



Grossesse extra-utérine ou grossesse ectopique

🕒 paru le 01/10/2019 • adapté au contexte belge francophone

Un guide-patient est un outil réalisé pour vous aider à faire des choix pour votre santé. Il vous propose des informations basées sur la recherche scientifique. Il vous explique ce que vous pouvez faire pour améliorer votre santé ou ce que les professionnels peuvent vous proposer lors d'une consultation. Bonne lecture !

De quoi s'agit-il ?

Dans le cas d'une grossesse extra-utérine, l'œuf fécondé ne grandit pas à l'intérieur, mais à l'extérieur de l'utérus. Il grandit au mauvais endroit ce qui peut entraîner une déchirure entre la 10^e et la 12^e semaine de grossesse. Il en résulte un saignement dans le ventre de la mère, qui peut mettre sa vie en danger.

Certaines femmes ont plus de risque de développer une grossesse extra-utérine :

- les femmes qui, par le passé, ont eu une inflammation (du col) de l'utérus ou des trompes de Fallope (une [maladie inflammatoire pelvienne](#), notamment à [Chlamydia](#)) ;
- les femmes qui ont subi une intervention chirurgicale dans la région du petit bassin ;
- les femmes qui ont déjà eu une grossesse extra-utérine ;
- les femmes qui ont des [problèmes de fertilité](#) ;
- les femmes qui souffrent d'[endométriose](#) (prolifération de muqueuse utérine en dehors de l'utérus) ;
- les femmes qui souffrent du [syndrome du côlon irritable](#) ;
- les fumeuses.

Chez qui et à quelle fréquence ?

Pour 1000 grossesses, il y a 15 à 20 grossesses extra-utérines. La plupart de ces grossesses se développent chez des femmes entre 25 et 34 ans. Dans 95 à 98 % des cas environ, l'œuf fécondé s'implante dans la trompe de Fallope. D'autres endroits possibles (mais rares) sont le col de l'utérus, les ovaires et la cavité abdominale.

Comment la reconnaître ?

Si vous êtes une jeune femme en âge de procréer et que vous avez des saignements (vaginaux) anormaux et/ou des douleurs soudaines dans le bas-ventre, vous devez toujours penser à la possibilité d'une grossesse extra-utérine.

Un résultat négatif au test de grossesse urinaire n'exclut pas totalement la présence d'une grossesse extra-utérine : en cas de doute, une prise de sang sera réalisée par un médecin.

Une grossesse extra-utérine peut parfois presque passer inaperçue, mais elle peut aussi s'accompagner de symptômes très graves. Chez l'une, les saignements ressemblent aux règles habituelles ; chez l'autre, une hémorragie abdominale ou une déchirure de la trompe de Fallope peut donner des maux de ventre très intenses, une douleur lancinante dans l'épaule, voire un évanouissement.

Comment le diagnostic est-il posé ?

Le médecin pensera à une grossesse extra-utérine lorsqu'une femme en âge de procréer souffre de saignements vaginaux anormaux et/ou de douleurs récurrentes dans un seul côté du bas-ventre.

Dans cette situation, il effectuera d'abord une prise de sang pour y faire un test de grossesse et une mesure du taux de l'hormone de grossesse (hCG). Les tests les plus fiables peuvent confirmer une grossesse à partir d'une semaine avant la date prévue des règles (c.à.d. lorsque les règles n'ont pas encore commencé).

Si le médecin suspecte une grossesse, il réalisera une échographie transvaginale, en introduisant une sonde dans le vagin. C'est la seule façon de constater la présence d'un embryon dans l'utérus. En principe, cet examen est indolore, comme un examen gynécologique habituel.

Si l'échographie ne montre pas d'embryon à l'intérieur de l'utérus et que la concentration sanguine d'hormone de grossesse indique une grossesse, il y a de forte chance que la grossesse soit extra-utérine.

Que peut faire votre médecin ?

Dans certaines situations, le médecin surveillera simplement la situation par des prises de sang. Ce sera notamment le cas si la prise de sang montre une faible quantité (max. 2000 unités) d'hormone de grossesse (hCG) et que l'embryon n'est pas encore très grand. Dans ce cas, l'embryon meurt généralement spontanément.

Parfois, il est indiqué d'administrer des médicaments pour détruire le tissu embryonnaire. Ceci n'est possible que lorsque le tissu embryonnaire est jeune, que la concentration d'hormone de grossesse est relativement faible (max. 5000 unités) et que les tests hépatiques et rénaux de la femme sont bons. Si c'est le cas, on administre du méthotrexate par injection dans le muscle fessier. Souvent (7 à 9 fois sur 10), une seule injection suffit. Trois femmes sur quatre ressentent des maux de ventre après l'injection.

Si la situation est grave et qu'il faut agir très vite, une intervention chirurgicale s'impose. Si vous voulez encore avoir des enfants par la suite, l'intervention visera à ouvrir la trompe de Fallope, si cela est techniquement possible bien sûr. Mais généralement, il faudra malheureusement retirer la trompe de Fallope. Vous pouvez à nouveau essayer de tomber enceinte après vos règles suivantes.

Lorsqu'il diagnostique une grossesse extra-utérine, le médecin suit la situation de près :

- par des prises de sang (mesure de la concentration d'hormone de grossesse) ;
- chez les femmes de groupe sanguin rhésus négatif, il administrera des immunoglobulines anti-D ;
- lors d'une grossesse ultérieure, il devra vérifier dès le début que l'œuf fécondé se développe, cette fois-ci, à l'intérieur de l'utérus. Après une grossesse extra-utérine, le risque de récurrence tourne autour d'une chance sur 10.

En savoir plus ?

- [Échographie vaginale – Hôpital Erasme](#)
- [Méthotrexate – CBIP – Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique](#)
- [Immunoglobulines anti-D – CBIP – Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique](#)

Source

[Guide de pratique clinique étranger 'Grossesse extra-utérine' \(2000\), mis à jour le 14.08.2017 et adapté au contexte belge le 03.01.2018 – epracticenet](#)