



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



TRAVAIL ORIGINAL

Peut-on traiter 74 % des grossesses extra-utérines par un traitement médical ? À propos d'une série de 202 patientes

Can medical treatment be the first-line treatment for most ectopic pregnancies? A series of 202 patients

O. Garbin^{a,*}, C. Helmlinger^a, N. Meyer^b, E. David-Montefiore^a, C. Vayssiere^a

^a Service de gynécologie-obstétrique, pôle de gynécologie-obstétrique, hôpitaux universitaires de Strasbourg, SIHCUS-CMCO, 19, rue Louis-Pasteur, 67300 Schiltigheim, France

^b Département de santé publique, secteur biostatistique et méthodologie, hôpitaux universitaires de Strasbourg, hôpital Civil, rue de la porte de l'Hôpital, 67000 Strasbourg, France

Reçu le 9 avril 2009 ; avis du comité de lecture le 7 novembre 2009 ; définitivement accepté le 12 novembre 2009
Disponible sur Internet le 14 décembre 2009

MOTS CLÉS

Grossesse extra-utérine ;
Traitement médical ;
Facteurs pronostics

Résumé

But. – Évaluer l'efficacité et l'innocuité d'une politique libérale de traitement médical des grossesses extra-utérines (GEU).

Matériel et méthodes. – Étude rétrospective sur les GEU prise en charge entre janvier 1999 et décembre 2003. Seules les patientes présentant un tableau de rupture ou de prérupture ou refusant un traitement médical étaient traitées chirurgicalement. Les autres patientes ont été traitées par méthotrexate.

Résultats. – Parmi 202 GEU prises en charge, 53 (26 %) ont été traitées chirurgicalement d'emblée, 149 (74 %) par traitement médical. Le taux de réussite du traitement médical est de 83 % (122/147). Le seuil de β -HCG de 2526 UI/l a été retenu avec un taux de succès de 90,7 % si le β -HCG est inférieur versus 68 % si supérieur ($p=0,001$). Une activité cardiaque multiplie par trois le taux d'échec ($p=0,034$). La morbidité du traitement médical est représentée par une augmentation des transaminases dans 18,8 % et par un cas de dermatose sévère (0,7 %). Une patiente sur deux traitées médicalement a nécessité une ou plusieurs hospitalisations.

Conclusion. – L'élargissement du traitement médical dans notre population à 74 % des GEU donne un taux de réussite élevé avec 83 % de succès.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : olivier.garbin@sihcus.fr (O. Garbin).

KEYWORDS

Ectopic pregnancy;
Medical treatment;
Prognostic factors

Summary

Objectives. – To assess the efficacy and safety of a liberal policy of medical treatment for ectopic pregnancies (EUP).

Material and methods. – Retrospective study of EUP that received active management between January 1999 and December 2003. Patients with rupture or near-rupture and those who refused medical treatment received surgical treatment. Other patients were treated by methotrexate. *Results.* – Two hundred and two EUP were managed; 26 % were treated surgically, 74 % medically. The success rate of medical treatment was 83 %. A β -hCG threshold of 2526 IU/l was selected. Under this level, the success rate was 90.7 % compared with 68 % when it was higher ($p = 0.001$). Cardiac activity tripled the failure rate. Morbidity with medical treatment consisted of an augmentation in transaminases in 18.8 % and one case of severe dermatosis (0.7 %). Almost half of the patients treated medically required hospitalizations.

Conclusion. – The extension of medical treatment in our population to 74 % of all EUP yielded a high success rate, 83 %.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

« La grossesse extra-utérine, y penser toujours, c'est ne pas y penser assez ». Cet aphorisme d'Henri Mondor est toujours d'actualité car la grossesse extra-utérine (GEU) est encore responsable de décès maternel (10 à 15 % de la mortalité maternelle aux États-Unis) [1]. Son incidence s'est stabilisée ces dernières années aux alentours de 2 % [1–4]. Les principaux facteurs de risques sont les antécédents d'infections pelviennes, de chirurgie tubaire et l'intoxication tabagique. Elle est responsable de stérilité définitive dans 20 à 30 % et récidive dans 10 à 20 % des cas, ce qui en fait un véritable problème de santé publique [5].

Le diagnostic de la GEU est devenu plus précoce grâce au dosage du β -HCG (hormone chorionique gonadotrophine) et à l'échographie endovaginale. Ce dépistage a totalement modifié la prise en charge de la GEU dans nos sociétés : d'une urgence chirurgicale, la GEU est devenue, dans certains cas, une affection médicale. Le traitement de la GEU a en effet évolué en trois phases. Il était initialement chirurgical et réalisé par laparotomie. À partir des années 1980, la prise en charge coelioscopique est devenue le traitement de référence. Depuis la description princeps par Tanaka et al. en 1982 d'une grossesse interstitielle traitée par méthotrexate, le traitement médical de la GEU se présente comme alternative au traitement coelioscopique [6].

Séduit par le traitement médical de la GEU, nous avons, dans notre expérience récente, élargi ses indications. Nous n'avons retenu comme candidates à une chirurgie d'emblée que les patientes présentant un tableau évocateur de rupture de GEU, un syndrome de prérupture ou celles refusant le traitement médical. Dans cette étude, nous avons évalué l'efficacité, les facteurs de succès, l'innocuité et le taux de conservation tubaire d'une politique libérale de traitement médical par méthotrexate dans la prise en charge des GEU non compliquées.

Matériel et méthodes**Type d'étude**

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, réalisée au sein d'un service universitaire de gynécologie, le SIHCUS-CMCO (67300 Schiltigheim, France) du 1^{er} janvier 1999 au 31 décembre 2003.

Recueil de données

La liste des patientes étudiées provient du croisement des données obtenues à partir du registre des GEU tenu par les médecins du service et celles du programme de médicalisation des systèmes d'information de l'établissement. Les données ont été recueillies à partir des dossiers des consultations externes et des dossiers d'hospitalisations des patientes.

Population cible

La population étudiée concerne l'ensemble des patientes ayant bénéficié d'une prise en charge active pour GEU. Le diagnostic de la GEU, évoqué sur signes d'appels cliniques et/ou biologique, reposait sur l'échographie couplée à la cinétique du taux de β -HCG, associé, en cas de doute, à une recherche de villosités choriales par biopsie.

Les patientes présentant un tableau évocateur de rupture de GEU, un syndrome de prérupture ou les patientes refusant le traitement médical ont bénéficié d'un traitement chirurgical. Ces patientes ont été incluses dans le groupe chirurgie d'emblée. Les autres patientes ont bénéficié d'un traitement médical et ont été incluses dans le groupe traitement médical. Pour chaque patiente ont été étudiés : l'âge, les antécédents de GEU, de chirurgie tubaire, de chirurgie pelvienne, d'infertilité, les modalités contraceptives, l'âge gestationnel de la grossesse au moment du diagnostic, si la GEU était issue d'une technique de procréation médicalement assistée, les manifestations cliniques révélatrices. Sur le plan biologique ont été analysés le taux de β -HCG initial, la durée de négativation du β -HCG.

Sur le plan échographique étaient relevés la visualisation ou non de la GEU, la présence ou non d'une activité cardiaque en son sein ainsi que l'existence ou non d'un épanchement du cul de sac de Douglas.

Modalités du traitement

Le traitement chirurgical était une coelioscopie opératoire et le traitement effectué était conservateur ou radical en fonction des constatations peropératoires.

Le traitement médical consistait en une injection de méthotrexate en intramusculaire à la dose de 50 mg/m², après réalisation d'un bilan préthérapeutique (β -HCG, NFS,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3273171>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3273171>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)