

Registre des Grossesses Extra-Utérines d'Auvergne

Séminaire AUDIPOG, CNGOF 2008

B. Rabischong, X. Tran, J. Bouyer, C. Lasnier, J.L Pouly, J. Coste
B. Aublet-Cuvelier, P. Jaffeux, A. Abi Sleiman,, H. Manhès,
N. Job Spira, H. Fernandez

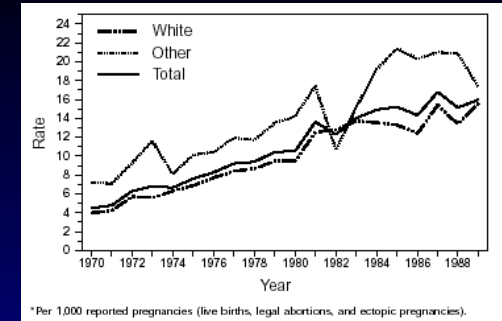


Hôtel-Dieu
Polyclinique



De l'opportunité d'un registre...

La GEU dans les années 1980



- ✓ Triplement de l'incidence aux USA (1970-1988)
- ✓ Problème de santé publique
 - Fréquence, coûts de prise en charge
 - Répercussion sur la santé reproductive des femmes
- ✓ Facteurs de risque
 - MST et leurs conséquences++
 - Tabagisme
 - Atcds de chirurgie tubaire, GEU, DIU, induction de l'ovulation
- ✓ En France: 2 enquêtes cas-témoin 1988-91
- ✓ GEU = marqueur indirect de MST

De l'opportunité d'un registre...

La GEU dans les années 1980

✓ Evolution importante de la prise en charge

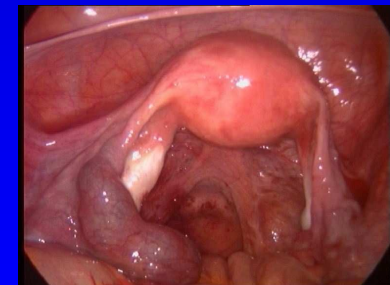
✓ Diagnostic plus précoce

- Dosage plasmatique de β -HCG
- Echographie endo-vaginale



✓ Traitement moins invasif, conservateur

- / salpingectomie par laparotomie de référence en 1980
- Développement de la coelio-chirurgie
- Salpingotomie par coelioscopie
- Traitement médical par méthotrexate



1992: Registre des GEU d'Auvergne

Objectifs



Etude en population sur une période prolongée:

- ✓ *Evolution de l'incidence de la GEU*
- ✓ *Evolution simultanée et répartition des facteurs de risque*
 - ✓ *Nouveaux facteurs de risque*
- ✓ *Résultats des différents traitements (efficacité, coûts, qualité de vie)*
 - ✓ *Conséquences psychologiques*
 - ✓ *Fertilité ultérieure*

Le Registre GEU d'Auvergne

En quelques mots...



- ✓ Création en 1992 (*J.L Pouly, H. Fernandez, N. Job Spira*)
- ✓ Etude en population (information non biaisée, reflet de la « vraie vie »)
- ✓ 3 départements d'Auvergne (Allier, Cantal, Puy de Dôme)
- ✓ 20 établissements, public et privé
- ✓ Toutes les femmes, âgées de 15 à 45 ans, traitées pour une GEU
- ✓ Qualifié par le CNR (*InVS, INSERM*) de 1998 à 2007
- ✓ 1992-2006: 2845 patientes (environ 200 cas/an)

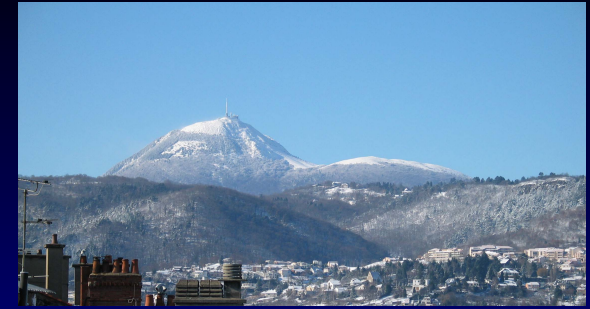
*Collaboration scientifique entre épidémiologistes et cliniciens
INSERM U292-569, CHU Clermont-Ferrand*

Pourquoi l'Auvergne?

- Géographie « favorable »
- Service de Gynécologie



Registre des GEU d'Auvergne



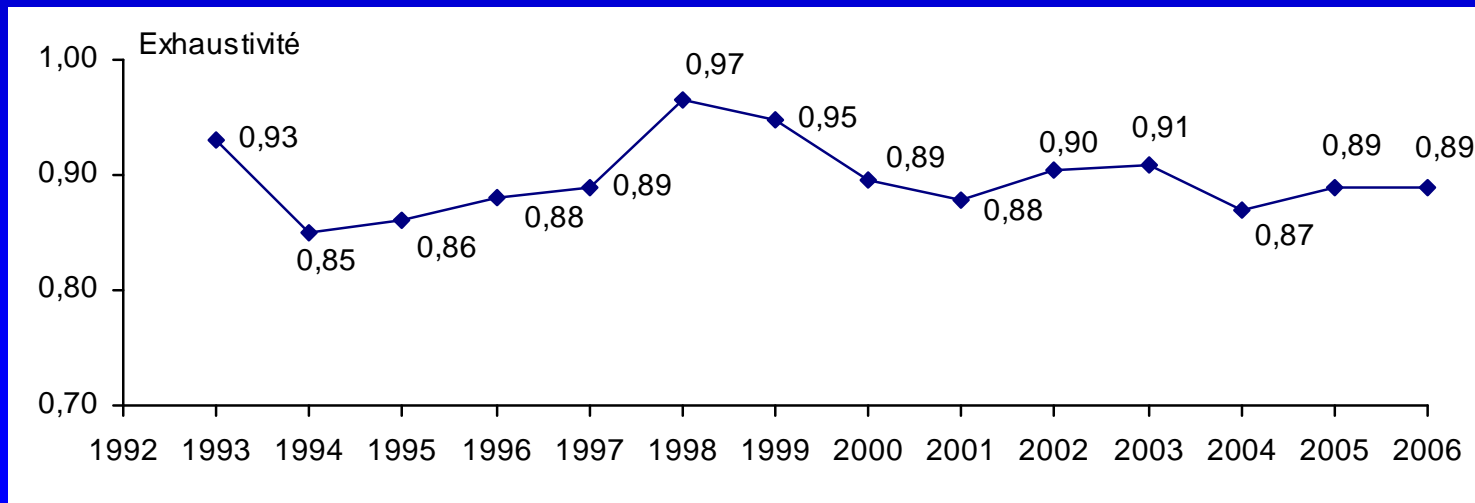
- ✓ Un enquêteur / établissement en charge de:
Identification des cas, collecte des données et suivie
- ✓ Questionnaire pré-établi / patient:
 - Caractéristiques sociodémographiques
 - Atcds Gynécologiques et obstétricaux, habitudes sexuelles, tabagisme
 - Atcds chirurgicaux et conditions de conception (contraception, FIV)
 - Sérologie Chlamydiae et taux pré-thérapeutiques de β -HCG
 - Caractéristiques pré et per opératoires de la GEU (site, rupture, hémopéritoine...)
 - Descriptif du traitement médical ou chirurgical
- ✓ Suivi / téléphone biannuel pendant 2 ans puis annuel jusqu'à 45 ans
Étude de la fertilité ultérieure
- ✓ Enquêtes cas-témoins / facteurs de risque, enquêtes spécifiques

Registre des GEU d'Auvergne

Exhaustivité



- ✓ Evaluée par la méthode capture-recapture depuis 1993
- ✓ Limitée au Puy de Dôme et Cantal
- ✓ Deux sources indépendantes de données (registre-PMSI)
- ✓ Croisement des sources
- ✓ Taux d'exhaustivité stable ~ 90 %



Registre des GEU d'Auvergne

Les travaux réalisés depuis 1992

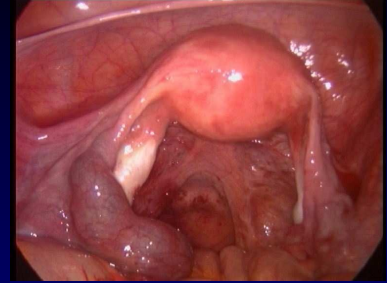


- ✓ Evolution de l'incidence
- ✓ Recherche de facteurs de risque
- ✓ Résultats immédiats des différents traitements
- ✓ Fertilité ultérieure
- ✓ Coût-efficacité des différents traitements
- ✓ Conséquences psychologiques – qualité de vie / type de traitement
- ✓ Facteurs de risque d'échec des traitements conservateurs
- ✓ Stratégie thérapeutique conservatrice

2000-2007: 13 publications internationales

Evolution de l'incidence des GEU

Résultats



✓ Deux entités clinico-épidémiologiques de GEU

- GEU avec contraception = échec de contraception
- GEU sans contraception = échec de reproduction

Coste J, Bouyer J, Germain E, Ughetto S, Pouly JL, Job-Spira N. Recent declining trend of ectopic pregnancy in France: evidence of two clinicoepidemiologic entities. Fertil Steril 2000; 74 , 5 : 881-6

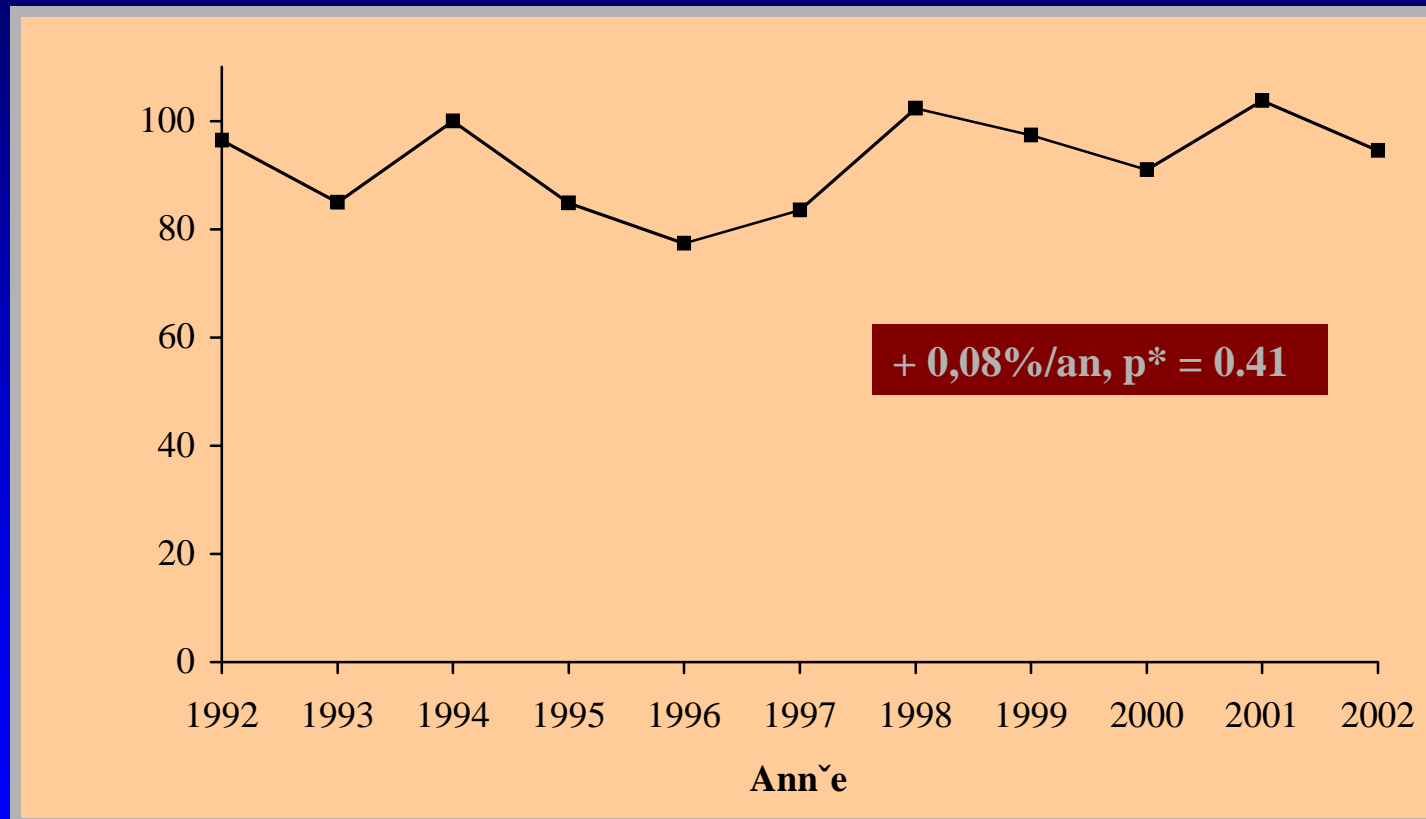
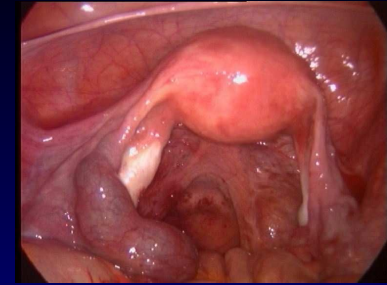
✓ Evolution différente de ces 2 entités:

- Baisse des GEU « échec de contraception »
(baisse de l'utilisation des DIU, âge plus élevé à la 1^{ère} conception)
- Augmentation des GEU « échec de reproduction »
(évolution des facteurs de risques: MST, tabac)

Coste J, Bouyer J, Ughetto S, Gerbaud L, Fernandez H, Pouly JL, Job-Spira N : Ectopic pregnancy is again on the increase. Recent trends in the incidence of ectopic pregnancies in France (1992-2002). Human Reproduction 2004; 19 : 2014-2018.

Incidence de la GEU

Résultats, taux global



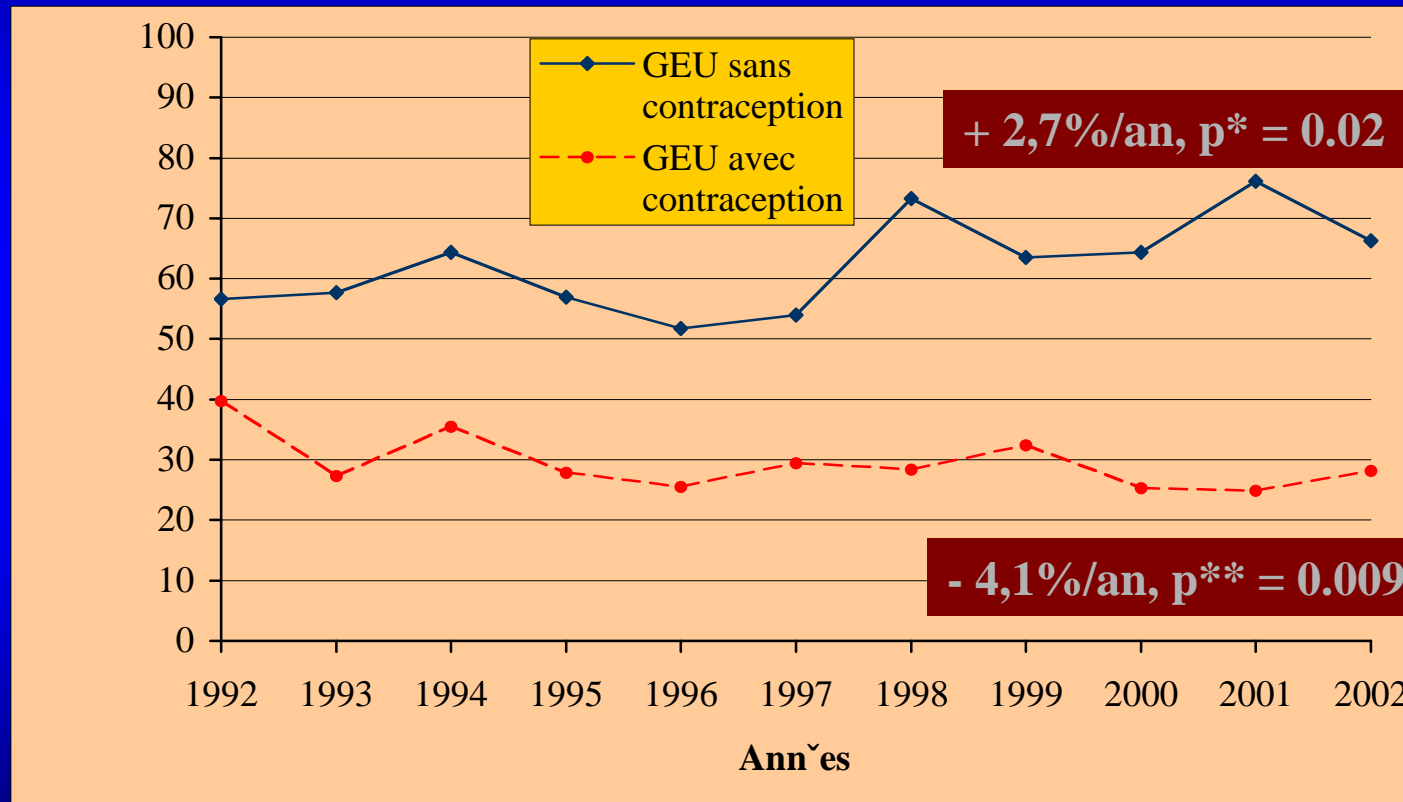
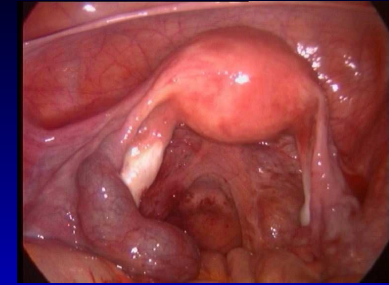
96.4/100000 femmes 15-44 ans en 1992

95.3/100000 en 2002

* Test de tendance, ajusté sur l'âge

Evolution de l'incidence de la GEU

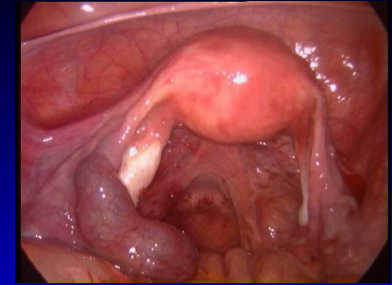
Résultats, taux par type de GEU



* Test de tendance, ajusté sur l'âge, fertilité (nb accouchements)

** Test de tendance, ajusté sur l'âge

Recherche des facteurs de risque dans le registre



Deux enquêtes cas-témoins associées

GEU sur stérilet



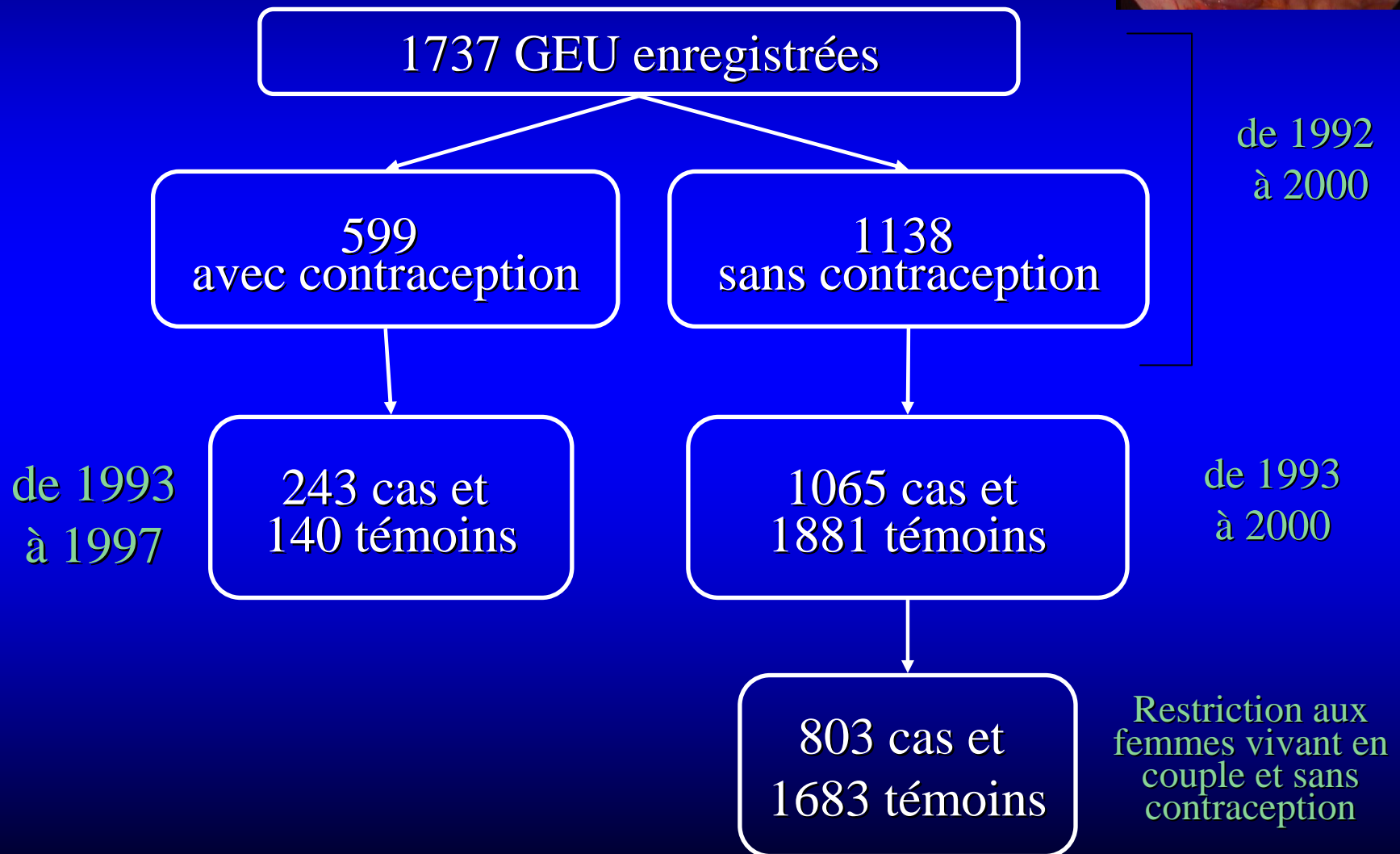
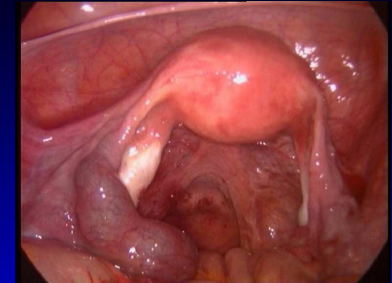
Témoins :
GIU sur stérilet
(accouchement ou IVG)

GEU sans stérilet



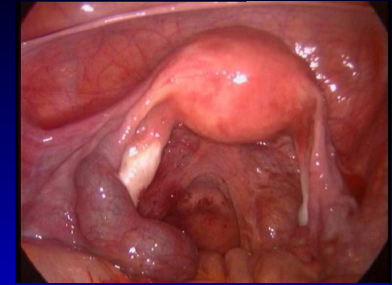
Témoins :
les 2 accouchements
suivants sans stérilet

Recherche des facteurs de risque dans le registre



Facteurs de risque dans le registre

Résultats



GEUsans contraception

Tabac

Antécédents
infectieux, MST

Age

Antécédents chirurgi-
caux et obstétricaux

Infertilité

GEU avec contraception

Facteurs liés au stérilet

Type
Durée d'utilisation
Déplacement
Douleurs dans le mois
suivant la pose

Prise de médicaments dans
les 2 mois précédant la
grossesse

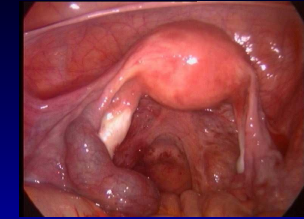
Pathologie de la trompe

Bouyer J, Coste J, Shojaei T, Pouly JL, Fernandez H, Gerbaud L, Job-Spira N : Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case-control population-based study in France. American Journal of Epidemiology 2003; 157(3) : 185-194

Bouyer J, Rachou E, Germain E, Fernandez H, Coste J, Pouly JL, Job-Spira N. Risk factors for extrauterine pregnancy in women using an intrauterine device. Fertil Steril 2000; 74 , 5 : 899-908

Echelle de risque

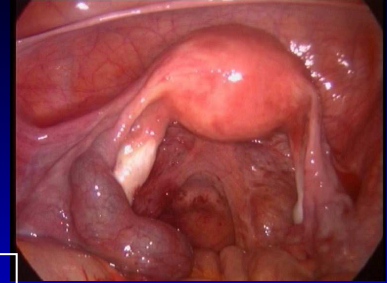
GEU sans contraception



Facteur de risque	Points	Points	Risque de GEU
Age			
< 35 ans	0	0	1%
35 - 39 ans	3	10	7%
≥ 40 ans	6	12	11%
Tabac			
Non fumeuse	0	14	15%
1 - 20 cig/j	2	16	21%
> 20 cig/j	4	18	28%
Facteurs médicaux			
Aucun	0	20	37%
Antécédent de GEU	10	22	47%
Endométriose	9	24	57%
Antécédent de salpingite	8	26	66%
Induction par Clomid	7	28	74%
Chirurgie tubaire	4	30	81%
		32	87%
		34	91%
		36	93%
		38	96%
		40	97%
		42	98%
		44	99%
		46	99%
		48	99%

Coste J, Bouyer J, Job-Spira N : Construction of composite scales for risk assessment in epidemiology : an application to ectopic pregnancy. American Journal of Epidemiology 1997; 145 : 278-289

Fertilité après GEU dans le registre 1992-2000



1.626 femmes enregistrées entre
janvier 1992 et décembre 2000

1.301 suivies 80 %

durée : 5 mois à 9,5 ans
moyenne : 3,4 ans

325 non suivies

153 perdues de vue (9,4%)

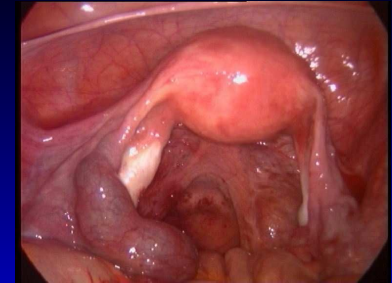
741 recherchent une nouvelle
grossesse (57 %)

578 ont obtenu une
grossesse (77 par FIV)

163 n'ont pas conçu

Fertilité après GEU dans le registre

Résultats selon le type de GEU, 1992-2000



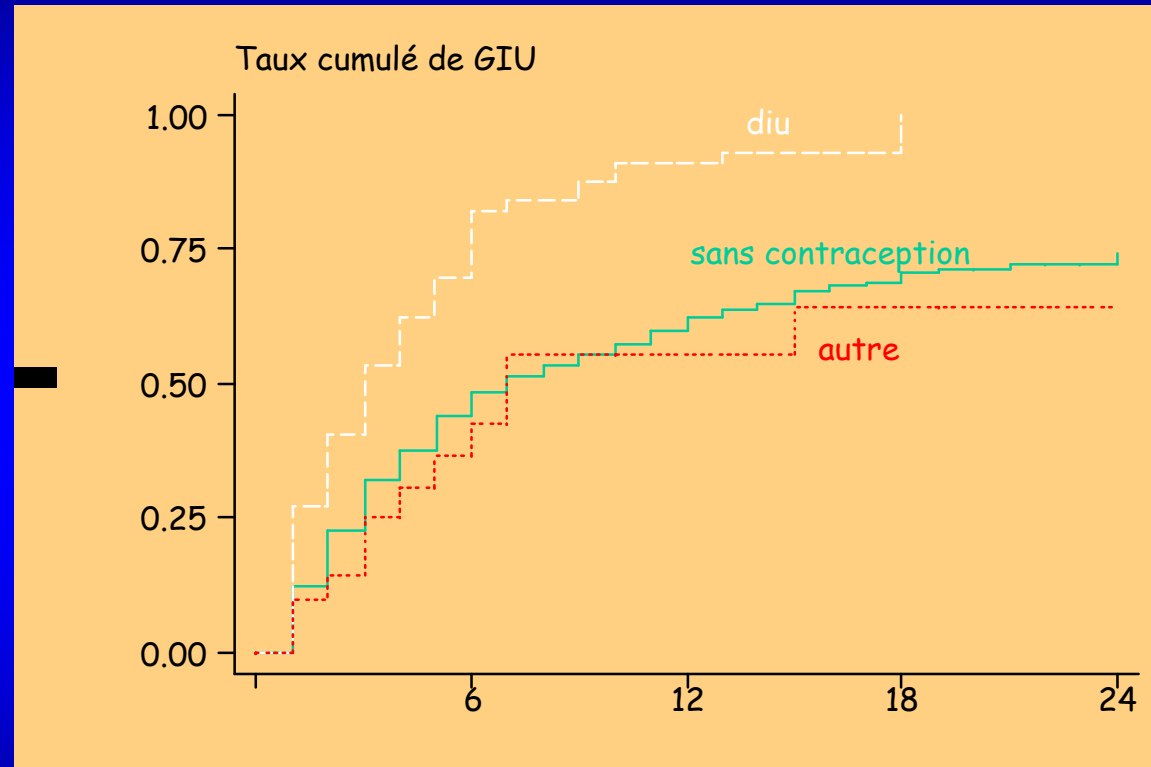
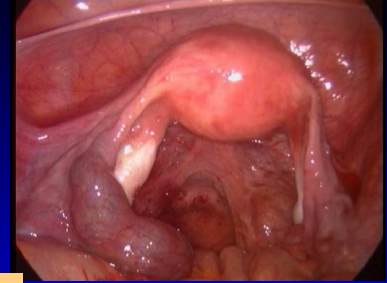
	GEU sans contraception n = 1.042	GEU avec contraception n = 554
Recherche de grossesse	650 (62%)	89 (16%)
Délai pour la 1ère recherche	4 mois [3,2 - 4,7]	15 mois [11,4 - 18,5]
GEU : taux cumulé à 2 ans	23% [18% - 29%]	22% [10% - 44%]
GIU : taux cumulé à 2 ans	74% [70% - 78%]	90% [80% - 96%]

DIU : 5%
 CO : 48%
 Autres : 44%

DIU : 100%
 CO : 67%
 Autres : 50%

Fertilité après GEU dans le registre

Résultats: taux cumulé de GIU (spontanées)



Risques relatifs ajustés

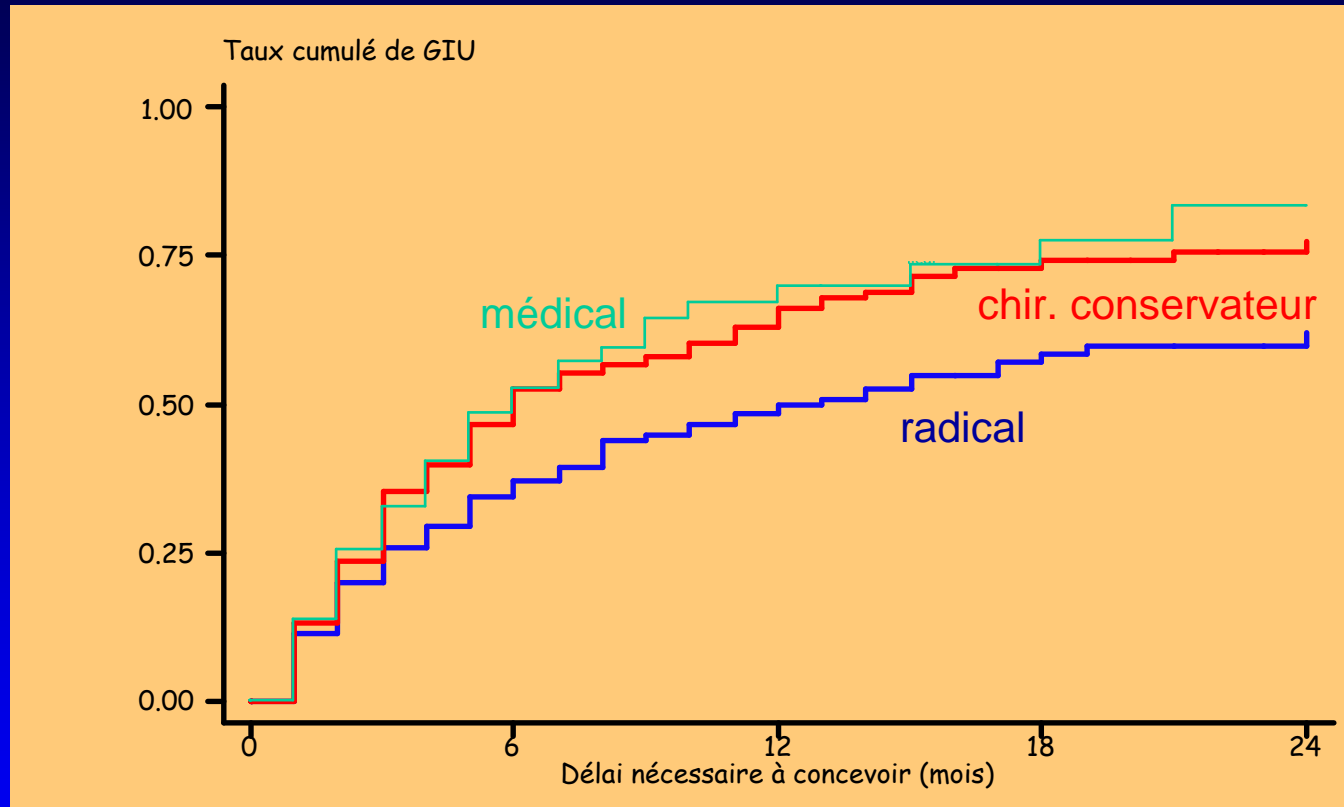
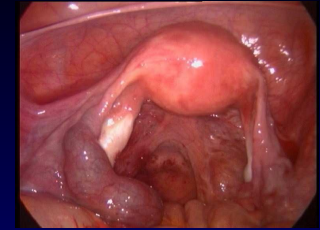
DIU / sans contraception : $RR_a = 1,7 [1,2 - 2,3]$

Autres contr. / sans contr. : $RR_a = 0,6 [0,3 - 1,1]$

Bouyer J, Fernandez H, Coste J, Pouly JL, Job-Spira N : Fertilité après grossesse extra-utérine. Résultats sur 10 ans du registre d'Auvergne. Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2003; 32 : 431-438

Fertilité après GEU dans le registre

Résultats, fertilité en fonction du traitement



Risques relatifs bruts

Radical / Chirurgical conservateur : RR = 0,8 [0,6 – 0,9]

Médical / Chirurgical conservateur : RR = 1,1 [0,8 – 1,5]

Les différences entre traitements disparaissent après ajustement

Bouyer J, Job-Spira N, Pouly JL, Coste J, Germain E, Fernandez H. Fertility following radical, conservative surgical or medical treatment for tubal pregnancy: a population-based study. Br J Obstet Gynecol 2000; 107 : 714-21

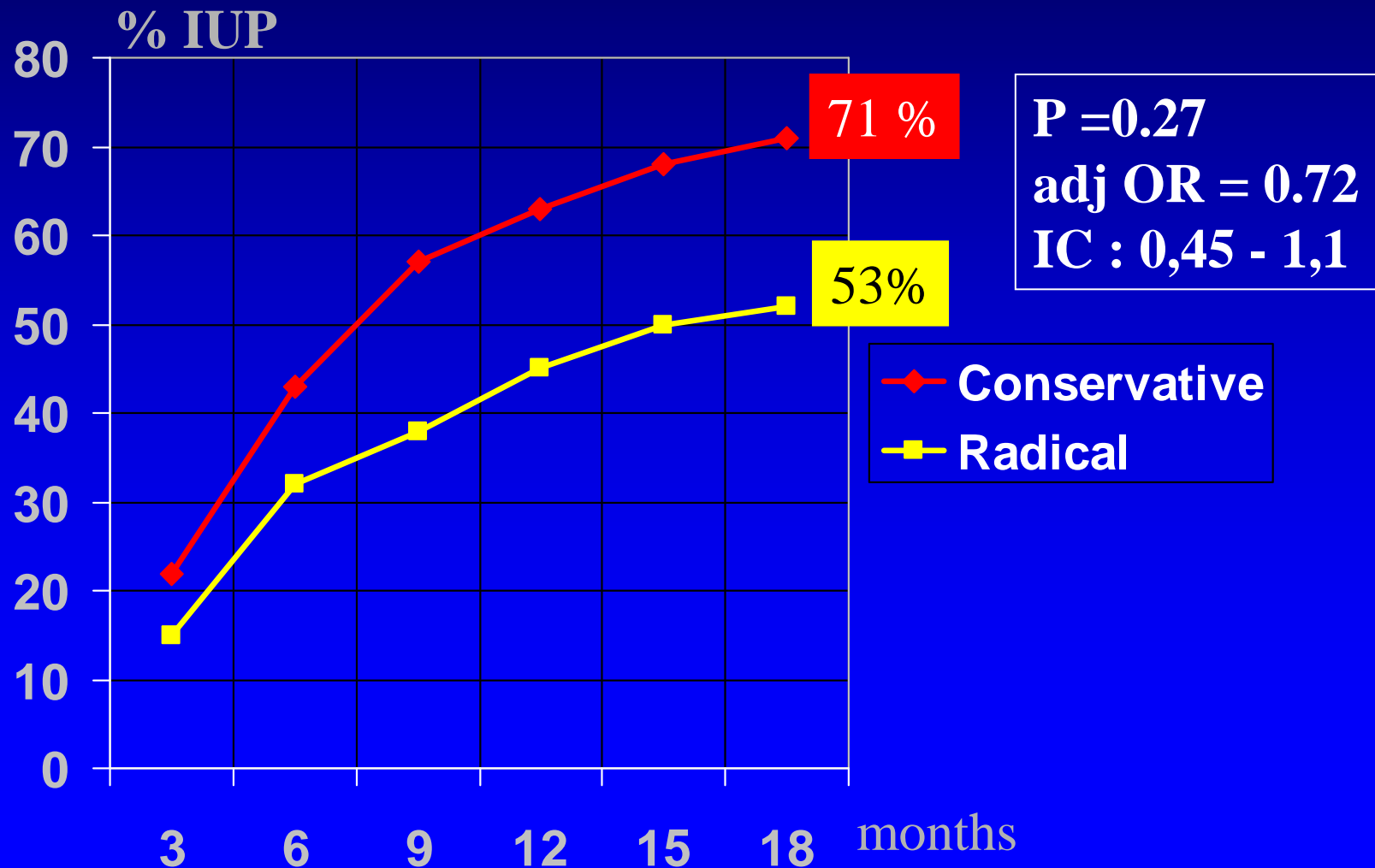
Comparison salpingotomy vs salpingectomy

- From Yao and Tulandi : 9 comparative studies - 8 retrospective

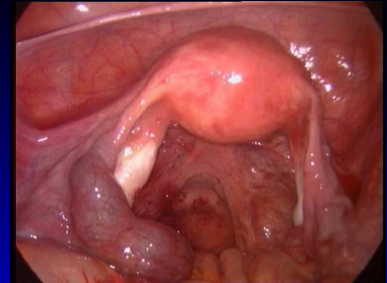
	Conservative	Radical	p
Nb	528	1246	
IUP	280 (53.0 %)	614 (49.3 %)	0.15
EP	78 (14.8 %)	123 (9.9 %)	0.03

Comparison salpingotomy vs salpingectomy

Auvergne Register : 178 radical versus 262 conservative



Etude économique de la prise en charge de la GEU



Pour les GEU subaigües, le traitement médical est le moins couteux et le plus efficace en terme de fertilité ultérieure

	Coût total (avant, pendant, après)	Taux de GIU (en cas de recherche de grossesse)
Chirurgical radical	2 200 €	44%
Chirurgical conservateur	2 145 €	54%
Médical	1 006 €	57%

Coste J, Bouyer J, Fernandez H, Pouly JL, Job-Spira N. A population-based analytical approach to assessing patterns, determinants, and outcomes of health care with application to ectopic pregnancy. Med Care 2000; 38 , 7 : 739-49

Seror V, Gelfucci F, Gerbaud L, Pouly JL, Fernandez H, Job-Spira N, Bouyer J, Coste J. Care pathways for ectopic pregnancy: A population-based cost-effectiveness analysis. Fertil Steril 2007

Conséquences psychologiques de la GEU

- ✓ Importantes répercussions psychologiques
- ✓ Grande inquiétude exprimée après GEU:
 - Crainte de la récurrence
 - Crainte de ne pas avoir d'enfant
- ✓ Sentiment de fragilité et de dépression

Bachelot A., Fernandez H., Germain E., Job-Spira N. Expérience vécue de la grossesse extra-utérine et de sa prise en charge. Grossesse extra-utérine. H. Fernandez Ed. Médecine-Sciences Flammarion. Paris 1997 : 88-93.

Réalisation d'un livret d'information

LIVRET D'INFORMATION POUR LES FEMMES AYANT FAIT UNE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

QU'EST-CE QUE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE ?

La **Grossesse Extra-Utérine (GEU)**, ou **grossesse ectopique**, est l'implantation d'un œuf fécondé hors de la cavité de l'utérus.

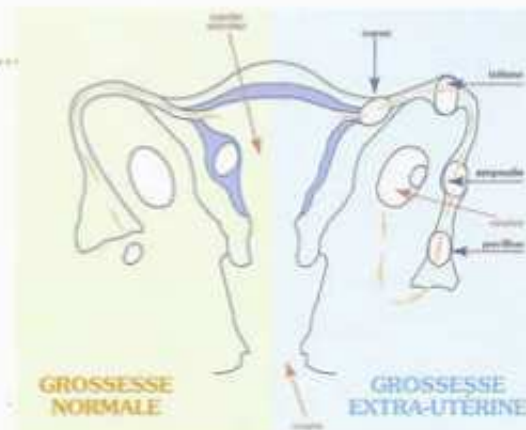
Elle représente environ **2 %** des grossesses.

Sur le schéma ci-dessous, les flèches indiquent les différentes possibilités d'implantation de l'œuf dans les parties de l'appareil génital féminin.

Dans la très grande majorité des cas (98 % des grossesses), l'œuf se niche normalement dans l'utérus. Lorsque la grossesse est extra-utérine (hors de l'utérus) l'œuf peut s'implanter :

- dans l'ampoule de la trompe (78 % des cas),
- au niveau de l'isthme de la trompe (15 % des cas),
- au niveau du pavillon de la trompe (5 % des cas),
- en dehors de la trompe : dans l'ovaire ou l'abdomen (2 % des cas).

Rappel anatomique de l'appareil génital féminin



POURQUOI LA NIDATION HORS DE LA CAVITÉ UTÉRINE ?

Naturellement, la fécondation a lieu dans la trompe dans laquelle l'embryon transite pour rejoindre l'utérus. Durant ce trajet, il peut exister un retard à la migration du fait de lésions de la trompe ou d'une diminution de sa mobilité. Comme, parallèlement, l'embryon se développe, il atteint le stade d'implantation avant d'avoir atteint la cavité utérine. Son implantation correspond au début de la grossesse et dans le cas présent elle se fait en dehors de l'utérus.

QUELS SONT LES FACTEURS DE RISQUE ?

DEUX FACTEURS SONT ASSOCIÉS À UNE AUGMENTATION IMPORTANTE DU RISQUE DE GEU :

- **Les infections des trompes** dues aux maladies sexuellement transmissibles, appelées couramment les MST, et en particulier les infections à Chlamydiae. Toutes les femmes présentant un problème d'infertilité, et particulièrement si ce problème est dû aux trompes, sont à risque de GEU avant ou après avoir été opérées des trompes.
- **Le tabagisme** est un facteur d'hypofertilité (diminution de la probabilité de survenue d'une grossesse) et en cas de grossesse il augmente le risque de GEU ; la nicotine entraîne en effet une diminution de la mobilité de la trompe et donc un risque que l'embryon y reste bloqué.

D'AUTRES FACTEURS DE RISQUE EXISTENT MAIS SONT RESPONSABLES D'UNE PROPORTION MOINS IMPORTANTE DE GEU :

- l'antécédent de chirurgie au niveau des trompes,
- l'antécédent de GEU,
- la grossesse obtenue par induction de l'ovulation,
- la grossesse sur stérilet (le stérilet protège bien contre les grossesses intra-utérines mais mal contre les grossesses extra-utérines),
- le syndrome Distilbène (anomalie congénitale rare des trompes due à la prise de ce médicament (distilbène) par sa mère) pendant la grossesse,
- l'âge supérieur à 35 ans.

Vous pouvez calculer votre risque d'avoir une GEU en vous reportant à la dernière page de ce livret.

QUELS SONT LES MOYENS DIAGNOSTIQUES ?

Deux examens permettent le diagnostic précoce de la GEU :

- **l'échographie endo-vaginale** (cet examen n'est pas douloureux) ;
- **le dosage de l'hormone de la grossesse** : l'hCG.

Cependant le diagnostic de GEU n'est pas toujours facile à poser ; il est affaire de spécialiste et peut demander un peu de temps. Souvent ce n'est qu'après 2 ou 3 consultations chez le spécialiste ou à l'hôpital que le diagnostic sera certain et le type de traitement décidé.

QUELS SONT LES TRAITEMENTS ?

Ce type de grossesse ne peut jamais déboucher sur un accouchement; il est impossible de réimplanter l'embryon dans la cavité utérine. En revanche, la GEU peut entraîner un éclatement de la trompe et une hémorragie interne qui autrefois était une cause importante de mortalité chez la femme jeune. Le traitement consiste donc à interrompre la grossesse.

OÙ CONSULTER ?

Dans les différents centres hospitaliers: CHU, CH ou établissement privé, au service des urgences centrales ou gynécologiques et/ou en consultation privée.

QUAND CONSULTER ?

En cas de retard de règles, de pertes de sang même peu importantes ou répétées, de douleurs abdominales ou de douleurs pelviennes importantes, il faut consulter rapidement.

PLUSIEURS TRAITEMENTS SONT POSSIBLES

Le plus classique est l'opération. Dans un premier temps, on réalise une coelioscopie pour confirmer le diagnostic (c'est une opération sous anesthésie générale qui consiste à gonfler l'abdomen avec du gaz, puis introduire par une légère incision une mini caméra). Puis le plus souvent, et toujours par coelioscopie, on traite la GEU soit en enlevant la trompe soit en l'incisant pour n'enlever que la grossesse. Plus rarement, il est nécessaire d'ouvrir l'abdomen (laparotomie) avec les deux mêmes options. Ce traitement nécessite une hospitalisation de 24 à 48 heures en cas de coelioscopie et de 4 à 5 jours en cas de laparotomie.

Il existe aussi un traitement médical de la GEU par une injection intra-musculaire d'un produit qui s'appelle le méthotrexate. Ceci n'est possible que quand la GEU est diagnostiquée très précocement (environ dans 25 % des cas). Ce traitement est fait le plus souvent en ambulatoire (sans hospitalisation) ou avec une hospitalisation de quelques heures.

LES SUITES IMMÉDIATES DU TRAITEMENT

Si la trompe a été enlevée, aucun suivi particulier n'est vraiment nécessaire.

Par contre, si la trompe a été conservée, que ce soit lors d'une coelioscopie ou lors d'un traitement médical, une surveillance est nécessaire:

- après coelioscopie, on vérifie, au bout de 48 heures, la décroissance du taux d'hCG et, si nécessaire, on répète quelques jours plus tard;
- après méthotrexate, la surveillance du taux d'hCG sera faite au bout de 8 jours. Pendant les premiers jours, il est normal que le taux continue de monter et qu'il y ait des douleurs. Cependant si les douleurs sont très intenses, il ne faut pas hésiter à reconsulter en urgence. Au-delà de 8 jours, on continue à surveiller la décroissance du taux d'hCG pendant encore 3 ou 4 semaines.

Dans tous les cas il est normal d'avoir des saignements après le traitement d'une GEU, et le cycle peut être perturbé pendant 2 à 3 mois. De même, il est normal de ressentir une fatigue importante pendant quelques semaines.

LES ÉCHECS DU TRAITEMENT

Quand le traitement a consisté à enlever la trompe, les échecs sont exceptionnels.

Après traitement coelioscopique avec conservation de la trompe, un deuxième traitement peut être nécessaire du fait d'une décroissance insuffisante du taux d'hCG (5 à 8 % des cas). Le plus souvent, ce deuxième traitement consiste en une injection de méthotrexate. Plus rarement, une deuxième coelioscopie est nécessaire pour enlever la trompe.

Après traitement médical, le taux d'échec est plus élevé, de l'ordre de 15 à 25 %. Le traitement complémentaire peut être une deuxième injection de méthotrexate, ou bien une coelioscopie qui permettra soit d'enlever la grossesse soit d'enlever la trompe.

LES SUITES A LONG TERME

LE DÉSIR ET LES CHANCES DE GROSSESSE APRÈS UNE GEU

La plupart des femmes qui ont eu une GEU désiraient être enceintes et, devant l'échec de cette grossesse, elles vont chercher à le redevenir. Environ 60 % d'entre elles obtiendront une nouvelle grossesse qui s'implantera normalement dans l'utérus, 30 % n'arriveront pas à être enceintes et 10 % présenteront une autre GEU. Pour ces dernières, en cas de nouvel essai, 30 % arriveront à être enceintes, 30 % présenteront encore une GEU et 40 % resteront stériles.

Pourquoi ce problème d'infertilité? Il est principalement dû à la cause de la GEU, c'est-à-dire souvent aux séquelles d'infection. De plus, la GEU elle-même accentue les dégâts au niveau des trompes, ce qui explique que les récurrences sont fréquentes.

Le traitement a-t-il une influence sur les chances de grossesse? Quand la trompe est conservée (par coelioscopie ou traitement médical), les chances de grossesse sont plus importantes que lorsqu'elle est enlevée. Mais le risque de nouvelle GEU est alors un peu augmenté.

Combien de temps faut-il attendre? Après une GEU, on conseille d'éviter une grossesse pendant 3 mois. Puis, si après 24 mois d'essai il n'y a pas de grossesse, on considère qu'il y a un réel problème de stérilité. Ce délai est raccourci à 18 mois pour les femmes de plus de 35 ans et à 12 mois après 37 ans.

En cas de stérilité après GEU, l'avis général est que le seul traitement efficace est la Fécondation In Vitro. Rarement on peut proposer de faire une coelioscopie pour réparer les trompes. La radio des trompes n'apporte pas grand-chose dans ce cas.

LES CAS PARTICULIERS

Si une GEU est survenue après une opération pour déboucher les trompes, ou pour enlever des adhérences, les chances de grossesse sont très faibles et le risque de récurrence très fort. Il vaut mieux envisager la Fécondation In Vitro.

Si la GEU est survenue alors qu'une contraception était utilisée, et particulièrement un stérilet, les chances de devenir enceinte sont excellentes (de l'ordre de 85 % après un an de recherche). Chez les femmes présentant un syndrome Distillène (expliqué plus haut), le risque de récurrence est fort mais les chances de grossesse aussi.

LA CONTRACEPTION APRÈS GEU

Après une GEU sur stérilet, les risques de refaire une GEU sont faibles, il n'y a donc pas de contre-indication à reposer un autre stérilet. Mais il est vrai que beaucoup de ces femmes préfèrent une autre contraception, comme la pilule ou les implants qui ne présentent aucun risque. La pilule, ainsi que tous les moyens de contraception médicamenteux, sont possibles après une GEU.

LE SUIVI PSYCHOLOGIQUE

La GEU est un événement difficile à vivre pour toutes les femmes. Elle peut être suivie d'une phase dépressive, notamment chez celles qui désiraient être enceintes et qui ne matérialisent pas la perte de cet enfant. Cela est tout à fait normal et ne présente pas de caractère de gravité. Le retour à la normale peut demander du temps. Il faut éviter de traiter par soi-même ce "mal-vivre" par des médicaments qu'il sera toujours très difficile d'arrêter par la suite. Il vaut mieux aller discuter des problèmes avec un(e) psychologue ou un médecin qui sauront expliquer et rassurer. Il faut surtout savoir qu'entre les chances de grossesse spontanée et la fécondation in vitro, plus de 90 % des femmes qui ont eu une GEU auront un enfant si elles le désirent.

QUAND ET OÙ CONSULTER ?

Dès les premiers signes de dépression. Les centres qui prennent en charge le traitement des GEU assurent des consultations avec des psychologues qui proposent un lieu de parole confidentiel afin de surmonter cet événement douloureux.

Comment calculer votre risque d'avoir une GEU*

(ce calcul n'est pas valable pour les GEU sur stérilet)

* Papin J, Ginec. 2. Boyer H, Feraudet, B. 200-d'phi, Fertrozep. Fert. Sex. 1998; 26: 143-148

1- Calculer votre score (nombre de points) pour chaque facteur de risque

Facteurs de risque	Nombre de points
Age	
Moins de 35 ans	0
35 à 39 ans	3
40 ans ou plus	6
Tabac	
0 cigarette par jour	0
1 à 20 cig. par jour	2
plus de 20 cig. par jour	4
Facteurs médicaux	
aucun	0
antécédent de GEU	10
endométriose	9
antécédent de salpingite	8
traitement par Clomid	7
antécédent de chirurgie des trompes	4

2- Additionner vos points :

3- Lire votre risque de GEU sur le tableau ci-dessous :

Total de vos points	Votre risque de GEU
0	1 %
2	2 %
4	2 %
6	3 %
8	5 %
10	7 %
12	11 %
14	15 %
16	21 %
18	28 %
20	37 %
22	47 %
24	57 %
26	66 %
28	74 %
30	81 %
32	87 %
34	91 %
36	93 %
38	96 %
40	97 %
42	98 %
44	99 %
46	99 %
48	99 %

Par exemple, une femme de 36 ans, fumant 25 cigarettes par jour, dont la grossesse a été induite par le Clomid et ayant déjà eu une GEU aura un score = 3 + 4 + 7 + 10 = 24 soit un risque de GEU de 57 %.

Ce livret est réservé à un usage privé (personnel) des internautes. Pour toute autre utilisation, veuillez solliciter l'INSERM-INED U569 sur le site <http://u569.kb.inserm.fr/web569/fertil/geu/webgeu.html>

Réalisé avec le concours de :
CHU Clermont-Ferrand - INSERM U.569 Bichère - F.A.G.S.V. Clermont-Ferrand

Tous droits réservés. Toute réimpression, réimpression partielle, ou utilisation partielle sans autorisation préalable, sous peine de poursuites pénales et civiles, est formellement interdite. Toute réimpression partielle, ou utilisation partielle sans autorisation préalable, sous peine de poursuites pénales et civiles, est formellement interdite.

Conséquences psychologiques de la GEU

Évaluation du livret d'information, 2002-2005

Livret distribué ou non alternativement toutes les 50 GEU

- 188 femmes ont eu un livret
- 166 non
- Toutes suivies à 6 mois
- 167 suivies à 1 an
- 94 suivies à 18 mois

Conséquences psychologiques de la GEU

Évaluation du livret d'information, résultats 1

- ✓ Confirmation des difficultés psychologiques:
 - 6 mois après la GEU:
 - 49 % se sentent encore fragilisées ou diminuées
 - 67 % craignent une récurrence
 - 52 % redoutent des difficultés pour procréer
 - 51 % pensent que la prise en charge psy et l'information est insuffisante

- ✓ Les troubles observés à 6 mois persistent dans une proportion importante à 12 et 18 mois

Conséquences psychologiques de la GEU

Évaluation du livret d'information, résultats 2

✓ Traitement chirurgical vs médical

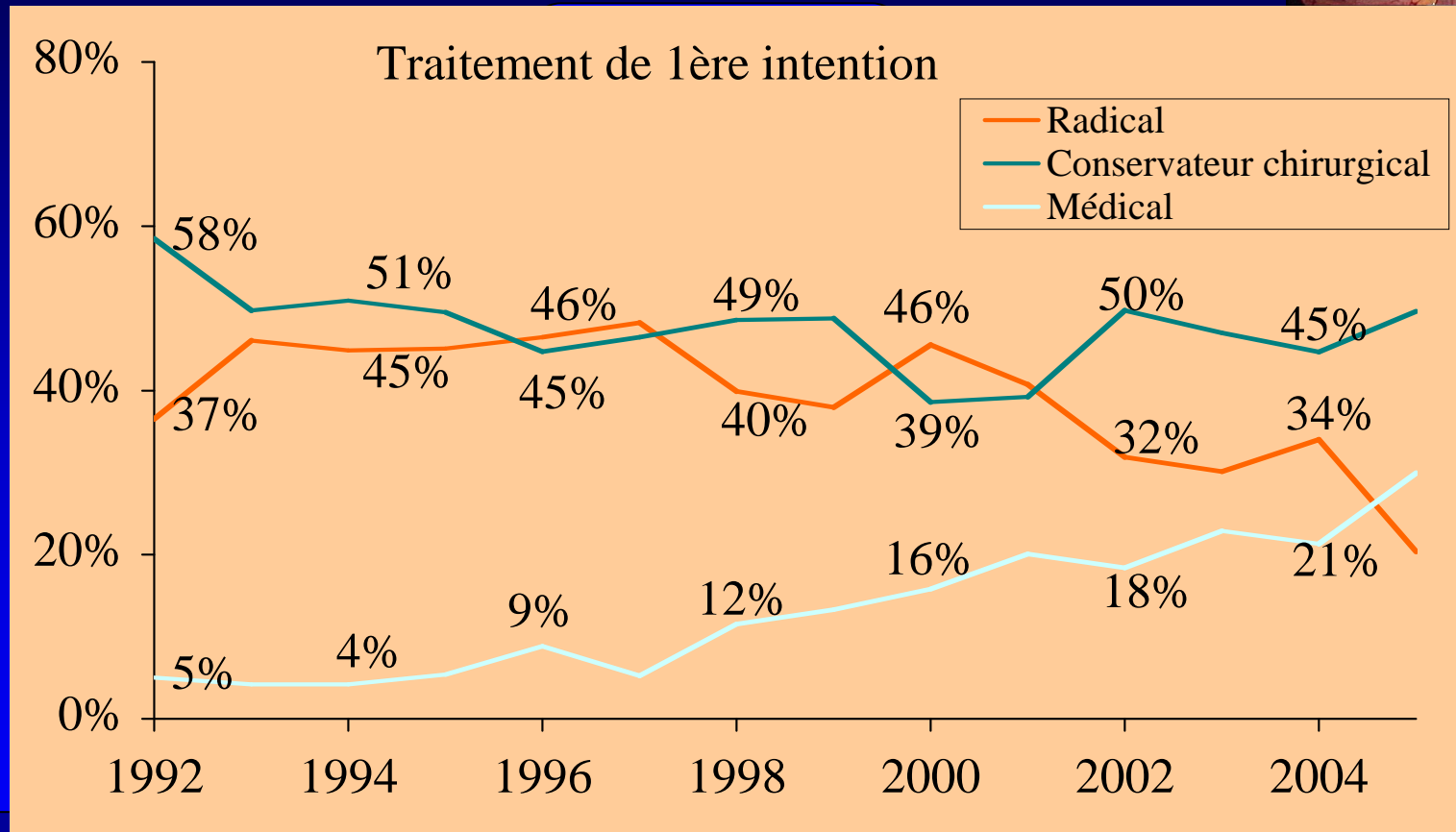
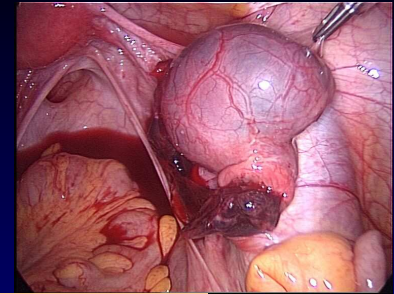
- 1 an après la GEU, le traitement médical accentue plus le sentiment de fragilité (RR=3,4)
- Ce sentiment persiste 18 mois après

✓ La distribution du livret n'a pas produit d'effet protecteur immédiat

Bachelot A, Sitruk A, Lasnier C, Pouly JL, Job-Spira N, Bouyer J. Souffrance psychologique après une grossesse extra – utérine. Cahiers de l'Ined 2007

Les Traitements

1992-2006, traitements conservateurs



1196 (68.9%)
Exclusive
laparoscopy

131 Others

319 (18.3%)
Methotrexate

88 Others

Traitement Médical par Méthotrexate

1992-2006, facteur de risque d'échec

✓ 319 patientes

- ✓ Asymptomatiques, β -HCG < 5000 UI
- ✓ Protocole uni dose: une injection intramusculaire de 1 mg/kg
- ✓ Echec

✓ Augmen

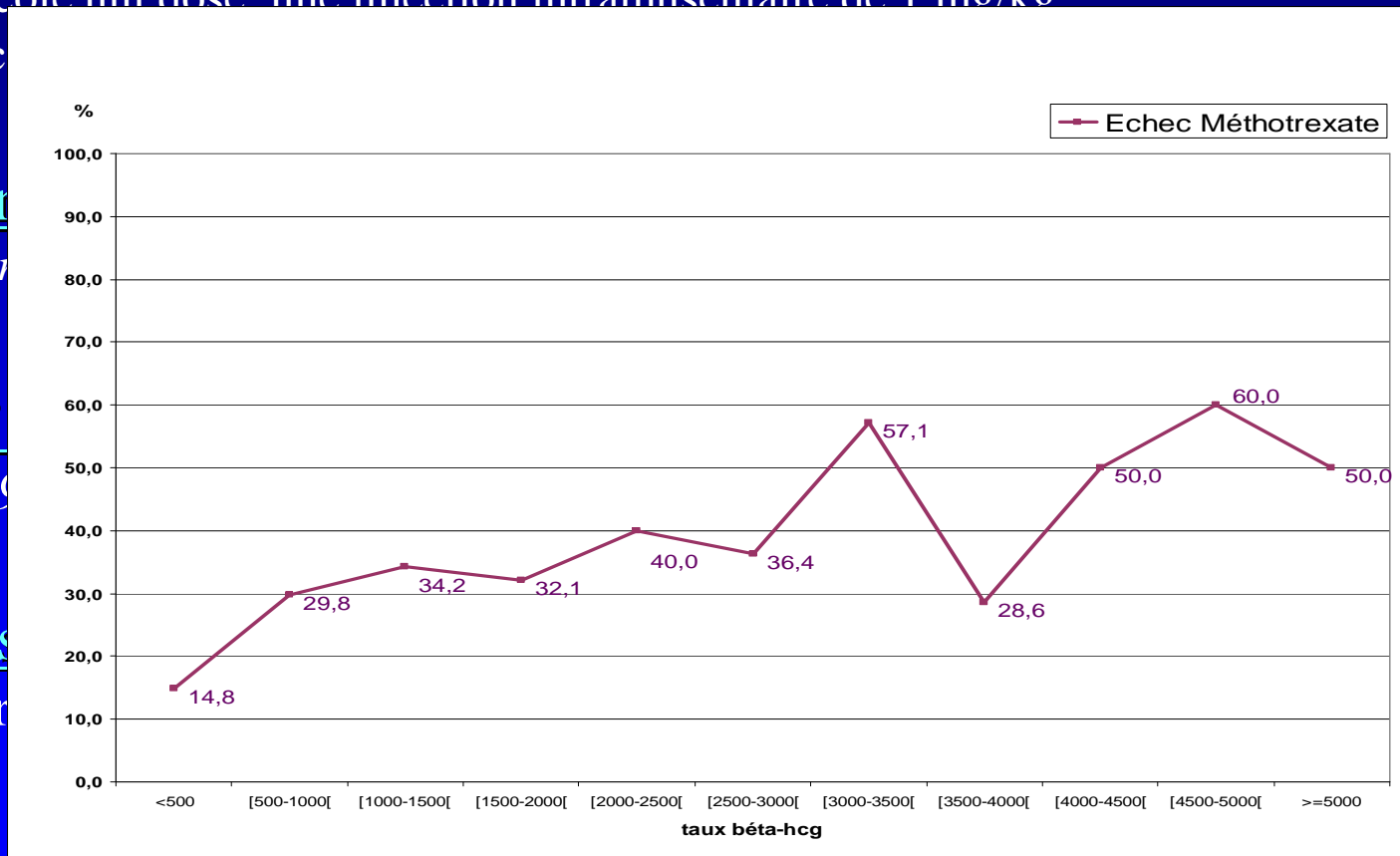
10,5 % en

✓ Taux d'

50%(199

✓ Facteurs

- ✓ Contr
- ✓ Taux



Traitement Médical par Méthotrexate

Facteur de risque d'échec, commentaires

✓ Taux d'échec moyen élevé / littérature

- Étude en population non issue d'un centre de référence
- Conditions réelles d'utilisation

✓ Facteur d'échec: Taux de β -HCG pré-thérapeutique

- Idem littérature (*Lipscomb, Menon, Kirk, Fernandez*)
- « Cut-off » à 500 UI plus bas / littérature

✓ Diminution significative du taux d'échec sur 15 ans

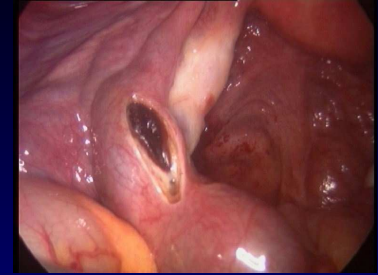
« Courbe d'apprentissage »

- Meilleure sélection des patientes
- Meilleure utilisation du MTX?
- Meilleure analyse de l'échec (notion d'échec biologique ou clinique)

✓ Pas de consensus sur le schéma thérapeutique optimal d'utilisation

- Schéma uni dose ? Schéma multi dose ?
- Nécessité d'un essai thérapeutique multicentrique

Traitement Coelioscopique Conservateur



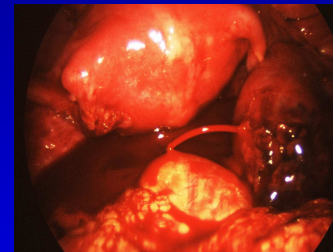
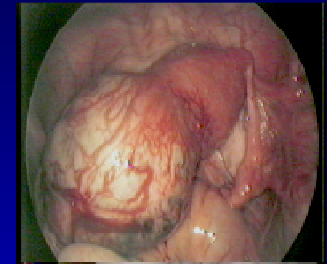
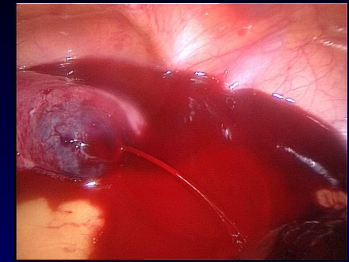
- ✓ Coelioscopie = gold standard chirurgical
- ✓ Indications: patientes symptomatiques (no indication for methotrexate)
- ✓ Salpingotomie coelio = la plus ancienne technique décrite
- ✓ Premier cas: 1973 par Manhès and Bruhat



Traitement Colioscopique Conservateur

1992-2006

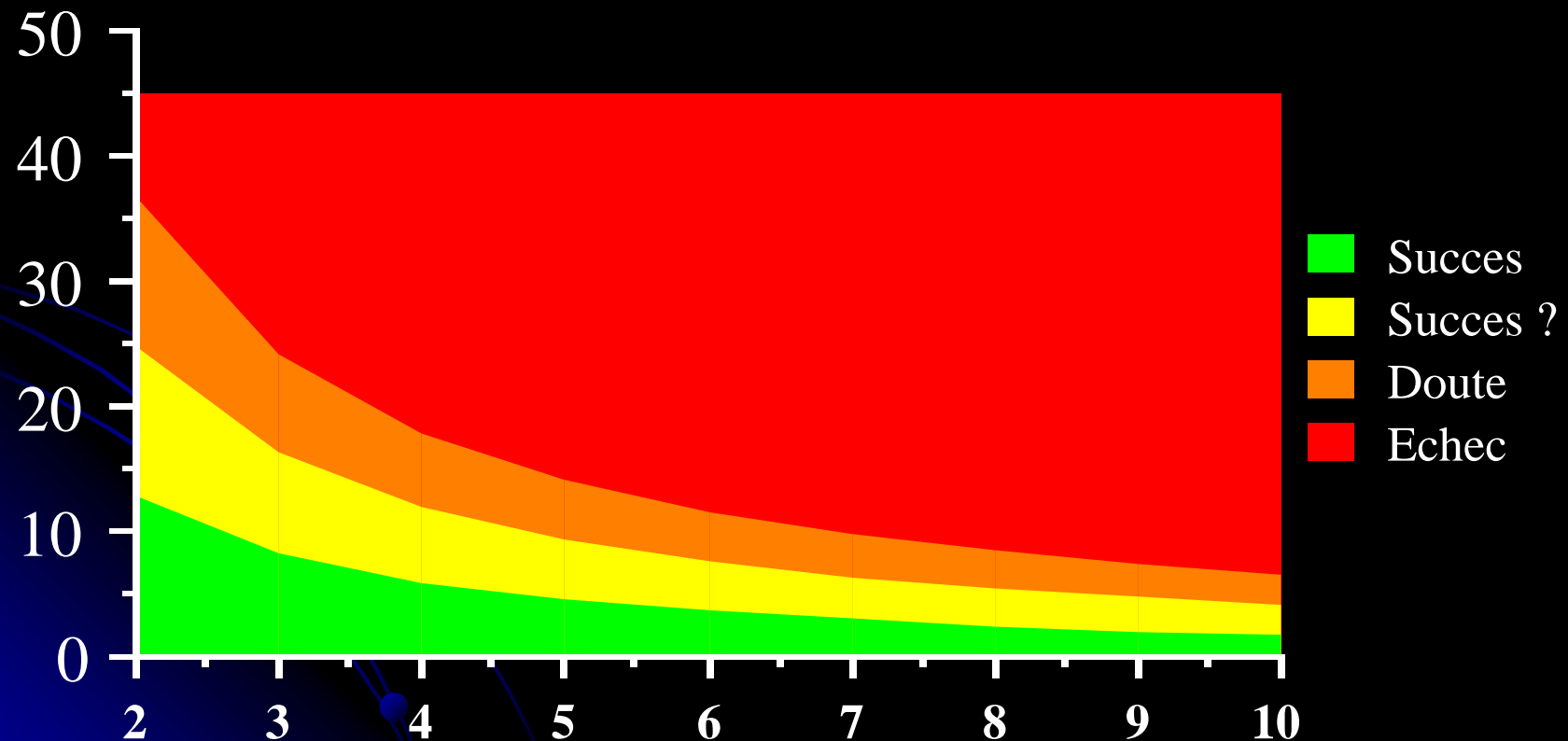
- ✓ 1196 patientes
- ✓ Contre-indications (généralement relative):
 - Grossesse interstitielle
 - Hémorragie massive avec rupture tubaire
 - GEU > 4 cms, Taux HCG très élevés (risk of persistant trophoblast)
- ✓ Indication / salpingectomie:
 - Salpingotomie privilégiée / salpingectomie en terme de fertilité
 - Score de Pouly (Fertil Steril 1989)
 - Evaluation de la trompe contro-latérale ++
- ✓ Echec = nécessité d'une seconde ligne de ttt médical ou chirurgical



Post operative work-up

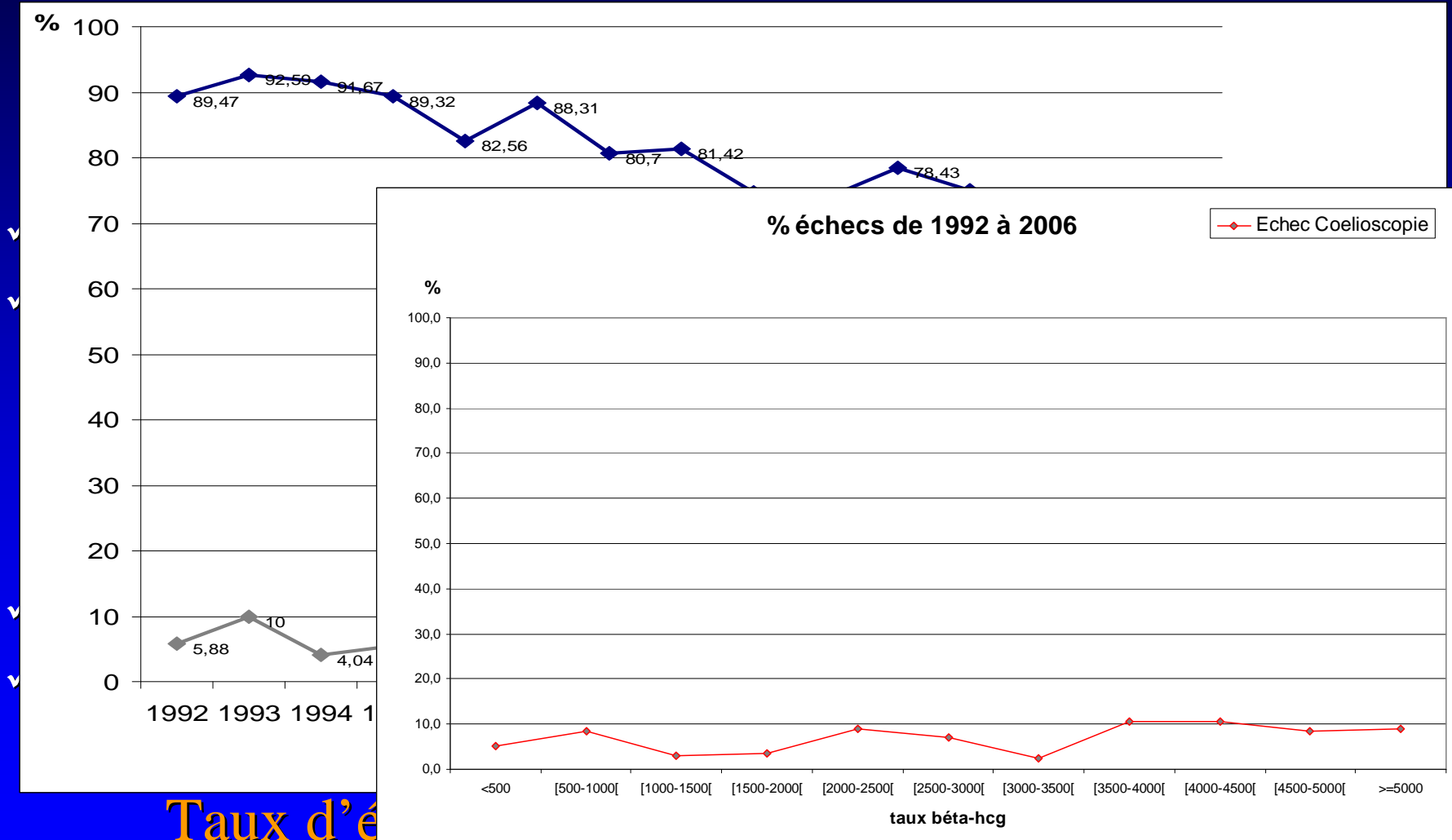
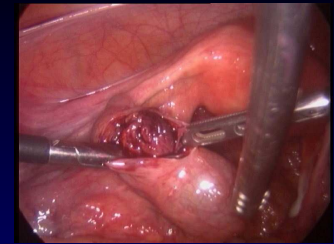
- Checking the HCG drops (1987)

%de la valeur initiale d'HCG



Traitement Coelioscopique Conservateur

Facteurs de risque d'échec, 1992-2006



Taux d'é

Risk factors for failure of methotrexate

1992-2006, results of Auvergne's register

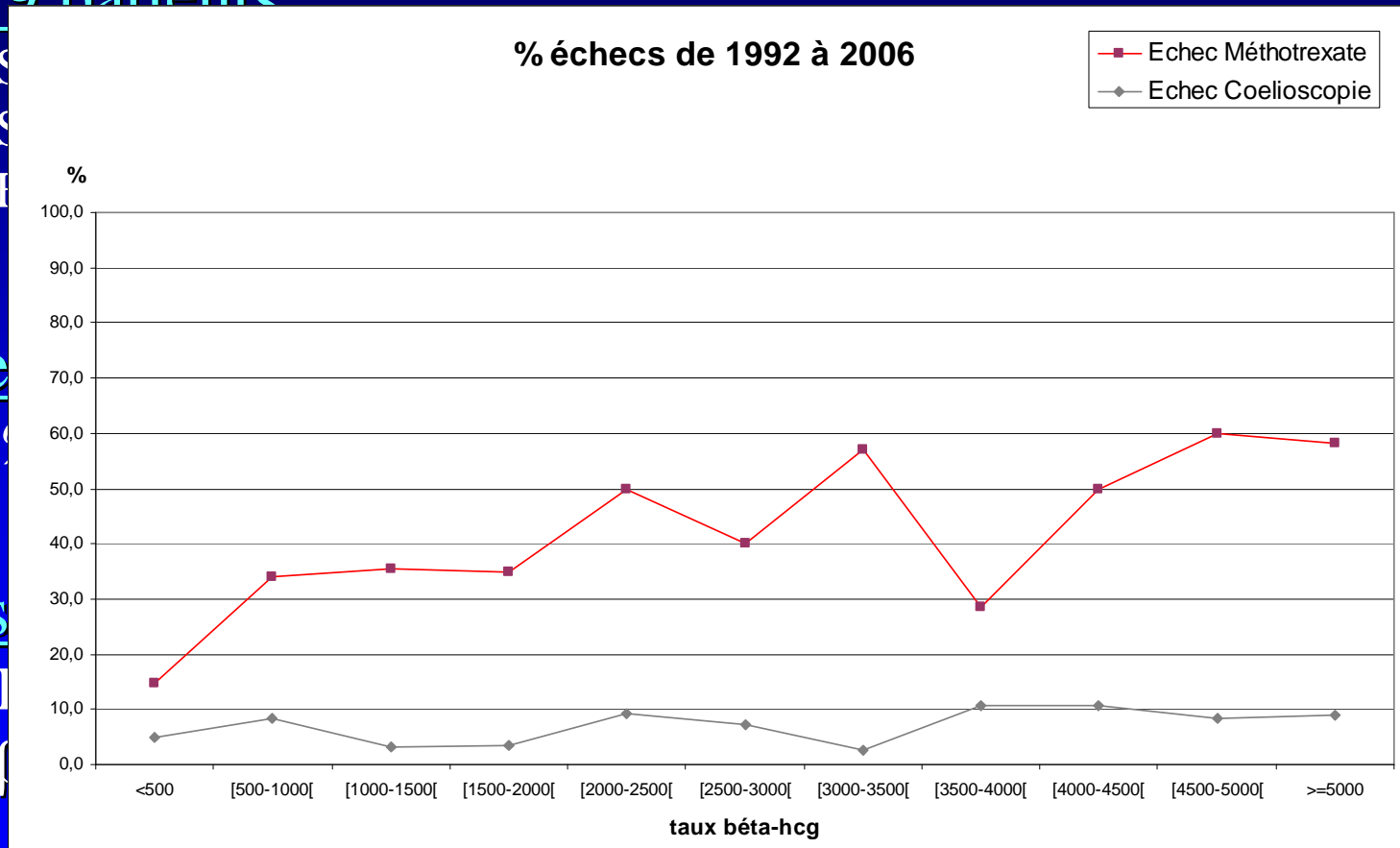
✓ 319 patients

✓ S
✓ S
✓ F

✓ Me
50%

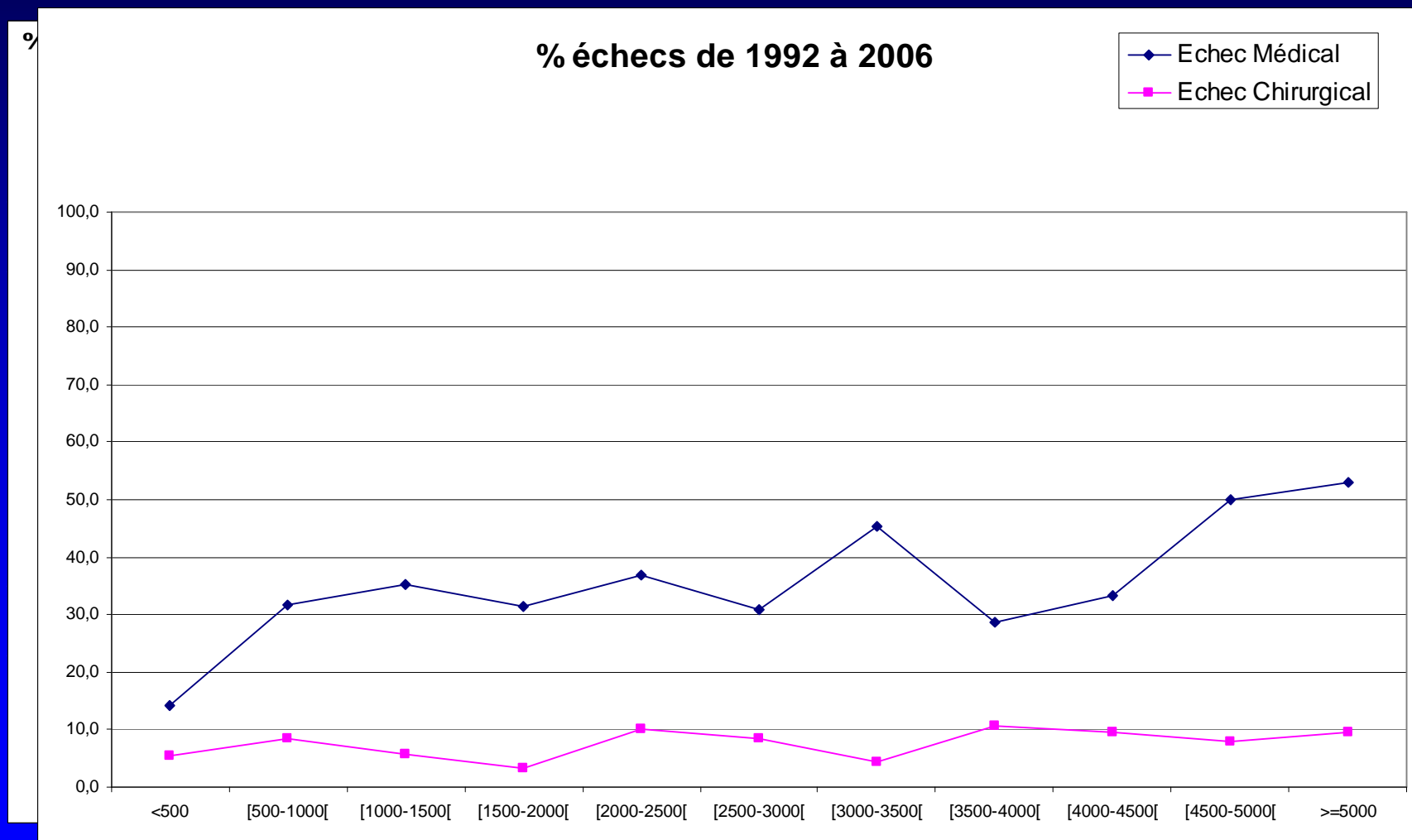
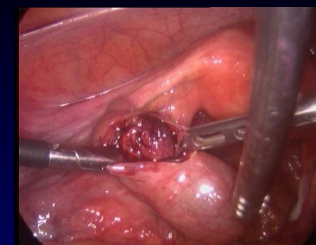
✓ Ris

✓ I
✓ F



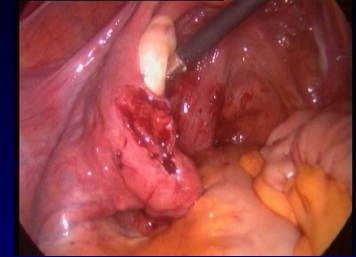
Conservative Laparoscopic Treatment

Results of Auvergne's register, 1196 patients, 1992-2006



Traitement Coelioscopique Conservateur

Etude des facteurs de risque d'échec, résultats



✓ Taux d'échec moyen de 6,7 % :

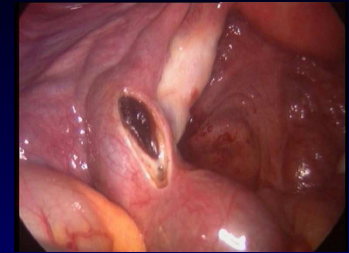
- Meilleur que la littérature (~ 15 %)
- Meilleur / traitement médical par méthotrexate avec protocole uni dose et sélection des patientes

✓ Suggère:

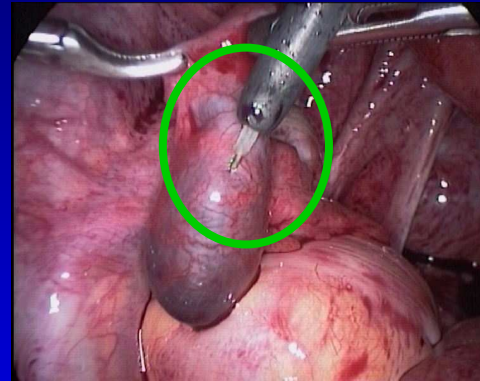
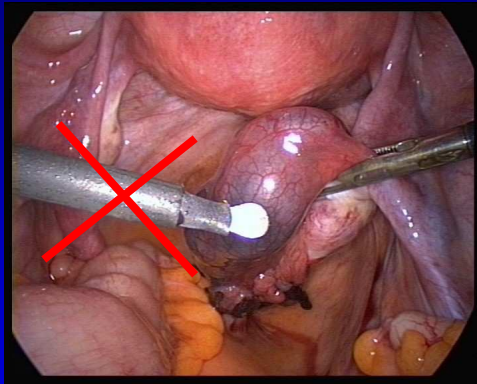
- Bonne maîtrise et respect de la technique originale en Auvergne dues à des raisons historiques
- Importance d'une instrumentation adéquate et de la technique chirurgicale

Traitement Coelioscopique Conservateur

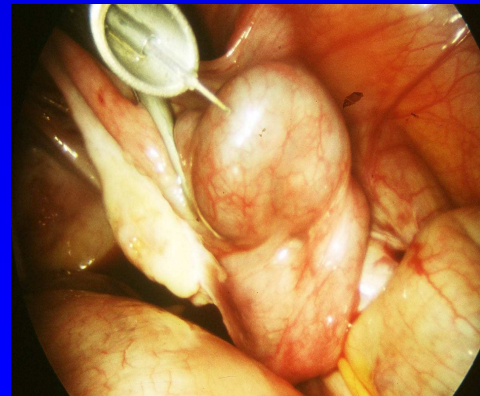
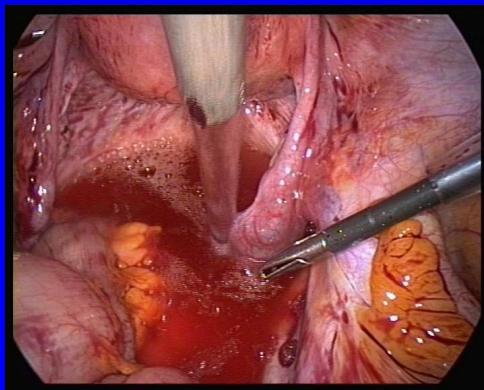
Importance d'une instrumentation adéquate



- ✓ Pointe fine monopolaire



- ✓ Système lavage-aspiration avec une canule de 10 mm



Traitement Coelioscopique Conservateur

Importance de la technique chirurgicale

✓ Exposition

✓ Salpingotomie:

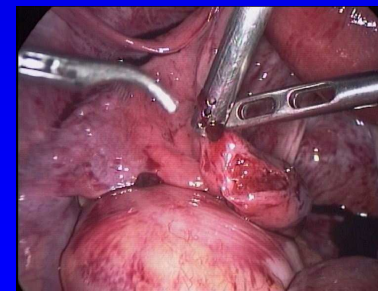
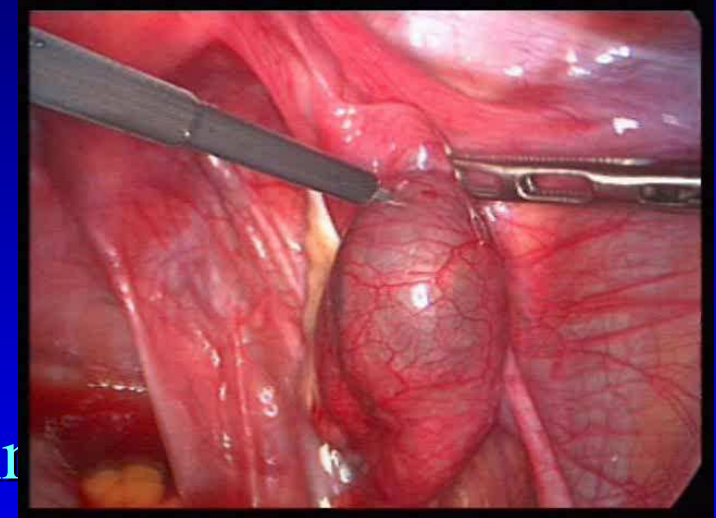
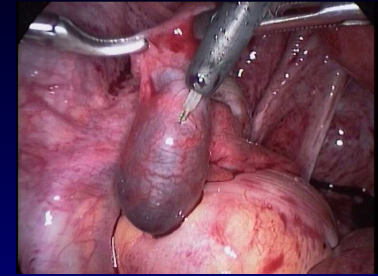
- avec une pointe fine monopolaire
- sur le bord antimésial de la trompe
- dans la portion proximale de la trompe
- incision des 3 tuniques d'emblée
- incision suffisante d'au moins 10 mm

✓ Aspiration tubaire (canule de 10 mm)

✓ Éviter le milking

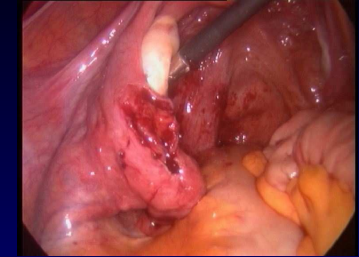
✓ Hémostase:

- Souvent inutile
- Limiter l'électrocoagulation
- Clampage du mésosalpinx et prendre un café



Qualité de vie / traitement médical vs chirurgical

Résultats préliminaires, thèse X. Tran 2007

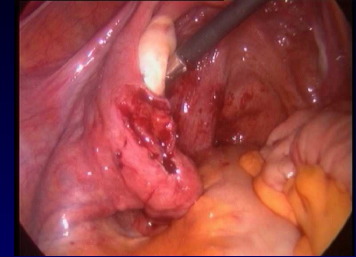


En faveur du traitement médical

- ✓ 82 patientes interrogés sur une période de 6 mois
- ✓ 73 incluses: 39 traitées par coelio / 34 par MTX
- ✓ 83 questions / téléphone de 1 à 6 mois de l'événement GEU
- ✓ 18 questions propres à la GEU
 - Fatigue persistante majorée par chirurgie (p= 0,0253)
 - Sentiment de fragilité accentué par chirurgie (p= 0,0434)
- ✓ SF-36
 - Limitation de l'activité due à l'état physique majorée par chirurgie (p= 0,0155)
 - Niveau d'activité physique meilleure / MTX (p= 0,0264)
- ✓ HAD
 - Pas de différence significative

Stratégie Thérapeutique Conservatrice

En population, thèse X. Tran 2007



✓ GEU pauci ou asymptomatique:

- Traitement par méthotrexate à privilégier d'autant plus si β -HCG < 500 (avec diagnostic écho de GEU)
- Si β -HCG > 500, informer du risque non négligeable d'échec du traitement médical et discuter la coelioscopie d'efficacité indiscutablement supérieure (+ avantage du bilan pronostique)

✓ GEU symptomatique:

Coelioscopie de première intention

Conclusions, 15 ans après sa création...

Bilan et Perspectives du registre des GEU

- ✓ Valeur informative car étude en population et bonne exhaustivité
- ✓ « Rentabilité » scientifique du registre / objectifs initiaux
- ✓ Valorisation satisfaisante / publications du registre
- ✓ Actions de santé publique insuffisantes
- ✓ Non requalification par le CNR en 2007
- ✓ Fin 2008: plus de 3000 patientes incluses
- ✓ Après 2008: abandon dans sa forme actuelle ? / budgétisation
 - Mise en place récente du registre d'endométriose en Auvergne*
- ✓ Poursuite de son exploitation en particulier sur la fertilité après GEU

Générique du registre des GEU: *des femmes et des hommes...*

Unité Inserm, Kremlin-Bicêtre (292-569):

Nadine Job-Spira, Joël Coste, Jean Bouyer

Hopital Antoine Béclère, Clamart:

Hervé Fernandez, Amélie Gervaise

CHU Clermont-Ferrand:

Jean-Luc Pouly, Yvonne Glandier, Laurent Gerbaud,
Bruno Aublet-Cuvelier, Sylvie Ughetto, Benoit Rabischong

Secrétariat du registre et coordination:

Elisabeth Germain, Catherine Lasnier, Véronique Semonsut,
Valérie Chighisola, Sylvie Chapelat

Enquêteurs (sage-femmes, internes)

Comité National des Registres: InVS, Inserm

Plus de 3000 patientes Auvergnates...



CICE

Centre International
de Chirurgie Endoscopique


Thank you very much !

CICE/CENTI

Bât. 3C - Faculté de Médecine - 28, Place Henri Dunant
63000 Clermont-Ferrand - FRANCE

Tél : 33 (0)4 73 15 20 50

Fax : 33 (0)4 73 15 20 79

 secretariat@cice.fr

STORZ
KARL STORZ - ENDOSKOPE

CNRS



UNIVERSITE
D'Auvergne

 **EMISPHEF**



*Merci pour votre
attention*