

Prise en charge des grossesses ectopiques non tubaires Consensus Formalisé d'Experts

Laura MIQUEL
Praticien Hospitalier
CHU de la Conception
APHM Marseille



Epidémiologie, morbi-mortalité, définitions

Dr François MARGUERITTE
CHU Limoges



Consensus Formalisé d'Experts - Grossesses Ectopiques Non Tubaires - 2025



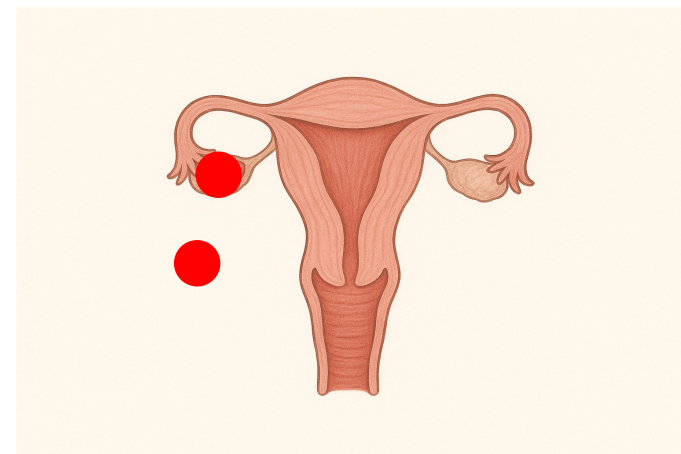
Définitions

Grossesse Ovarienne

- Définition: « **Grossesse dont l'implantation est exclusivement aux dépens de l'ovaire** »
- 1.14 à 3.32% des GEU, soit 0.09% des grossesses
- FDR: DIU (68 à 80% des patientes avec une GEU ovarienne)

Grossesse Abdominale

- Définition: « **Toute grossesse dont l'implantation se réalise dans l'abdomen sans aucun contact avec l'utérus, les trompes ou les ovaires, incluant toutes les localisations péritonéales et rétro péritonéales** »
- Sites implantation variés: foie, rate, diaphragme, colon, paroi abdominale, rétropéritoine (vaisseaux)
- Mortalité élevée : 0.5 à 18%, x90 GEU classique (tubaire)
- FDR: ATCD chirurgie tubaire



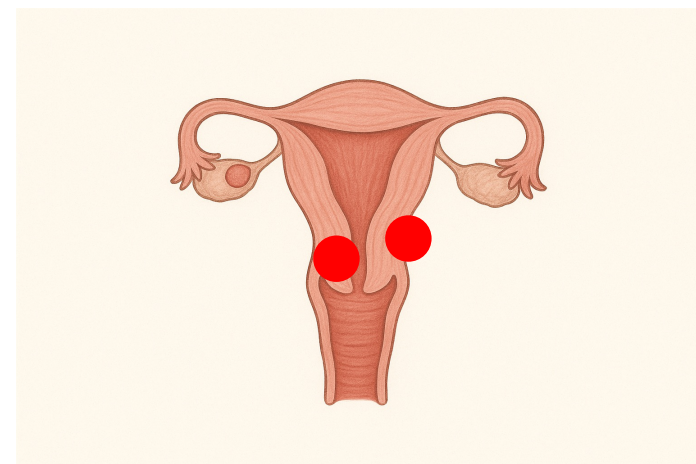
Définitions

Grossesse Cervicale

- Définition: « **Grossesse développée au niveau du canal cervical (en dessous de l'orifice interne du col utérin)** »
- 1 sur 2500 à 1 sur 18000 grossesses ;
- Risque hémorragique du fait envahissement des vaisseaux utérins à proximité
- Facteurs de risque : dilatation, aspiration ,curetage, AMP, césarienne

Grossesse sur cicatrice de césarienne

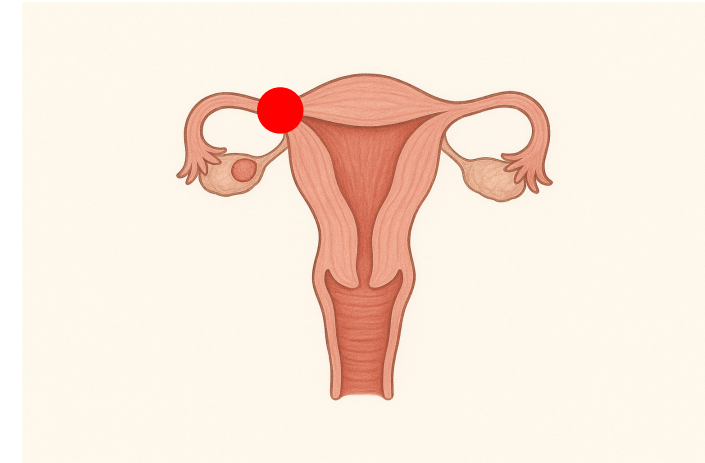
- Définition: « **Grossesse développée au sein d'une cicatrice de césarienne** »
- 4 à 6% des GEU sur utérus cicatriciel
- 1 femme sur 500 césariennes, 1 femme sur 1800 à 2656 grossesses
- Facteurs de risque : césariennes multiples (OR=3.43), parité, tabagisme, dilatation curetage, délivrance artificielle, endométrectomie, AMP



Définitions

Grossesse Interstitielle

- Définition: « **Grossesse développée aux dépens de la portion intra-murale de la trompe (en dehors de l'ostium tubaire)** »
- 2% de toutes les GEU
- Risque après salpingectomie de 11.1%
- Facteurs de risque : AMP, salpingectomie, IGH et GEU, anomalies utérines
- Mortalité 2 à 2.5% (x7 celui des GEU)



Grossesse Cornuale

- Définition: « **Grossesse développée dans la corne utérine rudimentaire d'un utérus unicorne de type U4a selon la classification ESGE-ESHRE** »
- 0.27% des GEU
- Naissance vivante possible (0 à 13%), mortalité <0.5%



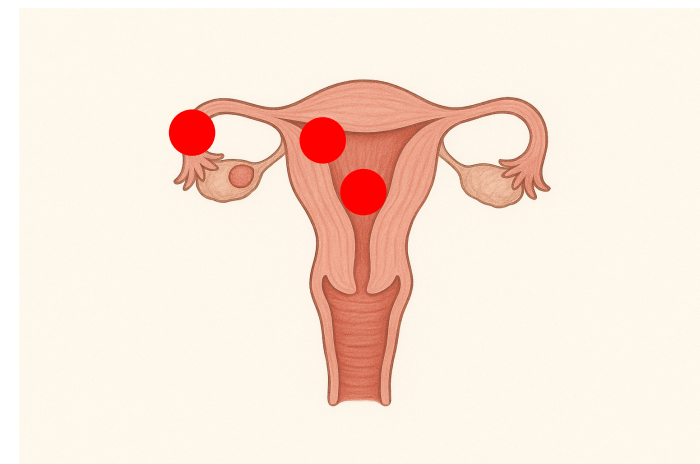
Cas particuliers

Grossesse Angulaire vs grossesses intra utérine excentrée

- Définition: « Préférer le terme de grossesse intra utérine excentrée dans la cavité au terme de grossesse angulaire pour définir une grossesse localisée près d'un ostium tubaire mais localisée dans la cavité utérine. »
- Grossesse à la jonction utéro tubaire
- 80% de naissances vivantes et 20% d'arrêt précoce de grossesse
- Équivalent de grossesse intra utérine

Grossesse hétérotopique

- Définition: « Coexistence d'une grossesse intra utérine et d'une grossesse extra utérine qu'elle soit tubaire ou ectopique non tubaire »
- 1/30000 grossesses
- 1/1111 en cas d'AMP





Grossesse sur cicatrice de césarienne

Elodie Debras

Guillaume Parpex



Consensus Formalisé d'Experts - Grossesses Ectopiques Non Tubaires - 2025



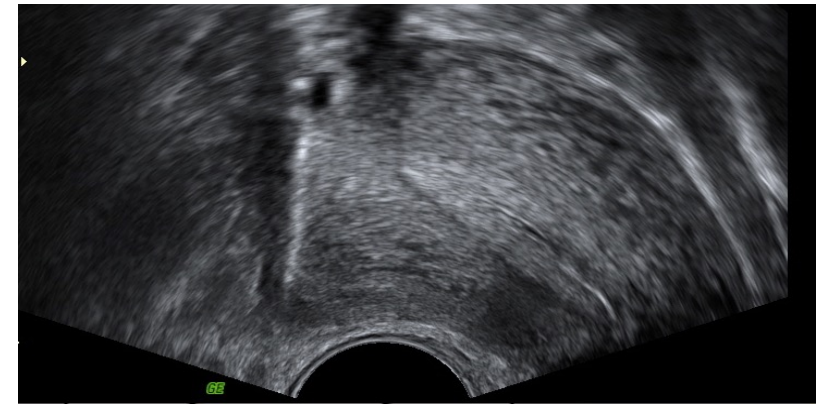
Traitement médical

- Multitude de modalités de traitement : médicaux, chirurgicaux, radio-interventionnel.
- Thérapeutiques uniques ou combinées
- Méta-analyses avec des critères de jugement variés : efficacité (2^{ème} ligne, diminution HCG), sécurité (taux HTT, HPP), fertilité

Traitement médical : Méthotrexate *in situ*

- Injection *in situ* sous contrôle échoguidée voie vaginale
- Aspiration préalable du sac gestationnel
- Dose 1mg/kg en 1 injection
- Geste simple et reproductible

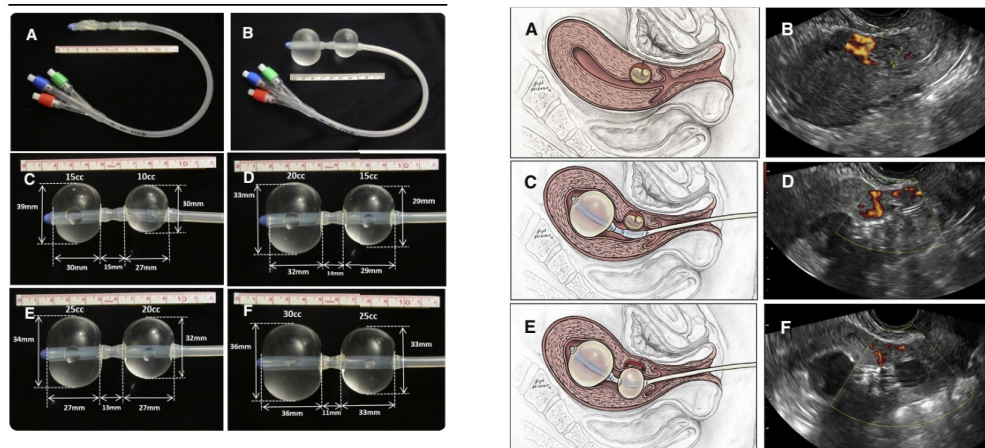
- Séries françaises



Toutain T et al. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2025

Traitement médical : Ballonnet intra-utérin

- Couramment utilisé pour le tamponnement en cas de saignement



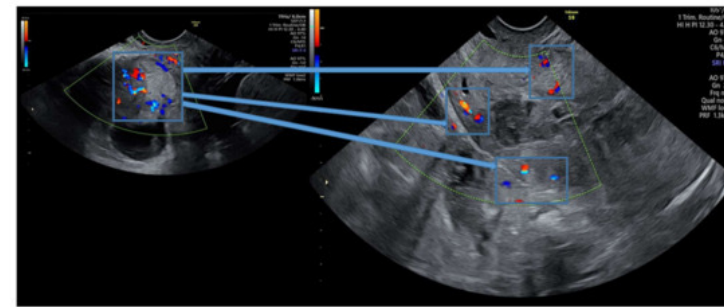
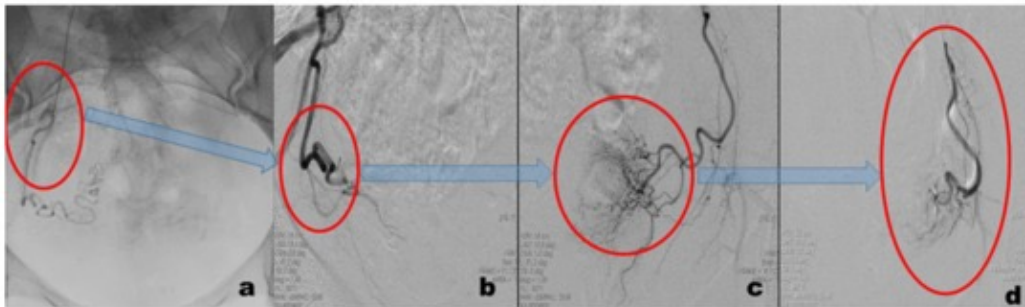
Timor-Tritsch IE et al. Am J Obstet Gynecol. 2016

- Pose aisée sous AL, Gonflement maximum 20 ml (Sac gestationnel) et 30 ml (intra-utérin)
- Laissé en place pour 3 jours, vérification disparition de l'AC

Timor-Tritsch IE Am J Obstet Gynecol. 2020

Traitement médical : Embolisation

- Permet dévascularisation, limite risque hémorragique
- Polyvinyl alcool ou microsphère ou gélatine
- +/- combiné à une injection de méthotrexate dans les artères utérines
- Impact fertilité non connu



Bohiltea R et al. Diagnostics (Basel). 2021

Traitement médical : synthèse

	Efficacité	Complications hémorragiques (HPP > 1000 ml/transfusion)	Taux d'hystérectomie	Complications du traitement
Injection systémique méthotrexate	59-75%	1-13%	0-13%	3.5%-13%
Injection <i>in situ</i> méthotrexate	75-84,50%	5-13,5%	0-6%	3%-9,5%
Embolisation seule	84-94%	3-3.5%	0.5-2%	1.2%
Ballonnet intra-utérin	91%	2-8,7%	0%	0-4,5%

Birch Petersen K et al. Fertil Steril 2016.

Alameddine S et al. J Matern Fetal Neonatal Med 2024

Fu P et al. Am J Obstet Gynecol MFM 2024

Kaelin Agten A et al. Am J Obstet Gynecol 2024

Traitement médical

Il est proposé de prendre en charge une grossesse sur cicatrice de césarienne en première intention soit par une injection de méthotrexate *in-situ*, soit par une embolisation, soit par la mise en place d'un ballonnet intra-utérin

Méthotrexate *in situ*/intra-musculaire

Registre international : 460 patientes

- *In situ* : efficacité 74,5% (79,6% AC+)
- IM : efficacité 59,4% (51,6% AC+)

Kaelin Agten A et al. Am J Obstet Gynecol. 2024

Revue de la littérature : 52 études, 2037 patientes

- *In situ* : efficacité 84,5%
- IM : efficacité 75,2% plus d'hystérectomie, de transfusion, de laparotomie

Birch Petersen K et al. Fertil Steril. 2016

Méthotrexate in situ/IM

Il est proposé de privilégier une injection de méthotrexate *in-situ* à une injection de méthotrexate intra-musculaire pour augmenter l'efficacité et diminuer le risque d'hystérectomie

Evacuation de la grossesse

Hystéroscopie directe / vs embolisation puis Hystérosocpie (inclusion mur myométrial > 2mm)

- Efficacité 93% vs. 94%
- Plus de saignements si HSC op sans embolisation
- Permet de vérifier la vacuité utérine
- Après traitement médical

Shao, et al. J Gynecol Obstet Hum Reprod 2022

- Aspiration endo-utérine

- Efficacité : 78% à 100%
- Taux de complications jusqu'à 17%
- Patientes incluses mur myométrial > 3mm
- Sous contrôle échographique
- Après traitement médical

Cetin et al. J Gynecol Obstet Hum Reprod 2023

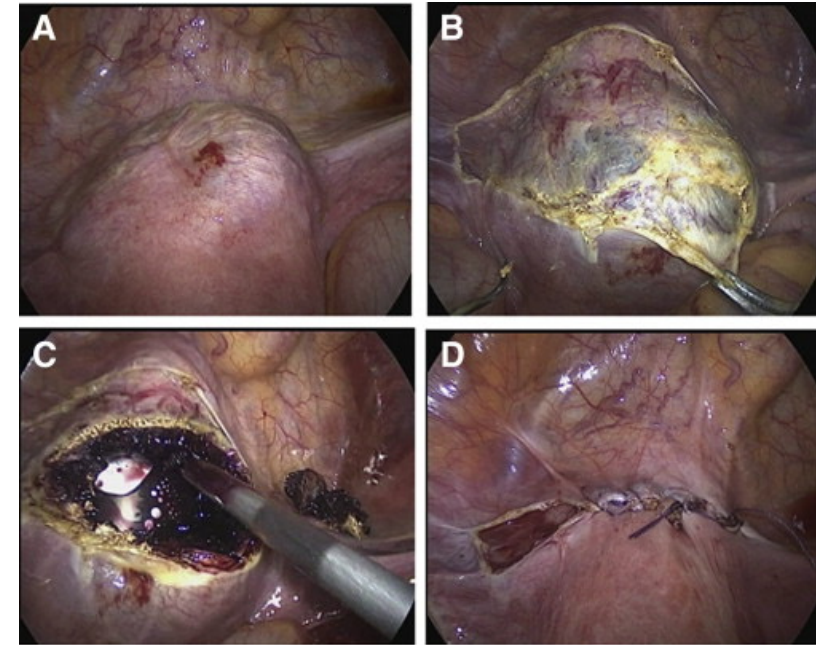
Weilin et al. EJOGRB 2014

Jurkovic et al. Ultrasound Obstet Gynecol 2016

Traitement par coelioscopie

Pas d'indication de laparotomie.

Nécessite une équipe techniquement entraînée et équipée (risque hémorragique, décollement vésical, réfection des berges).



- Efficacité : 95% mais le + plus invasif
- Intérêt de réparer la cicatrice/isthmocèle ?
- Peut-être associé aux ligatures vasculaires/embolisation

Donnez et al. Fertil Steril 2017

Barakat et al. EJOGRB 2025



Grossesses cervicales

Dr Audrey Astruc
Marion Van Klaveren
Pr Patrice Crochet

Diagnostic

Echographie 2D :

- Vacuité utérine
- Sac gestationnel sous l'orifice interne du col
- Elargissement du col utérin

Appropriée - accord fort

Doppler /dynamique :

- Flux doppler au niveau du site d'implantation -
- Absence de signe de glissement

Appropriée - accord fort

Examens non systématiques pour améliorer le diagnostic :

- IRM pelvienne
- Hystérocopie diagnostique
- Coelioscopie diagnostique

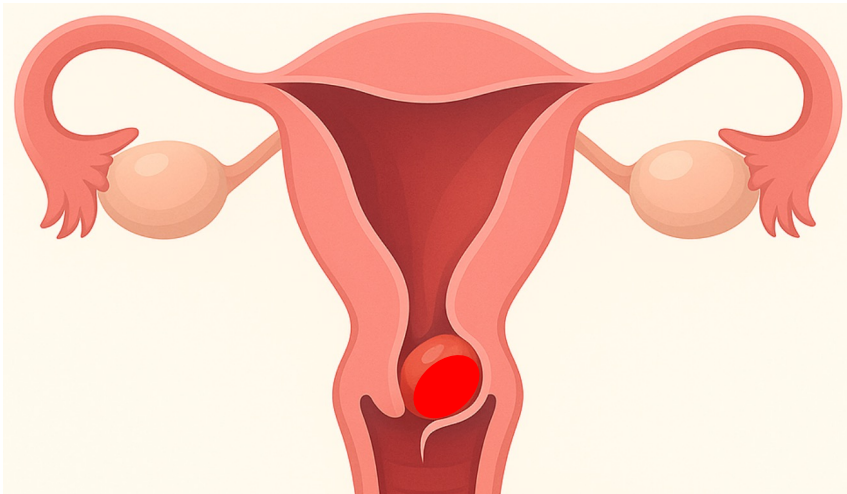
Appropriée - accord fort

Enjeux thérapeutiques

Nombreux traitements décrits :

- Médicaux
- Chirurgicaux
- Radiologie interventionnelle

Souvent
combinés



Aucune étude comparative entre les traitements

Aucun traitement de référence

Revue Fowler et *al.* *Obstet Gynecol.* 2021

454 cas (2000 - 2018)

Stratégies thérapeutiques initiales

Méthotrexate le plus souvent rapporté – succès 57%

Embolisation moins souvent rapporté seul – succès 87%

Risque hémorragique: 9% d'hystérectomies

Moins d'hémorragies en combinant les traitements

- Dilatation & curettage: 30% de transfusion
- Embolisation puis D&C: 4% de transfusion



Facteurs prédictifs d'échec



HCG élevés

Valeur supérieure à 30 000 UI/L



Activité cardiaque fœtale

Hystéroscopie : technique émergente

Di Lorenzo et al. *JMIG* 2021

Revue de 35 cas -> hystéroscopie seule ou combinée à d'autres techniques

Matériel utilisé

Hystéroscopes de 5 ou 10 mm

Approches combinées

Méthotrexate

Embolisation

Ligature artérielle

Conclusion des auteurs

Technique prometteuse malgré peu de données et absence de standardisation

Revue de la littérature

53 articles originaux retenus (2005-2025 - séries >3 cas)

	n	Succès (%)	Évènements indésirables (%)
Dilatation & curetage	23	83	17
Hystéroscopie	44	91	9
Embolisation + D&C	117	97	2
Méthotrexate + intervention (embolisation / D&C / ballonnet)	128	91	8
Méthotrexate seul (IM +/- in situ)	246	88	13

Des cas de grossesse après chacun des traitements sont rapportés, mais les données concernant la fertilité restent très limitées

Approche personnalisée, guidée par le risque

Risque Hémorragique faible

(HCG faible, Absence d'activité cardiaque)

- **Méthotrexate** (IM, IS ou combiné)
- **Hystéroscopie** seule

Risque Hémorragique élevé

(HCG élevé, activité cardiaque présente)

- **Traitements combinés**
Méthotrexate ou embolisation + autre intervention
- **Embolisation**

- **Dilatation et curettage seul** : risque hémorragique élevé
- **Embolisation** potentiellement délétère pour la fertilité
- **Méthotrexate combiné** : (IM + IS) son efficacité en cas de risque hémorragique fort reste à préciser



Traitement

Il est proposé de **ne pas réaliser d'aspiration seule** en cas de grossesse cervicale

Appropriée - accord fort

Prise en charge d'une grossesse cervicale en première intention:

- Embolisation seule
- Méthotrexate seul
- Technique combinée:
 - Embolisation puis aspiration
 - Embolisation puis hystéroscopie
 - Méthotrexate puis pose d'un ballonnet **ou** embolisation **ou** aspiration **ou** hystéroscopie

Appropriée - accord relatif



Grossesse sur cicatrice de césarienne

H .Marret

L. Dion

M. C. Pintault



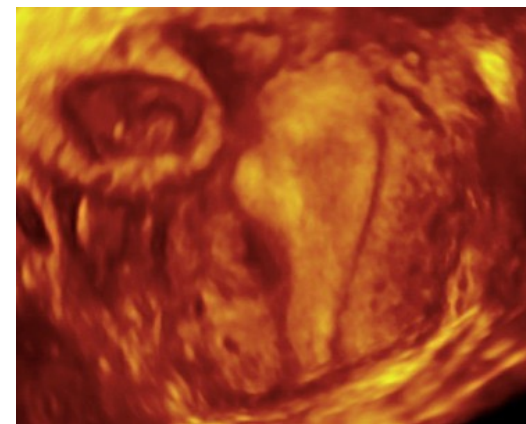
Consensus Formalisé d'Experts - Grossesses Ectopiques Non Tubaires - 2025



Traitement de la grossesse interstitielle

- Il est proposé de **privilégier le traitement médical** des grossesses interstitielles en première intention et ce quel que soit le taux d'HCG, la présence ou non d'un embryon, la présence ou non d'une activité cardiaque.
- Il est proposé de réaliser, en cas de grossesse interstitielle, un traitement médical par **injection de méthotrexate intra-musculaire** ou par injection de méthotrexate in-situ pour les patientes non algiques et stables hémodynamiquement.
- Il est proposé, en cas de prise en charge médicale d'une grossesse interstitielle, de réaliser une **injection In-Situ de Methotrexate** en cas de risque d'échec de l'injection intra-musculaire seule (HCG > 5000 UI, sac > 20 mm, activité cardiaque présente) pour augmenter le taux de succès de la prise en charge.

Traitement chirurgical



- Il est proposé de réaliser en urgence une exploration chirurgicale si possible en évitant la laparotomie en cas de grossesse interstitielle, en cas d'instabilité hémodynamique, de douleurs pelviennes intenses ou d'hémopéritoine.
- Il est proposé, en cas de prise en charge chirurgicale d'une grossesse interstitielle, de privilégier un traitement conservateur (par **cornuectomie** ou **cornuotomie**) à un traitement radical par hystérectomie pour préserver la fertilité.

Ne pas faire

- Il est proposé de ne pas préférer l'utilisation du **chlorure de potassium** au méthotrexate comme agent in-situ pour arrêter la grossesse en cas de prise en charge d'une grossesse interstitielle avec activité cardiaque pour augmenter l'efficacité du traitement.
- Il est proposé, en cas de grossesse interstitielle, de ne pas réaliser **d'embolisation systématique** pour augmenter l'efficacité de la prise en charge.

Accord relatif

- Il est proposé de réaliser un **dosage de la progestéronémie** en cas de grossesse interstitielle et d'associer au traitement par méthotrexate un traitement par Mifépristone en cas de progestéronémie élevée ($>10\text{ng/L}$) pour augmenter le taux de succès de prise en charge.

Au total

- Le traitement par Méthotrexate IM peut être proposé
- A la dose de 1 mg /kg avec une dose unique de 1 mg/kg si le taux d'HCG est inférieur à 5000U/L
- Avec réévaluation à J 4 et/ou J7
- Et injection de doses itératives IM de méthotrexate si taux d'HCG initial > à 5000U/l ou si besoin après J7
- Pour atteindre un taux de succès de 80 à 100% comme pour une GEU tubaire.

Suivi

Il est recommandé de proposer un traitement médical par méthotrexate IM, à dose itérative selon l'évolution des taux d'HCG, aux patientes avec une GEU interstitielle non algique et non rompue.

Recommandation forte , niveau de preuve faible

Post op

- Traitement Médical associé au traitement chirurgical :
 - Il n'y a pas d'étude sur l'association d'un traitement médical par injection IM de méthotrexate après traitement chirurgical conservateur.
 - Il est donc nécessaire de **surveiller après une chirurgie conservatrice le taux d'HCG jusqu'à négativation** et le cas échéant comme pour toute GEU de proposer un traitement médical par méthotrexate IM si l'état de la patiente l'autorise.
 - Pas de consensus

Post op

- Il est proposé, en cas de prise en charge chirurgicale par cornuectomie ou cornuotomie d'une grossesse interstitielle de considérer l'utérus **comme cicatriciel** et de prendre en compte cet élément dans la discussion sur la gestion de la voie d'accouchement pour une grossesse future .



Grossesses cornuales

Dr Laura Miquel

Dr Boujenah Jérémie



Consensus Formalisé d'Experts - Grossesses Ectopiques Non Tubaires - 2025



Prise en charge médicale de la grossesse cornuale

- Revue de littérature a été effectuée par Nahum en 2022: 1900 et 1999 soit 568 grossesses dans une corne rudimentaire. Les issues ont été une rupture de la corne dans 50% des cas (13%, **67%**, 20% au 1^{er}, 2^e et 3^{ème} trimestre, respectivement).

Nahum et coll. J reprod 2002

- Li et coll ont rapporté l'issue de 11 patientes avec une grossesse dans une corne rudimentaire sur 30 ans, et ont observé 7 ruptures cornuales (63,5%) et 4 grossesses non évolutives

Li et coll. Plos one 2019

- Dans une autre série, Zhang et coll, ont observé également en 26 ans, 6 ruptures (54,5%) sur 11 grossesses dans une corne rudimentaire

Zhang et coll. Chinese medical Journal. 2018

Prise en charge médicale de la grossesse cornuale

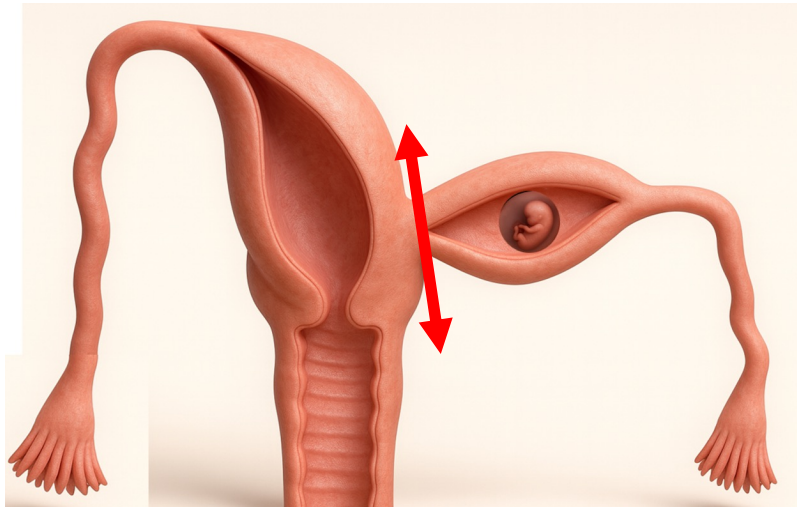
- ✓ Pas de séries comparatives de patientes traitée par méthotrexate permettant de juger de l'efficacité d'une stratégie médicale en première intention. Quelques cas rapportés de succès.

Proposition :

Aucune proposition ne peut être émise sur l'efficacité et la sécurité d'un traitement médical conservateur pour une grossesse extra utérine non tubaire dans une corne rudimentaire

Prise en charge chirurgicale de la grossesse cornuale

- La prise en charge chirurgicale en urgence est la seule option possible dans le cas d'une rupture de la corne utérine.
- Dans la moitié des cas, le diagnostic de grossesse cornuale n'est posé qu'après la rupture.
- Le taux de mortalité maternelle estimé à 0,5 % et très peu de cas de survie fœtale signalés.



Jayasinghe Y, et al. Obstet Gynecol. 2005

Mavrelos D, et al. Ultrasound Obstet Gynecol. 2007

Ural SH, et al. J Reprod Med. 1998

Gonçalves E, et al. Case Rep Obstet Gynecol. 2013

Prise en charge chirurgicale de la grossesse cornuale

- Aucune hystérectomie d'hémostase n'a été retrouvée comme complication dans la littérature.
- La prise en charge chirurgicale en urgence vitale est réalisée par résection de la corne utérine rudimentaire par laparotomie ou cœlioscopie

Mavrellos D, et al. Ultrasound Obstet Gynecol. 2007

Siwatch S, et al. Arch Gynecol Obstet. 2013

- La prise en charge chirurgicale en urgence non vitale peut être réalisée par résection de la corne utérine rudimentaire par laparotomie ou cœlioscopie.
- Il n'existe aucune donnée permettant de prédire le terme de la survenue d'une rupture utérine en cas de grossesse cornuale.

Prise en charge chirurgicale de la grossesse cornuale

- La prise en charge chirurgicale préventive est réalisée par la résection de corne rudimentaire par laparotomie ou cœlioscopie.
- Une série de cas sur les issues reproductives et obstétricales après résection n'a retrouvé ni effet négatif de la chirurgie sur la fertilité ultérieure ni cas de rupture utérine dans l'utérus unicorne restant.

Pados G, et al. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014

Prise en charge chirurgicale de la grossesse cornuale

Proposition : 20 a

Il est proposé de réaliser préférentiellement un traitement chirurgical de la grossesse cornuale (ou grossesse sur corne rudimentaire) par exérèse chirurgicale de la corne à un traitement médical pour augmenter le taux de succès de la prise en charge.

ACCORD FORT

Proposition 20b

Il est proposé de réaliser avant tout projet de grossesse une exérèse chirurgicale de la corne rudimentaire (ou a minima une exclusion tubaire par clip ou salpingectomie) en cas de diagnostic établi d'utérus unicorne de type U4a (classification ESGE-ESHRE) pour éviter tout risque de grossesse cornuale.

ACCORD FORT



Grossesses ovariennes

Pr Géry LAMBLIN

Dr Chloé MIGUET-BENSOUDA

Lyon



Consensus Formalisé d'Experts - Grossesses Ectopiques Non Tubaires - 2025



Grossesse ovarienne une pathologie rare mais plus grave

	Grossesses ovariennes (n=146)	Grossesses tubaires (n=292)	p
Choc hémorragique (%)	7,41	2,89	0,04
Rompue (%)	54,07	37,78	0,02
Hémopéritoine (mL)	363	239	< 0,01
Laparotomie d'urgence (%)	9,6	3,97	0,04
Age gestationnel (SA)	5,8 ± 1,9	7 ± 1,9	< 0,01

Li 2022

Place traitement chirurgical / médical

	n	Chirurgie conservatrice	Ovariectomie / annexectomie	Autre
<i>Solangon 2024</i>	20	19		1 expectative
<i>Shao 2023</i>	112	112		3 échecs MTX/ 24 expectatives
<i>Li 2022</i>	135	135		
<i>Wong 2021</i>	21	21		
<i>Zheng 2020</i>	79	Chirurgie non précisée		
<i>Ge 2019</i>	12	12	2	
<i>Le 2016</i>	95	95		
<i>Melcer 2015</i>	46	46		
<i>Goyal 2014</i>	14	12	2	
<i>Choi 2011</i>	49	39	4	
<i>Koo 2011</i>	28	25	3	
<i>Raziel 2004</i>	19	14	4	1 MTX
<i>Seinera 1997</i>	9	9		

Privilégier une chirurgie conservatrice

Réalisable dans 70 à 100% des cas

→ Résection cunéiforme de l'ovaire (*Ovarian Wedge Resection*)

ou

→ Exérèse du produit gestationnel
(tractions divergentes, aspiration, coagulation du lit d'implantation)

Place du traitement médical par méthotrexate

Méthotrexate systémique

Shao 2023 série 112 Gr ova : 3 échecs de MTX (100% échec)

Delplanque 2020 64 GENT traitées médicalement dont 2 Gr ova (1 succès - 1 échec)

9 cases reports : 3 succès et 6 échecs (monodose / 2 doses / multi-doses)



Méthotrexate in situ = données insuffisantes

Bhat 2021, Pagidas 2012 Injection de MTX in situ écho-guidée

4 succès in situ + coelio (rôle coelio dans le succès ?)

Quid agent teratogène proximité des follicules ?



Méthotrexate post opératoire

Shao 2023 série 112 traitement conservateur = 1 seul cas injection complémentaire



Conclusion

Prise en charge des grossesses ovariennes

Prise en charge **chirurgicale** par rapport à un traitement médical seul pour augmenter le taux de succès de la prise en charge

Privilégier une prise **en charge chirurgicale la plus conservatrice** possible en cas de grossesse ovarienne pour améliorer la fertilité ultérieure

Privilégier **une prise en charge chirurgicale coelioscopique** par rapport à la laparotomie en cas de grossesse ovarienne

Ne pas réaliser systématiquement une injection de méthotrexate complémentaire pour augmenter le taux de succès de prise en charge



Grossesse abdominale

Dr Elie ZERBIB
Dr Yohann DABI



Consensus Formalisé d'Experts - Grossesses Ectopiques Non Tubaires - 2025



Localisations possibles

Localisation principale

➔ poche de Douglas

Autres localisations

- le foie
- la rate
- le diaphragme
- le côlon
- la paroi abdominale
- le rétropéritoine
- la veine cave inférieure
- l'aorte

Tsakiridis I, et al. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy: A Comparative Review of Major National Guidelines. Obstet Gynecol Surv. 2020

Po L, et al. Management of Pregnancy of Unknown Location and Tubal and Nontubal Ectopic Pregnancies. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 2021.

Données épidémiologiques

Mortalité

- ➔ La mortalité liée à la grossesse abdominale est très élevée variant de 0.5% à 18% soit 90 fois plus élevé qu'avec une grossesse intra-utérine

Atrash HK, et al. Abdominal pregnancy in the US: frequency and maternal mortality. Obstet Gynecol. mars 1987.

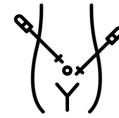
Facteur de risque

- Ø facteurs de risque spécifique hormis ceux supposés de la GEU tubaire par extrapolation (AMP)¹
- A noter : antécédent de chirurgie tubaire²

¹*Sokalska A, et al. Nontubal ectopic pregnancies: overview of diagnosis and treatment. Fertility and Sterility. 2023.*

²*OuYang Z, et al. Retroperitoneal ectopic pregnancy: A literature review of reported cases. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2021.*

Diagnostic



Situation critique

Le plus souvent fait en per-opératoire d'une situation critique tel qu'un hémopéritoine du fait de l'absence de symptômes dans les premières semaines de développement

Sokalska A, et al. Nontubal ectopic pregnancies: overview of diagnosis and treatment. Fertility and Sterility. 2023.

Recommandations

Propositions

Réaliser une prise en charge **chirurgicale** par rapport à un traitement médical seul pour augmenter le taux de succès de la prise en charge.

AE FORT

Privilégier une voie d'abord **coelioscopique** par rapport à la laparotomie en cas de grossesse abdominale intra-péritonéale.

AE FORT

Réaliser une prise en charge **multidisciplinaire** associant traitement médical, technique de radiologie interventionnelle et traitement chirurgical.

AE FORT



Prise en charge au décours d'une GEU Non Tubaire

Pauline CHAUVET



Consensus Formalisé d'Experts - Grossesses Ectopiques Non Tubaires - 2025



Surveillance des HCG

- Pas de donnée spécifique
- études existantes: HCG systématiquement surveillés, modalités différentes :
 - souvent surveillance hebdomadaire jusqu'à négativation (Hunt et al, 2026, Krissi et al, 2014)
 - parfois modalités différentes (dosage d'HCG à 1 puis 4 semaines (Khan et al, 2024)).
- Informations des patientes sur la nécessité de surveiller ces HCG
- Et sur durée variable de cette surveillance, parfois prolongée
 - Lai et al, 2024: 9.1 ± 1.4 semaines , Solangon 2024 : 19 jours (IQR, 12–26) jours, Reis 2023 : 64,33+/-35,02 jours
- Risque de mauvaise compliance, d'autant plus que celle-ci est prolongée
 - (observance <20% des patientes (Jaspan et al., 2010), bonne observance chez 30% des patientes (Hunt et al))

Surveillance des HCG

Proposition

Il est proposé de prescrire une surveillance hebdomadaire des HCG après la prise en charge d'une Grossesse Ectopique Non Tubaire, jusqu'à négativation complète des HCG plasmatiques.

Proposition acceptée – Appropriée accord fort

Surveillance par imagerie

- Pas de donnée
- Etudes rapportent des surveillances échographiques avec des fréquences variables :
 - Hunt et al 2016, écho / 15 jours
 - Khan 2024, Echo à 1 puis 4 semaines
 - Lai et al, 2024 1 fois / semaine
- Durée de persistance des images peu nombreuses et très variables:
 - 3.3 mois selon Delplanque 2020, jusqu'à 11 mois (2–70 mois) pour Lai et al, 2024.
- Pas de consensus sur l'attitude à adopter en cas d'images échographiques persistantes associée à une bonne décroissance des HCG.
 - Des cas de grossesse spontanées avec évolution favorable sont même décrites dans ces situations (Lai et al, 2024)
 - Asynchronisme entre la décroissance des HCG et la disparition des images échographiques.

Surveillance par imagerie

Proposition

Il est proposé de ne pas réaliser d'échographies répétées de surveillance en cas de bonne décroissance des HCG.

Appropriée accord fort

Il est proposé de réaliser une échographie avec doppler en cas de mauvaise cinétique des HCG plasmatiques pour juger d'une éventuelle nouvelle prise en charge en cas de persistance de trophoblaste pour augmenter le taux de succès de la prise en charge.

Appropriée accord fort

CAT / Isthmocèle

- GENT / cicatrice de césarienne : traitement d'une isthmocèle envisagé si l'isthmocèle est symptomatique (troubles menstruels, douleurs, infertilité), et surtout si désir de grossesse (Harjee et al, 2021).
- Pas de preuve clinique que la correction chirurgicale d'une isthmocèle prévient ou réduit l'incidence de la GENT / cicatrice de césarienne
- Mais proposition pour essayer de prévenir la récurrence, en cas de souhait de grossesse ultérieure (Dominguez et al, 2023).

CAT / Isthmocèle

Proposition

Il est proposé de réaliser une réparation d'isthmocèle après grossesse sur cicatrice de césarienne à distance de la prise en charge initiale et après imagerie de contrôle, en cas de souhait de nouvelle grossesse pour diminuer le risque de récurrence.

Appropriée accord fort



Suivi d'une nouvelle grossesse après GENT

Dr Anne-Gaëlle POURCELOT



Consensus Formalisé d'Experts - Grossesses Ectopiques Non Tubaires - 2025



Suivi d'une nouvelle grossesse après GENT (24a + b) : traitement antérieur par méthotrexate

- Les effets tératogènes du méthotrexate sont connus mais concernent des administrations régulières lors de traitements prolongés et non des administrations lors de traitements mono-doses comme pour le traitement des GEU
- La demi-vie du méthotrexate est de 3 à 4 heures, il est donc éliminé du compartiment plasmatique en 24 heures environ. Ainsi sur le site du CRAT il est indiqué de : « rassurer la patiente quant au risque malformatif lorsque la grossesse a été conçue après l'arrêt du méthotrexate, même si le délai est court (24h) »

Suivi d'une nouvelle grossesse après GENT (24a) : traitement antérieur par méthotrexate

Il est proposé, en cas de survenue d'une nouvelle grossesse après traitement d'une grossesse ectopique non tubaire par méthotrexate (intramusculaire ou in-situ) de ne pas envisager d'interruption médicale de grossesse systématique pour diminuer le risque de malformations fœtales

Appropriée accord fort

Suivi d'une nouvelle grossesse après GENT (24b) : traitement antérieur par méthotrexate

Il est proposé, en cas de survenue d'une nouvelle grossesse après traitement d'une grossesse ectopique non tubaire par méthotrexate (intra-musculaire ou in-situ) de ne pas envisager de suivi échographique systématique pour dépister des malformations fœtales

Appropriée accord fort

Suivi d'une nouvelle grossesse après GENT (24c) : risque de récurrence

- Récurrence après GEU tubaires : **10-25%**

- Cicatrice de césar : **7-15%**

Xu et al., 2022, 10,4% sur 166 grossesses

Wu et al., 2021, 15%

- Ovarienne : 0%

Koo et al., 2011

Wong et al., 2021

- Interstitielles : **15%**

Nikodijevic et al., 2015

- Autres : ?

Suivi d'une nouvelle grossesse après GENT (24c) : risque de récurrence

Il est proposé, en cas d'antécédent de grossesse ectopique non tubaire (quel que soit la localisation), de réaliser une échographie de localisation précoce pour dépister précocement une nouvelle grossesse ectopique tubaire ou non tubaire

Appropriée accord fort (1^{er} tour Delphi)

Suivi d'une nouvelle grossesse après GENT (24d) : voie d'accouchement après grossesse interstitielle

- En cas de grossesse survenant après traitement d'une GEU interstitielle, le principal risque obstétrical mis en évidence dans les différentes séries et case-reports publiés est celui de **rupture utérine anté ou per partum**.
- Le traitement, qu'il soit médical et d'autant plus en cas de chirurgie avec cornuectomie, **fragilise et amincit indéniablement le myomètre au niveau de la corne** utérine. De même, une **ouverture de la cavité** est parfois possible en cas de traitement chirurgical.
- Les recommandations de 2011 sur l'utérus cicatriciel ne traitent pas de cette situation particulière

Weisman et al., 1992 : rupture à 20 SA

Su et al., 2008 : rupture post AVB à 40 SA

Liao et al., 2009 : rupture à 13 SA (grossesse gémellaire)

Suivi d'une nouvelle grossesse après GENT (24d) : voie d'accouchement après grossesse interstitielle

Il est proposé, en cas de prise en charge chirurgicale par cornuectomie ou cornuotomie d'une grossesse interstitielle de considérer l'utérus comme cicatriciel et de prendre en compte cet élément dans la discussion sur la gestion de la voie d'accouchement pour une grossesse future

Proposition acceptée – Appropriée accord fort



Je vous remercie de votre
attention