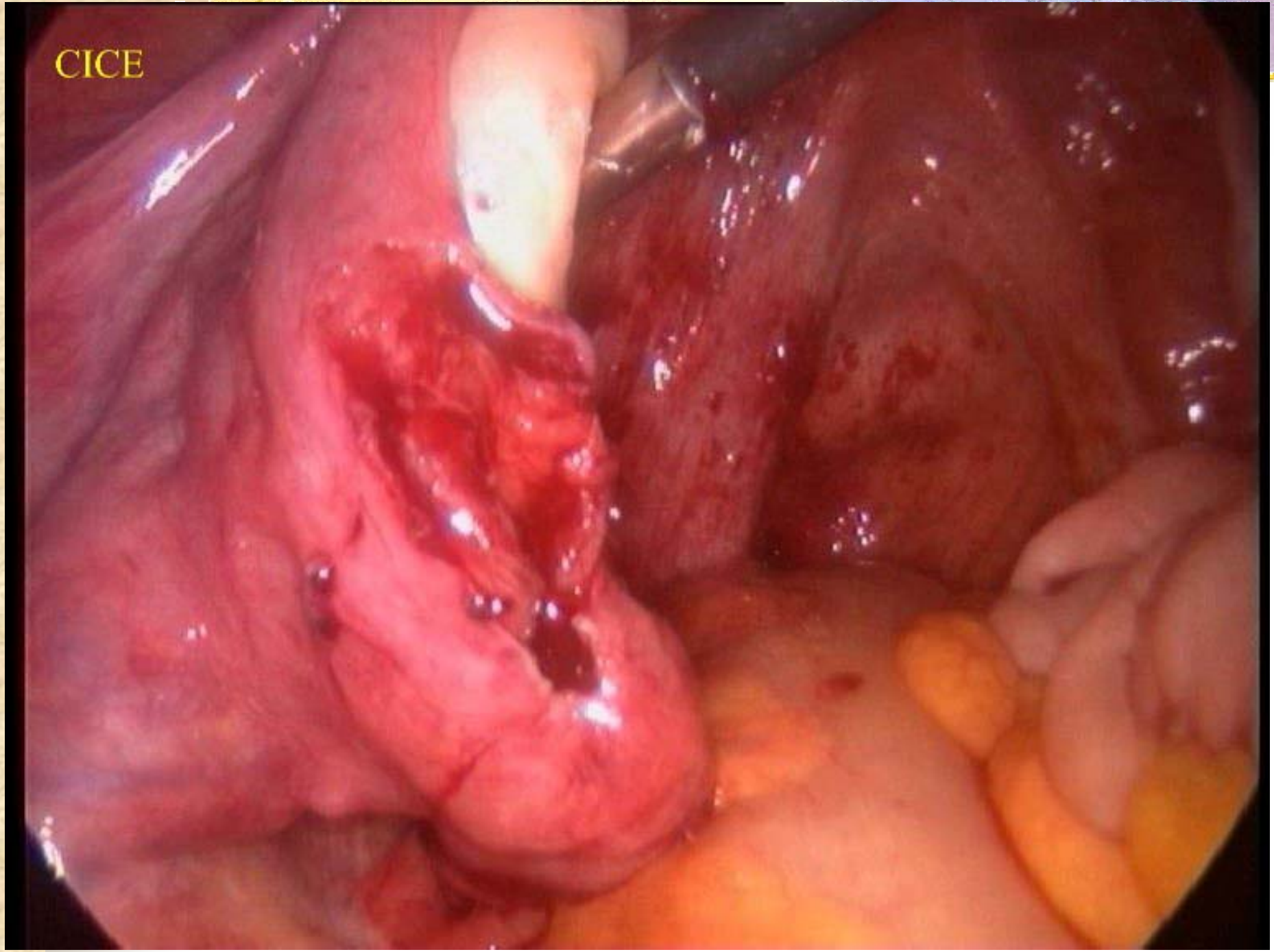
CICE



CICE



CICE





Traitement conservateur

Les difficultés

Incision insuffisamment profonde

Difficultés d'hémostase:

- . pince bipolaire
- . Compression à la pince
- . Salpingectomie

Avortement tubo-abdominal

Petite GEU isthmique



Traitement radical - salpingectomie

Salpingectomie rétrograde: corne→pavillon

.coagulation et section au ciseaux

.attention au lombo-ovarien

Aspiration préalable de la GEU???

Extraire dans un sac



Complications per-opératoires

Hémorragie → laparotomie

Adhérences → laparotomie

Blessures des organes de voisinage



Complications post-opératoires

Reprise hémorragique

Hématocèle enkystée

Persistance de trophoblaste (5%) : trait conservateur

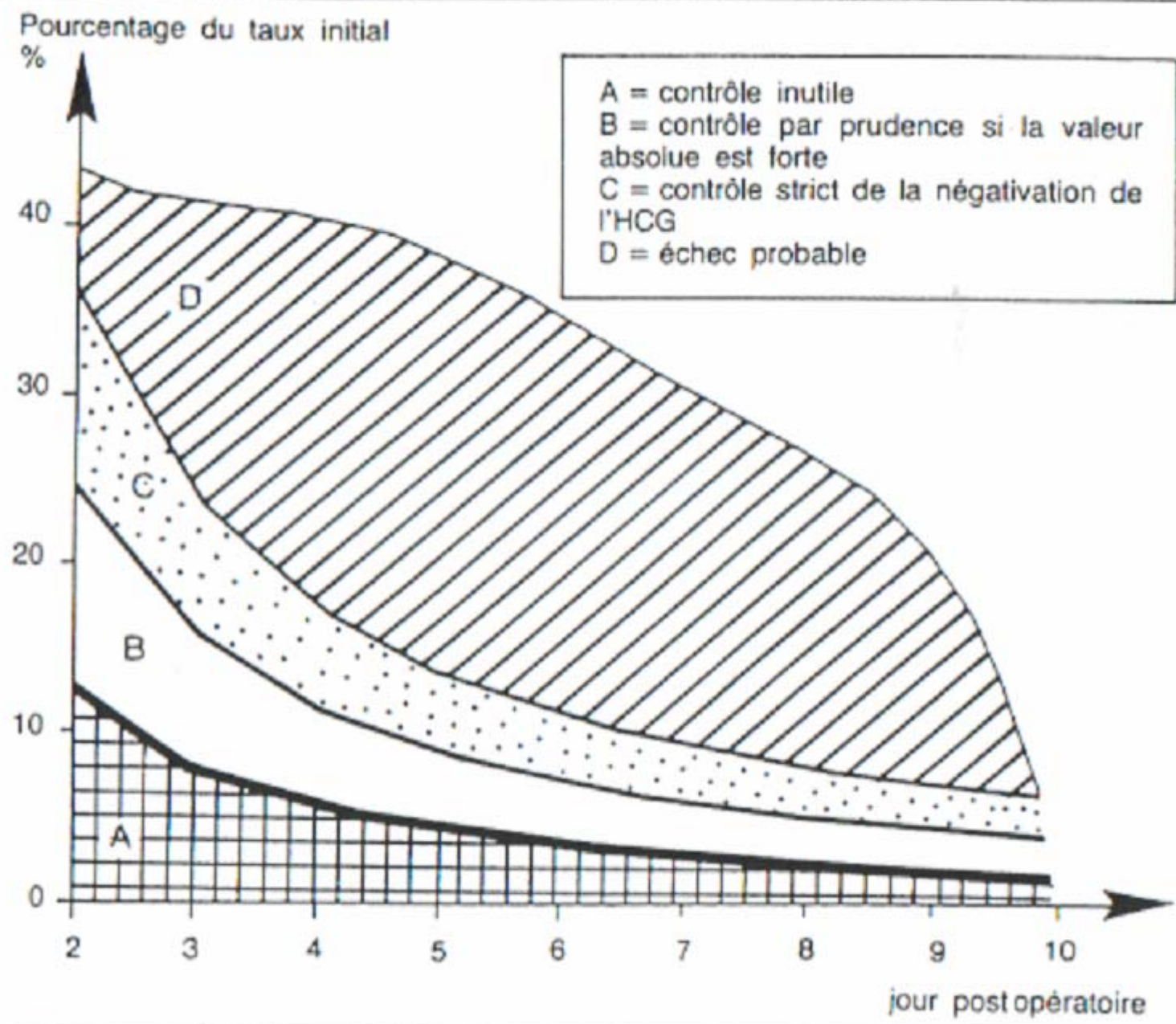
- ✓ GEU trop grosse ou trop petite
- ✓ β HCG élevées
- ✓ Aspiration trans -pavillonnaire
- ✓ greffe de tropho ailleurs
- ✓ Opérateur inexpérimenté
 - reprise et salpingectomie
 - méthotrèxate



Surveillance des β HCG après trait conservateur

1er dosage à la 48ème heure:

- ✓ $< 20\%$ du taux initial = trait réussi
- ✓ 20 à 40% → à refaire toutes les 48h et voir
- ✓ $> 35\%$ échec → salpingectomie
→ méthotrérate



GRAPHIQUE 12-1 Schématisation de la conduite à tenir en fonction de la décroissance relative du taux d'HCG dans les jours post-opératoires



CI au traitement conservateur

Pas de facteur indiscutable dans la littérature

taille > à 5cm

rupture tubaire

taux d'HCG élevé (β HCG > 10.000)

atcd tubaires de la patiente

Sera fonction de l'opérateur

CI à la coeliochirurgie

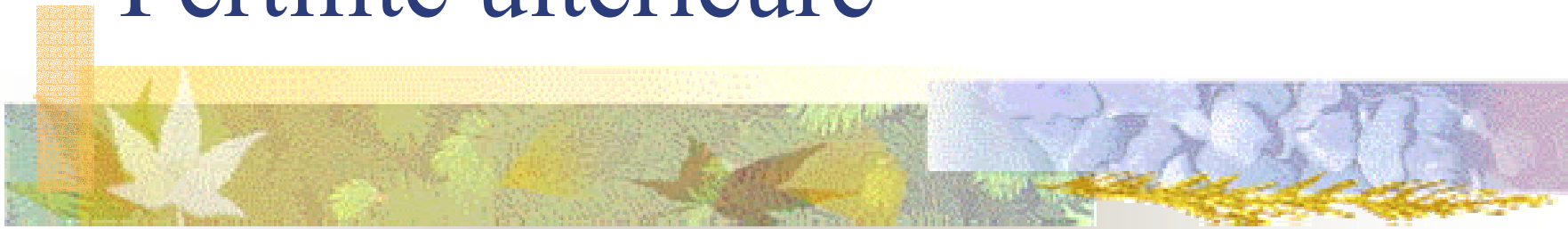
Les contre-indications formelles

- . Inexpérience de l'opérateur
- . hémodynamique instable

Les contre-indications relatives

- . Hémopéritoine important
- . Atcd chirurgicaux abdomino-pelviens importants
- . Geu interstitielles et cornuales
- . Hématocèles enkystées

Fertilité ultérieure



La fertilité ultérieure risque de récurrence

Trait. conservateur = trait. Radical

- Toutes les études sont rétrospectives
- La salpingectomie ne protège pas du risque de récurrence
- Ce sont les Atcd tubaires qui influencent

GEU.

Fertility after radical surgical treatment of ectopic pregnancy.

Auteurs	Année	Coeliochirurgie			Laparotomie		
		N	n	%	N	n	%
a) Taux de grossesse intra-utérine :							
Oelsner [9]	1994	32	18	56,3	117	77	65,8
Fernandez [10]	1998	122	77	63,1	62	27	43,5
Total		154	95	61,7	179	104	58,1
b) Taux de récurrences :							
Oelsner [9]	1994	32	2	6,2	117	14	11,9
Fernandez [10]	1998	122	13	10,6	62	6	9,6
Total		154	15	9,7	179	20	11,2

Tableau VI Fertilité après traitement cœliochirurgical de la GEU : Revue de la littérature.
Fertility after laparoscopic treatment of ectopic pregnancy. Data from the literature.

Technique cœliochirurgicale	Année	N	GIU		GEU	
			n	%	n	%
1) Salpingotomie :						
Yao et Tulandi [8]	1997	528	280 ^a	53	78 ^b	15
2) Salpingectomie :						
Yao et Tulandi [8]	1997	1246	614 ^a	49	123 ^b	10

a : Chi 2 = 2,08 ; p = ns

b : Chi 2 = 8,86 ; p = 0,003

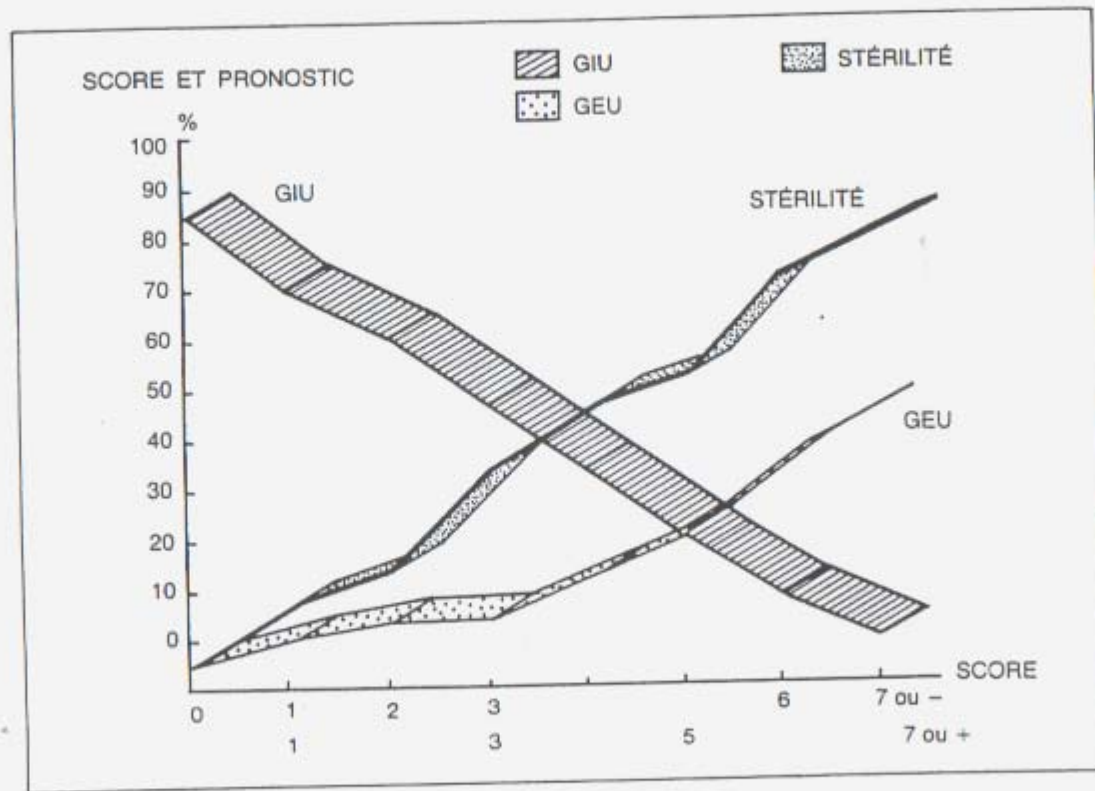
Score de Pouly en points (Clermont-Ferrand)

Atcd de GEU	2
Par GEU supplémentaire	1
Atcd d'adhésiolyse	1
Atcd de plastie tubaire	2
Trompe unique	2
Atcd de salpingite	1
Adhérences homolatérales	1
Adhérences controlatérales	1

Score de 0 à 3 : Traitement conservateur

Score de 4 : Salpingectomie

Score ≥ 5 : Salpingectomie et LRT controla.



GRAPHIQUE 12-2 Taux de fertilité, de stérilité et de récurrence de GEU après traitement conservateur, en fonction du score d'indication thérapeutique D'après *Fauty*

Fertilité après coeliochirurgie en fonction du score (Chapron)

Score thérap. de la GEU	Trait. conserv % de GIU	Trait. Radical % de GIU
0	84,1	81,2
1	71,1	60,9
2	57,5	34,4
3	31,2	40,0
4	25,0	37,5
5	18,7	35,5
> 5	6,2	40,0



Traitement radical ou conservateur?

- .Essayer d'évaluer les chances de GIU et de récurrence
- .Pas de désir de grossesse : salpingectomie
- .Trompe délabrée : «
- .Hémostase impossible : «



Le traitement médical de la GEU

Possible grâce au diagnostic précoce

C'est une alternative valable:

- . 65 à 95% de succès du trait médical
- . 72 à 95% de succès du trait coelio conservateur

Définir les critères d'inclusion

Nécessité d'un taux de succès > à 80% afin

- . de limiter le risque de chirurgie secondaire
- . d'éviter un suivi fastidieux

2 choix possibles : le méthotrèxate IM ou in situ
l'abstention



Le méthotrexate

C'est un antagoniste de l'acide folique

Tropisme pour le trophoblaste

Dose unique: 50mg/m² IM

1mg/Kg IM

Autres possibilités:

Doses multiples 1mg/Kg IM à J0, J2, J4, J6

+ Ac folique 0,1mg/Kg à J1, J3, J5, J7

Schéma in situ: 1 inj de 1mg/Kg

GEU identifiée de façon certaine

sac gestationnel accessible à l'écho



Dose additionnelle

Après 1 dose unique de MTX on renouvelle la même dose si:

- . Taux $>$ à 40% taux initial à J2 ou J4 soit
- . **Taux à J7 = au taux initial ou $\downarrow <$ à 15% soit**
- . Chute du taux à J10 $<$ à 15%

Surveillance clinique et HCG

à J2, J4, J7 puis ts les 7 jours

Suivi moyen de 30j (7 à 120 j)

Idem pour les autres modes d'administration



La surveillance

Les douleurs fq du 1^{er} au 4^{ème} jour

⇔ nécrose de la GEU

⇔ avortement tubo-abdominal

Diagnostic ≠ fissure?

L'échographie:

Non systématique pour la majorité

Obligatoire si anomalie du suivi

Si échec = coelio (trait radical ou conservateur ?)



CI au MTX

Effets secondaires:

- .stomatite
- .nausées et douleurs abdo , diarrhée, vomissements
- .alopécie
- .leucopénies
- .↑ des transaminases

Contre-indications

- .thrombopénie < 100.000
- .anomalies de la coagulation
- .insuffisance hépatique et rénale



Bilan pré thérapeutique:

NFS Plaquettes

Coagulation

Créatinémie

Bilan hépatique

Les effets Aires st + fq en cas de schéma doses multiples

Acide folique au-delà de 2 injections

Taux de succès de l'abstention

Auteurs	Année	N	Succès %
Fernandez	1993	35	85%
Ylostalo	1992	83	69%
Korhonen	1994	118	65%
Shalev	1995	60	47%
Hahlin	1995	61	74%
Cacciatore	1995	71	69%
Ari	2001	46	67%
Kun	1995	85	54%



Indications du traitement médical

Patientes obèses

Patientes multi-opérées

Adhérences pelviennes importantes

Contre-indication à l'AG

GEU interstitielle, cornuale,
ovarienne, abdominale

GEU faiblement active

Score pré-thérapeutique de Fernandez

	1	2	3
Nbre de j d'amenorrh	> 49 j	≤ 49 j	≤ 42 j
β HCG	≤ 1 000	≤ 5 000	>5 000
Prog ng/ml	≤ 5	5 - 10	> 10
Douleur	absente	provoquée	spontanée
Hématosalp en cm	≤ 1	1 - 3	> 3
Hémo-péritoine	≤ 10 cc	≤ 100 cc	> 100 cc



Traitement médical

Les indications

Selon le score de Fernandez:

- . score < 13 = succès $> 90\%$ (inj in situ)
- . HCG et Prog à $\pm 20\%$ du taux initial et score < 13

Mais attention :

- . Coopération de la patiente
- . Accord de la patiente
- . Expliquer les risques
- . Pas d'éloignement d'un centre
- . Arrêt de w si pas sédentaire
- . Pas de rapport ?

Conférence de consensus de Vichy 1995

	Groupe non actif EXP / MTX	Gpe à activ modérée Mtx/Coelio	Gpe à hte activité Coelio±Mtx
β HCG	< 1 000	< 5 000	> 10 000
Progestér	< 5ng/ml	5 à 10ng/ml	> 10ng/ml
Evolution des taux	↓ en 48 h	↔	

