



## GROSSESSE EXTRA UTERINE

- **POUR TOUTES LES PATIENTES**

- Bilan préopératoire complet (NFS, TP-TCA, groupe, Rhésus, RAI)

- **Pour toute patiente rhésus négatif, prévention de l'allo-immunisation rhésus**

Rophylac 200 µg : 1 injection IV directe après contrôle des RAI ; pas de contrôle après injection

- Consultation d'anesthésie

- **TRAITEMENT MEDICAL : METHOTREXATE (indication posée par médecin senior)**

### **Mode d'action du méthotrexate :**

Il s'agit d'un antagoniste de l'acide folique qui inhibe la dihydrofolate réductase qui est nécessaire pour transformer l'acide dihydrofolique en acide tétrahydrofolique.

Donc il inhibe la synthèse des bases purines, bloquant ainsi la synthèse d'ADN et donc le cycle cellulaire.

Il agit sur les cellules du CYTOTROPHOBLASTE mais pas sur le syncytiotrophoblaste qui produit l'hCG+++

Ce qui explique pourquoi après l'injection de méthotrexate, l'hCG ne diminue qu'à partir de J4/J5.

Par ailleurs, plus on avance dans le terme de la grossesse, moins il y a de cellules en phase S donc plus on avance dans le terme, moins le méthotrexate est efficace.

### **Contre-indications du traitement médical par méthotrexate :**

- **récidive de GEU homolatérale**
- refus de la patiente ou absence de compréhension ou mauvaise compliance
- difficultés de surveillance en ambulatoire
- douleurs abdomino-pelviennes spontanées
- douleurs abdomino-pelviennes avec irritation péritonéale ou défense abdominale
- hémopéritoine significatif :  $\geq 4$ cm Douglas ou épanchement Morrison
- hématosalpynx  $\geq 3$  cm
- activité cardiaque visible
- hCG > 5000 mUI/ml
- thrombopénie < 100.000/ mm<sup>3</sup>
- leucopénie < 2000/mm<sup>3</sup>
- élévation de la créatinine > 130 µmol/l
- élévation des enzymes hépatiques (ALAT ou ASAT > 2 N)
- score de Fernandez > 13

<b>Score de Fernandez</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Age gestationnel (jour)	> 49	> 42 < 49	< 42
Taux d'hCG (mUI/ml)	< 1000	1500 - 5000	> <b>5000</b>
Taux de progestérone (ng/ml)	< 5	5 à 10	> 10
Douleurs abdominales	absentes	Provoquées	spontanées
Hématosalpinx (cm)	< 1	1 - 3	> <b>3</b>
Hémopéritoine (cm <sup>3</sup> )	0	1 - 100	> 100

#### **Modalités du traitement médical par méthotrexate :**

- bilan préthérapeutique : hCG QUANTITATIF, groupe, Rhésus, RAI, NFS plaquettes, TP, TCA, fibrinogène, créatinine, bilan hépatique (ASAT et ALAT)
- 1 mg/kg en intramusculaire : pas d'hospitalisation systématique sauf si patiente seule au domicile ou domiciliée à distance d'une structure médicale
- proposer arrêt de travail si pas de travail sédentaire (pour les 8 premiers jours)
- prévenir la patiente du risque d'échec du traitement médical et de la possibilité d'une intervention chirurgicale.
- sensibiliser la patiente aux signes de gravité : malaise, douleur intense

#### **Surveillance après traitement médical :**

##### **A J5 : examen clinique complet et échographie pelvienne+++consigné dans le dossier**

Dosage des hCG à **J5** puis 1 fois par semaine aux urgences jusqu'à négativation (en moyenne 30 jours) :

-Si hCG à J5 > 85% du taux de départ (ou baisse inférieure à 15%) => 2<sup>ème</sup> injection IM de méthotrexate à la même dose. **Réévaluer la compliance et la possibilité de la patiente de consulter en urgence en cas de douleur, malaise... afin de 'opter ou non pour une hospitalisation pour cette 2<sup>ème</sup> cure de Méthotrexate**, poursuite de la surveillance des HCG 1 fois par semaine.

-En cas de stagnation ou de réascension des hCG => hospitalisation pour 2<sup>nde</sup> cure ou chirurgie selon clinique.

-En cas d'algies intenses, rupture tubaire avec hémopéritoine, ou échec après 2 injections de méthotrexate => Chirurgie

**JAMAIS DE 3<sup>ème</sup> CURE DE METHOTREXATE**

- **TRAITEMENT CHIRURGICAL : RADICAL OU CONSERVATEUR**

**INDICATIONS :**

**En URGENCE** si un des éléments suivants (car risque de rupture et donc d'hémopéritoine massif et de choc hémorragique) :

- Défense abdominale
- Hémopéritoine  $\geq 4$ cm Douglas ou épanchement Morrison
- Hématosalpinx  $\geq 3$ cm
- hCG  $> 5000$ U/ml

Sans urgence « absolue » si indication de traitement chirurgical pour : contre-indication au traitement médical.

**TECHNIQUE CHIRURGICALE :**

**Le traitement conservateur ou radical** est dicté par les chances de future grossesse intra utérine par rapport au risque de récurrence de GEU

Si récurrence homolatérale : salpingectomie

**Voie d'abord :**

Coelioscopie à privilégier

Laparotomie si contre-indication à la coelioscopie (état de choc hémodynamique ou contre-indication anesthésique)

**Salpingotomie :**

- NE PAS INCISER EN REGARD DE L'HEMATOSALPINX : LA GEU EST TOUJOURS SITUÉE EN PROXIMAL DE CELUI-CI.
- Salpingotomie anti mésiale en regard de la portion proximale de la GEU avec une monopolaire jusqu'au plan muqueux intra tubaire.
- Ouverture du plan muqueux intra tubaire aux ciseaux froids
- Extraction douce de la GEU en monobloc dans la mesure du possible à la pince fenêtrée
- Lavage aspiration intra tubaire abondant par l'aspiration type « éléphant » afin d'avoir un débit suffisant
- Hémostase par compression plutôt que par la bipolaire

**Salpingectomie :**

- Salpingectomie rétrograde à la bipolaire et aux ciseaux
- Toujours penser à décrire l'aspect de la trompe controlatérale dans le CRO

**Surveillance après traitement conservateur chirurgical :**

Dosage hCG 48 heures après l'intervention : par rapport au taux initial

- **si taux  $< 35$  %** : contrôle hebdomadaire des hCG jusqu'à négativation
- **si taux  $> 35$  %** : échec probable : traitement par méthotrexate 50mg en IM puis contrôle hebdomadaire des hCG jusqu'à négativation.

- **ABSTENTION THERAPEUTIQUE après avis du médecin sénior**

**Indications :**

Patiente asymptomatique ET évolution décroissante des hCG

**Contre-indications :**

- Difficultés de surveillance en ambulatoire
- hCG > 1500UI/ml
- Hémopéritoine

**Surveillance** des hCG 1 fois par semaine jusqu'à négativation

## CAS PARTICULIERS

### GROSSESSE CORNUALE : 3% des GEU

#### Particularité :

- Risque de rupture particulièrement hémorragique à cause de la vascularisation cornuale très riche et d'une distension myométriale importante.
- La mortalité est 2 à 3 fois plus élevée que celle des grossesses tubaires+++
- Risque de rupture utérine ultérieure :
  - Si traitement par méthotrexate : risque<5%
  - Si traitement chirurgical : risque entre 10 et 20%

#### Traitement : en hospitalisation :

##### **METHOTREXATE IM : 1mg/kg si :**

- Grossesse terme<49 jours d'aménorrhée
- Grossesse peu active : hCG<1000UI/ml, Progestérone<5ng/ml
- Grossesse cliniquement asymptomatique

Surveillance en hospitalisation car risque de rupture+++donc hospitalisation jusqu'à J5 de l'injection avec contrôle échographique quotidien : taille GEU, apparition d'un hémopéritoine témoignant d'une rupture de la GEU, hCG à J5 puis hebdomadaire si décroissance correcte jusqu'à négativation. Envisager chirurgie dans le cas contraire.

#### **Dans tous les autres cas : CHIRURGIE : la laparotomie était le traitement de référence, néanmoins, aujourd'hui, les diagnostics étant plus précoces grâce aux échographies plus performantes :**

-Coelioscopie : résection cornuale par mise en place d'agrafes par Endo GIA avant la résection+++

-Pour certaines équipes :

-injection in situ intra cornuale per coelioscopie de METHOTREXATE (1 mg/kg)

-Ou injection de la moitié du METHOTREXATE in situ et l'autre moitié en IM

-+/- après aspiration du contenu de la corne selon accessibilité à l'aiguille et envoi du produit d'aspiration en anapath (ATTENTION : une fois l'aiguille dans la corne : aspiration dans une seringue qui est récupérée pour envoi en anapath puis injection du méthotrexate préalablement préparé dans une autre seringue sans retirer l'aiguille de la corne utérine entre les 2 manipulations+++)

-Hémostase du point de ponction à la bipolaire

Surveillance : idem à celle du traitement chirurgical conservateur de la grossesse tubaire.

## **GROSSESSE OVARIENNE : 1 à 2% des GEU**

### **Traitement chirurgical : coelioscopie :**

- Résection élective de la GEU en laissant en place le cortex ovarien sain qui sera tracté par l'aide opératoire à l'aide d'une pince atraumatique
- NE JAMAIS REALISER D'OVARIECTOMIE NI DE SALPINGECTOMIE HOMOLATERALE

## **GROSSESSE ISTHIQUE (comprenant les grossesses sur cicatrice de césarienne)**

Rare, mal évaluée car peu de cas rapportés.

Véritable défi tant diagnostic que thérapeutique

Incidence risque d'augmenter avec le nombre croissant de césariennes...

**Diagnostic :** sac gestationnel dans le segment inférieur de l'utérus, proche de l'orifice interne du col, ou en regard d'une cicatrice de césarienne (implantation du sac dans une déhiscence de la cicatrice : donc apparenté aux grossesses isthmiques).

**Diagnostic différentiel :** grossesse en voie d'expulsion

**Principaux risques en cas de diagnostic tardif :** hémorragie et rupture utérine, pouvant être responsable d'une infertilité secondaire

### **Traitement :**

- Méthotrexate en injection in situ : 50mg : traitement le plus souvent utilisé
- ou injection intramusculaire si grossesse peu évoluée
- si complication : traitement chirurgical par coelioscopie +/- laparotomie

Chaque option thérapeutique peut être associée très facilement à une embolisation sélective des artères utérines compte tenu du fort risque hémorragique.

## **GROSSESSE HETEROTOPIQUE**

**Traitement chirurgical coelioscopique non conservateur compte tenu de l'impossibilité de surveillance de la chute des hCG en post opératoire.**