

ITEM 18 : GROSSESSE EXTRA-UTERINE

CLINIQUE

/!\ Toute métrorragies et/ou douleurs pelviennes chez une femme jeune en âge de procréer = GEU JPDC

FdR	<ul style="list-style-type: none"> - ATCD de salpingite – de pelvipéritonite – de chirurgie tubaire – de GEU - Tabac - Microprogestatifs - DIU - FIV - Exposition in utero au Distilbene - Endométriose tubaire - Compression tubaire extrinsèque
SF	<ul style="list-style-type: none"> - Retard de règle - Métrorragies peu abondantes – Couleur sépia - Douleurs pelviennes unilatérales
Examen clinique	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur +/- défense +/- contracture en fosse iliaque - Spéculum : Col sain – Métrorragies peu abondantes sépia - TV : Douleur et empâtement d'un des culs-de-sac vaginaux Utérus plus petit que le terme théorique +/- Masse latéro-utérine +/- Empâtement du cul-de-sac de Douglas (Hémopéritoine)
Signe de gravité	Choc hypovolémique (GEU rompue) – Contracture (Hémopéritoine)

PARACLINIQUE

Diagnostic positif	<ul style="list-style-type: none"> βhCG quantitatif - Positif - Cinétique perturbée : Stagnation ou élévation insuffisante à 48h Echographie pelvienne sus-pubienne + endovaginale - Signes directs : Masse annexielle latéro-utérine hétérogène (hématosalpynx) Sac gestationnel avec embryon +/- activité cardiaque en dehors de l'utérus - Signes indirects : Vacuité utérine ou pseudo-sac Endomètre épaissi Epanchement du douglas
Bilan pré-thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> - Gpe – Rh – RAI - Bilan pré-op - Bilan pré-MTX : NFSpq – Bilan rénal - BHC

PRISE EN CHARGE

Systématique	<ul style="list-style-type: none"> - TTT antalgique - Injection d'Ig antiD si Rh-
TTT médical	Indications
	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic certain - Patiente compliant – Ne vivant pas seule – Suivi biologique prolongé possible - Hémodynamique stable - βhCG < 5000 - Pas d'activité cardiaque à l'échographie - Masse latéro-utérine < 3 cm - Epanchement péritonéal de faible abondance – Stable

		- Absence de CI au MTX : IHC – IR – Tb coagulation
	EI	- Tb hémato : Anémie – Thrombopénie – Leucopénie - Troubles digestifs - Cytolyse hépatique
	Modalités	- Injection IM - Information/Education : Cs en urgence si malaise – métrorragies abondantes – douleurs pelviennes brutales en coup de poignard - Echec du TTT : ↓ βhCG < 15% à J7 Possibilité : 2 ^{ème} injection de MTX ou TTT chirurgical
	Surveillance	- Clinique - Biologique : βhCG J4 – J7 puis/semaine jusqu'à négativation NFSpq – Bilan rénal – BHC à J7
TTT chirurgical	Indication	- CI au TTT par MTX - Echec du TTT par MTX
	Modalité	- Urgence thérapeutique - Patiente prévenu du risque de TTT non conservateur, de laparoconversion et de transfusion - Coelioscopie sous AG Diagnostic : Visualisation/localisation de la GEU – Abondance de l'hémopéritoine Pronostic de la fertilité ultérieure : Exploration des 2 trompes Thérapeutique : Conservateur [salpingotomie – exérèse de la GEU)/Non conservateur (salpingectomie) + envoi en anapath - Si TTT conservateur : βhCG en post-opératoire jusqu'à négativation