**GEU et soins infirmiers**

# Chapitre 21

## **I) Définition**

Cf cours de Mr RANE (chapitre 20).

Grossesse ectopique : nidation anormale en dehors de la cavité utérine (souvent dans les trompes et rarement à l’extérieur). La GEU entraîne des risques vitaux (stérilité, décès de la mère).

## **II) Epidémiologie**

Chez les utilisatrices de contraceptifs, la GEU est due à un échec de contraception.

Chez les autres femmes, elle est due à un échec de reproduction, ou tout simplement à u échec de grossesse.

L’incidence des GEU augmente chez les femmes sans contraception.

Il existe des facteurs de risque favorisant les GEU :

* ATCD de chirurgie tubaire.
* ATCD d’infection génitale.
* Le stérilet n’est en aucun cas un facteur de risque.

## **III) Etiologie**

Un GEU est principalement due :

* A un retard de captation de l’œuf par la trompe (et plus précisément par le pavillon tubaire).
* A un obstacle à la migration de l’œuf.

**Les séquelles de lésions inflammatoires :**

* Les maladies vénériennes.
* Les gonocoques (MST, vulvo-vaginites).
* La tuberculose.
* La salpingite.
* Le Chlamydiae.

**Les séquelles de chirurgie :**

* La chirurgie des trompes.
* Les IVG.

**Les lésions d’endométriose**.

**Les malformations tubaires :**

* Acquises.
* Suite à une chirurgie.

**Les atteintes du péristaltisme tubaire :** c’est la façon dont la trompe fait avancer l’œuf, par des ondes de contractions : les ondes péristaltiques ; ces atteintes peuvent être dues :

* Au tabac.
* Aux ttt hormonaux (tel que la pilule).
* Aux ATCD de GEU.
* A la prise de *Distilbène* \*.

**La procréation médicalement assistée :** 10% des cas aboutissent à une GEU.

## **IV) Diagnostic**

L’interrogatoire infirmier est très important : il permet de rechercher tous les ATCD gynéco-ostétriques de la patiente :

* Avortement à répétition.
* Salpingites.
* GEU.
* Date des dernières règles.
* Signes sympathiques de grossesse (nausées, taille des seins, vomissements, irritabilité, fatigue …).

10 à 20% des femmes présentent des symptômes anormaux en début de grossesse, mais seulement 5 à 30% d’entre elles feront une GEU.

## **1) Les signes cliniques**

Les métrorragies sont constituées de sang noir ou rouge, avec écoulement de placenta ; elles passent pour des règles.

Au toucher vaginal, la mobilisation de l’utérus, la décompression (= vidange de la vessie) et le toucher abdominal sont douloureux.

## **2) Les signes cliniques d’hémato-salpinx**

* Douleur unilatérale dans la région pelvienne.
* Métrorragies classiques noires et peu abondantes.
* Dernières règles « anormales ».
* Pâleur et petits malaises.
* Utérus un peu augmenté de volume.
* Masse molle douloureuse dans le cul-de-sac vaginal (lors du toucher vaginal).

## **3) Les signes cliniques d’hématocèle retro-utérine**

* Hémorragie brutale qui diminue ensuite (car le sang coagule dans le cul-de-sac).
* Douleur de type pesanteur.
* Nausées et vomissements.
* Signe d’anémie et de fatigue, conjonctives et muqueuses pales.
* Signes liés à une compression des organes voisins : difficulté à uriner, utérus refoulé à l’avant contre la symphyse pubienne (au toucher vaginal).

## **4) Les signes cliniques d’inondation péritonéale**

* Sang abondant et liquide.
* Douleur violente.
* Etat général faisant penser à une hémorragie interne.
* Rupture d’une trompe entraînant une hospitalisation d’urgence.

## **V) Les examens complémentaires**

**Β-HCG :** le taux augmente, comme dans une grossesse normale.

**NFS :** elle permet de rechercher une anémie avec effondrement des globules.

**ECBU :** elle est pratiquée en cas de température élevée.

**Echographie :** vaginale et/ou abdominale, c’est le signe prédictif pour intervenir avant la rupture de la GEU. Elle permet de voir si l’utérus est vide, s’il y a un « sac » au niveau des trompes ou si la patiente présente un épanchement net du cul-de-sac de Douglas.

## **VI) Le traitement**

## **1) Chirurgical**

**Cœlioscopie :** elle permet

* De trouver une GEU rapidement.
* D’évaluer la dilatation tubaire.
* De voir un hémo-péritoine e d’en apprécier son abondance.
* De faire un bilan pelvien.

Les conséquences sont multiples : diminution des pertes sanguines, de la consommation d’analgésiques et du temps d’hospitalisation et de convalescence.

**Laparotomie :** elle est utilisée en cas de contre-indications locales et/ou générales à la coelio.

**Modalité thérapeutique :**

* **Expression tubaire :** avortement de la grossesse par la trompe (sans ouverture).
* **Salpingotomie :** incision de la trompe pour pouvoir aspirer la grossesse, puis suture de la trompe.
* **Salpingectomie :** retrait de la trompe.

## **2) Médical**

Il repose sur l’utilisation de *Méthotrexate* \* (une seule injection). Il est recommandé :

* Lorsque les β-HCG < 1.000 UI / mL.
* En cas de GEU asymptomatique.
* En cas de GEU non visible à l’échographie.

## **VII) Soins infirmiers**

## **1) Préparation pré-op**

* Surveillance des constantes : pouls, TA, température.
* Evaluation de l’état général.
* Interrogation sur les pertes ; évaluation, date, fréquence, quantité, couleur.
* Interrogation sur les dernières règles : date, description.
* Demande de la carte de groupe sanguin.
* Présentation de l’équipe à la patiente.
* Réalisation d’un dosage des γ-globulines si la patiente est rhésus négatif.
* Réalisation d’une sérologie des vitamines K.
* Réalisation d’un ECG et de radio pulmonaires.
* Pose de 2 voies d’abord.
* Dépilation de la patiente.
* Retrait du vernis, des bijoux et des lentilles.

## **2) Suites post-op**

* Prise des constantes : pouls, TA, température.
* Vérification de l’état de conscience.
* Vérification des pansements et des redons.
* Lever précoce.
* Surveillance de la reprise de la diurèse.
* Surveillance de la douleur et des pertes.
* J0 : à jeun.
* J1 : retrait des pansements et de la voie d’abord.

arrêt des pertes.

déjeuner léger.

* J2 ou J3 : départ.
* Explications concernant une éventuelle grossesse (possibilité d’être enceinte avec une seule trompe).