

#001

Objectifs du carnet

Grossesse Extra-Utérine

Carte de révision gynéco-obstétrique

- 1 Toute douleur pelvienne ou métrorragie avec grossesse positive évoque GEU.
- 2 Instabilité hémodynamique ou douleur scapulaire = rupture jusqu'à preuve du contraire.
- 3 β -hCG, échographie endovaginale et clinique guident diagnostic.
- 4 Absence de sac intra-utérin au seuil attendu impose surveillance structurée.

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Maîtriser le raisonnement devant grossesse extra-utérine en contexte EDN et en garde.
- Pour Grossesse Extra-Utérine, identifier les signes de gravité avant de détailler l'étiologie.
- Pour Grossesse Extra-Utérine, choisir les examens utiles sans multiplier les explorations non contributives.
- Pour Grossesse Extra-Utérine, connaître les traitements initiaux, la surveillance et les critères d'avis spécialisé.

#002

Reconnaître et orienter



DIU et GEU

Y a-t-il plus de GEU chez les utilisatrices de DIU ?

La réponse est NON. Le nombre de GEU est plus faible chez les utilisatrices de DIU que chez les femmes sans contraception c chez celles qui utilisent la pilule.

La fréquence des GEU est, spontanément, de 2% en l'absence de contraception : autrement dit, sur 1000 femmes sans contraception qui ont des relations sexuelles, au bout d'un an il y aura 800 grossesses (c'est le taux de fécondité de la population) ; parmi ces 800 grossesses, il y aura 16 GEU (2% de 800)

Sur 1000 femmes porteuses d'un DIU, il y aura, chaque année, au maximum, 20 grossesses. Parmi ces vingt grossesses, 10 % seront des GEU, soit 2 grossesses.

Quand on dit "Les GEU sont plus fréquentes sur DIU", le terme "plus fréquentes" signifie donc "en proportion", et non "en nombre".

Autrement dit, quand une femme porteuse d'un DIU est enceinte, le **pourcentage** de GEU est plus élevé (10%) que parmi les femmes enceintes sans contraception (2%) mais le **nombre** de GEU est beaucoup *plus faible* parmi les utilisatrices de DIU (2) que parmi les femmes sans contraception (16).

Car, rappelons-le, les GEU sont liées à l'état de la trompe (donc, à l'utilisatrice), et non à la méthode contraceptive employée. Autrement dit, une femme susceptible de souffrir d'une GEU (et qui l'ignore) *court 8 fois moins de risque en se faisant poser un DIU qu'en n'ayant pas de contraception du tout !* (Et aussi moins de risque de GEU qu'en prenant la pilule, puisque la probabilité d'être enceinte avec un DIU est inférieure à celle de l'être en prenant la pilule !)

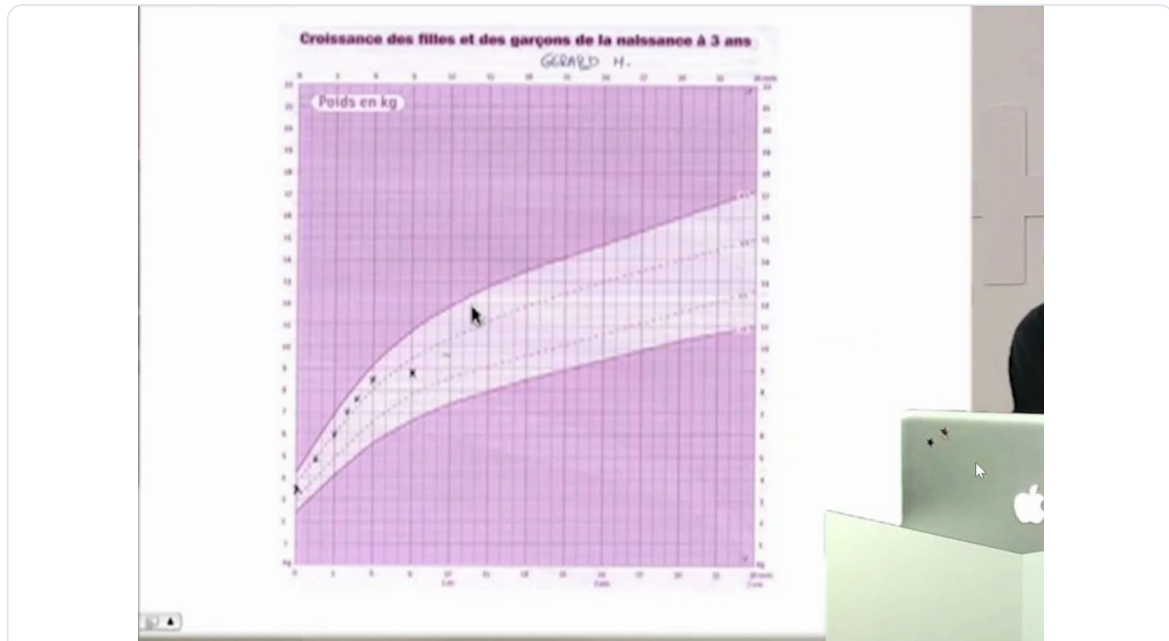
Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Toute douleur pelvienne ou métrorragie avec grossesse positive évoque GEU.
- Instabilité hémodynamique ou douleur scapulaire = rupture jusqu'à preuve du contraire.
- β -hCG, échographie endovaginale et clinique guident diagnostic.
- Absence de sac intra-utérin au seuil attendu impose surveillance structurée.

#003

Prise en charge et surveillance



Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Traitement médical par méthotrexate si critères stricts et suivi possible.
- Chirurgie si rupture, hémopéritoine, contre-indication ou forme avancée.
- Surveiller décroissance des β -hCG jusqu'à négativation.
- Informer risque de récurrence et suivi précoce lors grossesse ultérieure.

#004

Pièges fréquents

- Pour Grossesse Extra-Utérine, toujours éliminer une grossesse devant douleur, saignement ou aménorrhée en âge de procréer.
- Dans une GEU suspectée, douleur, malaise ou hémopéritoine impose voie veineuse, groupage et avis chirurgical immédiat.
- Pour Grossesse Extra-Utérine, ne pas banaliser douleur pelvienne, saignement post-ménopausique, fièvre ou vulnérabilité.
- Pour Grossesse Extra-Utérine, adapter chaque décision au terme, au projet de grossesse, au consentement et au terrain.

#005

Synthèse opérationnelle

- Pour Grossesse Extra-Utérine, dater, localiser, mesurer la gravité et choisir l'examen qui change la conduite.
- Pour Grossesse Extra-Utérine, associer prévention, information loyale, contraception ou projet parental selon le contexte.
- Pour Grossesse Extra-Utérine, coordonner gynécologie, obstétrique, anesthésie, pédiatrie, oncologie ou psychiatrie si besoin.
- Pour Grossesse Extra-Utérine, prévoir suivi, signes d'alerte et accès rapide aux soins.

Sources: Référentiel du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français; Recommandations HAS, CNGOF et INCa selon les thèmes; Supports locaux SSD1/Alex/29-Gynécologie obstétricale; Banque d'images recadrées SSD1/Carnets/phase1_collecte