

⚠ Attention aux fausses croyances

- Une contraception bien conduite n'exclut pas le diagnostic de G.E.U.
- Le D.I.U (stérilet) n'est pas un facteur de risque de GEU. Toutefois, en cas de grossesse sous D.I.U., la grossesse a plus de risque d'être ectopique.
- Les mineures peuvent faire des G.E.U. Et ce à partir du moment où elles sont réglées et qu'elles ont des rapports sexuels (consentis ou non). L'évocation de ce diagnostic est d'autant plus difficile dans ce contexte (interrogatoire en présence de parents, difficulté à parler de sexualité.)
- Une grossesse intra-utérine débutante connue n'exclut pas le diagnostic de G.E.U., mais rend ce diagnostic hautement improbable.
- L'examen gynécologique n'est pas indispensable pour éliminer une G.E.U. Ce dernier peut être réalisé dans un second temps par un spécialiste en cas de forte suspicion. Le dosage des β -HCG + l'échographie sus pubienne suffisent le plus souvent à éliminer une G.E.U.

🚑 Prise en charge spécialisée

La prise en charge de la grossesse extra utérine repose sur deux options : médicale et/ou chirurgicale. La décision de prise en charge nécessite toujours l'avis du gynécologue (sauf protocole local).

La prise en charge médicale : La prise en charge médicale consiste à l'administration d'un médicament : le méthotrexate. Les patientes sont éligibles au traitement si elles présentent les caractéristiques suivantes :

- Une grossesse tubaire non rompue et de diamètre < 3 mm
- Aucune activité cardiaque fœtale détectée à l'échographie
- Un taux de β -HCG idéalement inférieur à 5 000, mais possible jusqu'à < 15 000
- L'absence de contre-indication à l'administration de méthotrexate (nécessité d'un bilan biologique récent - voir logigramme)

En cas d'injection de Méthotrexate, le dosage des β -HCG est répété à 4 et 7 jours après la première injection. Une seconde dose de Méthotrexate ou une intervention chirurgicale peuvent être indiquées selon la cinétique des β -HCG dans les 7 jours suivants.

Le Méthotrexate fonctionne chez environ 87 % des femmes. Néanmoins, 7 % vont présenter une complication grave (rupture de la trompe...) nécessitant un recours à la chirurgie.

La prise en charge chirurgicale : La prise en charge chirurgicale s'efforce de privilégier le traitement conservateur permettant de meilleures chances de grossesse intra utérines ultérieures. Toutefois, une salpingectomie (ablation chirurgicale d'une trompe utérine ou des deux) sera envisagée lors des situations les plus critiques.



LE METHOTREXATE

Source image : <https://www.viatris.fr>

Le méthotrexate[®] est un antagoniste de l'acide folique. *C'est un médicament qui agit sur les cellules à croissance rapide (comme les cellules de l'embryon). Il empêche ces cellules de se développer. Les cellules meurent et sont éliminées.*

Source : <https://educationdespatientscum.ca>

Le méthotrexate s'administre généralement en intra-musculaire, en dose unique. Si le geste en lui-même ne diffère pas des autres administrations, des précautions complémentaires sont à respecter, en raison de la toxicité du produit. Un dispositif de transfert sécurisé est alors à utiliser. Un contrôle par dosage de β -HCG permet de savoir si le traitement a été efficace.

Important : Absence de conflit d'intérêt. La rédaction de ce bulletin évoque la description et l'utilisation d'une thérapeutique. Ce visuel provient de la société Viatris. Sa référence est intégralement dénuée d'intérêt autre que scientifique et ne fait l'objet d'aucune rémunération, quel que soit le moyen.

TAKE HOME MESSAGES :

- Toute douleur abdominale basse chez une femme en âge de procréer est une G.E.U. jusqu'à preuve du contraire
- Une contraception bien conduite n'élimine pas une G.E.U.
- La G.E.U. est autant une affaire d'urgentiste que de gynécologue

On se retrouve le mois prochain pour...
Les urgences de l'Homme

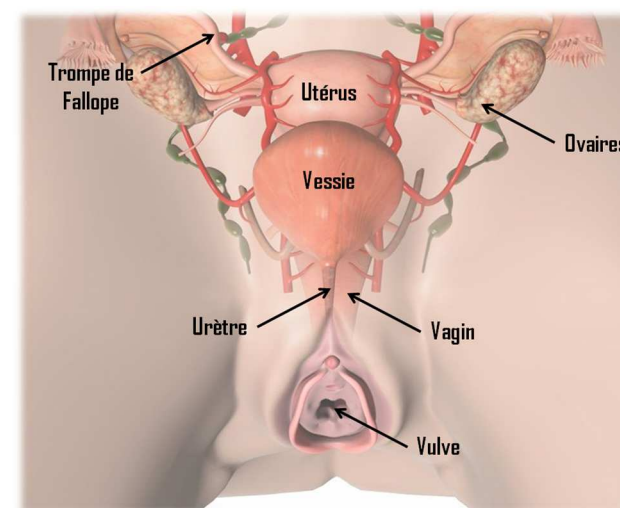


La Grossesse Extra Utérine (G.E.U.)

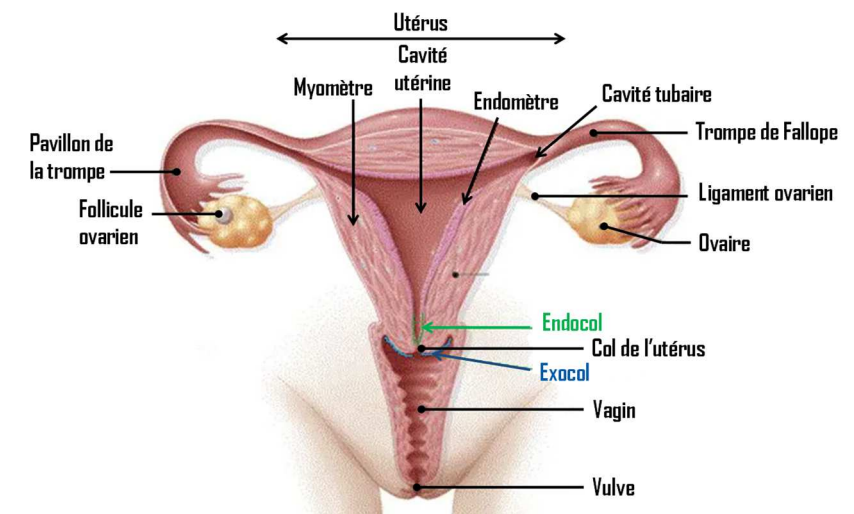
Octobre rose place la gynécologie à l'honneur. Notre numéro du mois d'octobre parlera donc d'une urgence gynécologique aussi grave que difficile à diagnostiquer, la grossesse extra utérine (G.E.U.). Cette pathologie touche 2 % des grossesses, soit 15 000 femmes par an. C'est la première cause de décès durant le premier trimestre de grossesse. Cette issue fatale est souvent liée à un retard diagnostic ou de prise en charge. Au travers de ce bulletin, nous vous proposons une aide pour mieux comprendre, diagnostiquer et orienter vos patientes suspectées ou atteintes de G.E.U.

🍀 Rappels anatomophysiologiques

L'appareil génital féminin est composé de plusieurs organes (vagin, utérus, ovaires...) ayant pour mission principale la reproduction. Pour cela, il doit assurer plusieurs fonctions avec entre autres : la formation des ovules, la réception des spermatozoïdes et la fourniture d'un environnement adapté à la fertilisation et au développement du fœtus. La fécondation a classiquement lieu dans le tiers distal de la trompe de Fallope (unilatéralement, par alternance). La cellule résultante de la fécondation, appelée zygote, entame alors une migration vers l'utérus pour s'y développer pendant 40 semaines. L'utérus est composé de trois membranes (le périmètre, le myomètre et l'endomètre).



Source image : <https://www.terrafemina.com>



Source image : <https://microbiologiemedicale.fr>

Le Scope : le bulletin de l'urgence - <https://www.le-scope.com>

Suivez-nous sur les réseaux sociaux : [f](#) Le Scope - [i](#) le_scope_ - [e](#) Contact : lescope.contact@gmail.com

La couche supérieure de l'endomètre, appelée couche fonctionnelle est riche en vaisseaux sanguins. Cette couche se desquame et s'élimine en l'absence de fécondation de l'ovule : ce sont les menstruations. Les trompes utérines mesurent environ 10 cm et s'implantent de part et d'autre de l'utérus. Les trompes possèdent une couche de muscle lisse, permettant le péristaltisme de l'ovule qui doit regagner l'utérus. L'utérus et les trompes sont vascularisés par les artères utérines.

 Définition et physiopathologie

La grossesse extra-utérine, ou ectopique, est définie comme une anomalie de la nidation qui se produit en dehors de la cavité utérine. L'évolution naturelle de la nidation ectopique est la rupture tubaire par distension excessive avec hémopéritoine puis choc hémorragique et décès. Responsable de 10 % des décès au cours du premier trimestre, elle est considérée comme une urgence diagnostique et thérapeutique. Il n'existe aucune donnée permettant de corréler l'âge gestationnel au risque de rupture tubaire. Le seuil minimal de β -HCG à risque de provoquer un décès n'est pas connu. Toutefois, il est admis que plus la grossesse est avancée, plus le risque est grand. Médicalement, une G.E.U. se définit par : une cavité utérine échographiquement vide associée à des β -HCG > 15 00 U.I.

Physiopathologie : Physiologiquement, la fécondation se fait dans le tiers distal de la trompe puis l'œuf migre dans la cavité utérine et entame sa nidation 7 jours après. En cas d'altération de motilité de la trompe limitant ou empêchant la migration de l'œuf, la grossesse évolue de façon ectopique. Majoritairement, les G.E.U. sont localisées dans la trompe de Fallope (= ampullaire) ou dans la corne utérine. Les autres sites de localisation (abdominale, ovarienne, ...) sont plus rares. Exceptionnellement, il est possible de rencontrer des grossesses hétérotopiques. La grossesse hétérotopique est la coexistence de deux grossesses simultanées : une grossesse intra-utérine et une G.E.U. Le principal facteur de risque de cette dernière est la procréation médicalement assistée.

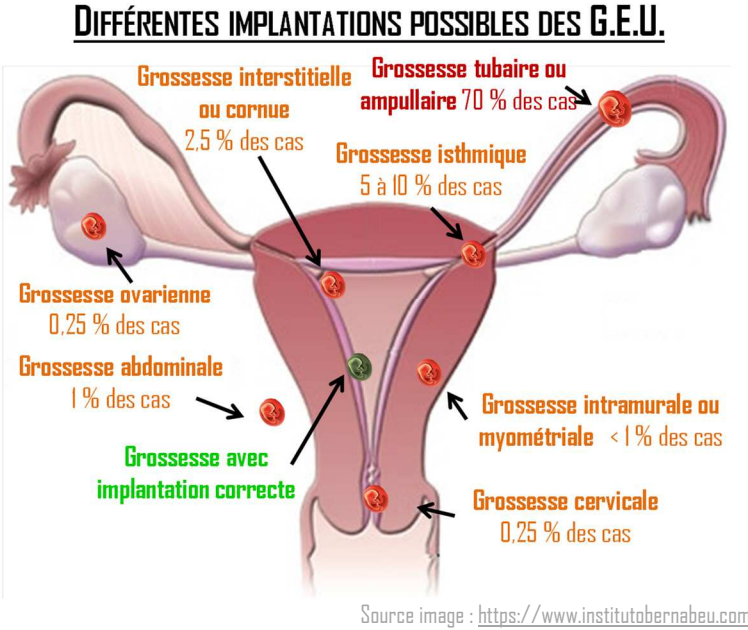


 Tableau clinique

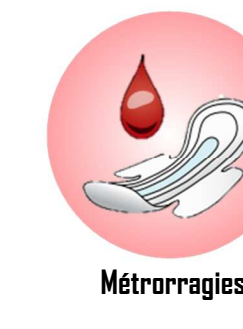
Les symptômes d'une G.E.U. sont variables et sont parfois absents avant la survenue de la rupture tubaire. Le plus souvent, les patientes présentent des **douleurs pelviennes** et/ou des **saignements** d'origine gynécologique (métrorragies). Il peut exister ou non une aménorrhée et les métrorragies sont parfois confondues par les patientes avec leurs règles. La patiente n'a souvent pas connaissance de sa grossesse. La rupture est généralement annoncée par une douleur importante et soudaine, suivie d'une sensation de malaise (parfois avec perte de connaissance). Au stade ultime, le tableau clinique peut être celui d'un choc hémorragique et/ou d'une péritonite. Le tableau clinique peut parfois être très frustré voire trompeur. Cela peut provoquer un retard diagnostique imposant d'être systématique dès l'accueil par l'I.O.A. d'une patiente avec des douleurs abdominales basses. Ce diagnostic est impossible à éliminer ou à diagnostiquer simplement par l'examen clinique. Il nécessite toujours un ou plusieurs examens complémentaires (mais parfois un simple test de grossesse urinaire en extra hospitalier suffit à l'éliminer).



Douleur abdominale
(généralement unilatérale)



Métrorragies



Nausées +/- vomissements



Vertiges

 Diagnostic

Une G.E.U. doit être suspectée chez toute femme en âge de procréer qui présente des douleurs pelviennes, des métrorragies, un malaise inexpliqué ou un état de choc hémorragique et ce, de manière indépendante de la prise de contraception, de rapport sexuel ou de retard de règles. Le diagnostic d'une G.E.U. repose sur un examen clinique, un dosage plasmatique de β -HCG et une échographie pelvienne (idéalement endovaginale). La majorité des services d'accueil des urgences ne sont pas adaptés aux examens gynécologiques et aux échographies endovaginales. Ce diagnostic repose donc sur la participation des spécialistes (gynécologues, radiologues...). Toutefois, pour éliminer ce diagnostic, les β -HCG (négatifs) et/ou l'échographie sus pubienne (montrant une grossesse intra utérine et une absence de masse annexielle) suffisent le plus souvent. En se basant sur les recommandations actuelles et sur les pratiques de divers services d'urgences gynécologiques, nous vous proposons un logigramme afin de vous aider dans la prise en charge d'une GEU dans un service d'urgences.

Logigramme de prise en charge :

