



Grossesses de localisation inhabituelle

« Conduite à tenir devant la visualisation ou la non visualisation d'un sac ovulaire avec embryon ou vésicule vitelline »

Décembre 2016

Préambule

La solution pour la sécurité du patient (SSP) « **Grossesse de localisation inhabituelle : conduite à tenir devant la visualisation ou la non visualisation d'un sac ovulaire avec embryon ou vésicule vitelline** » a été initiée puis élaborée par le Collège français d'échographie fœtale (CFEF), à partir des enseignements tirés de l'analyse approfondie d'événements indésirables associés aux soins (EIAS) survenus lors d'examen échographiques et déclarés dans la base de retour d'expérience du dispositif d'accréditation (base REX-HAS) sur la période 2007-2014.

Il est nécessaire de préciser que ces SSP ne sont pas des « recommandations de bonnes pratiques » élaborées à partir de la littérature scientifique. Elles sont élaborées par les professionnels eux-mêmes grâce à un travail collectif qui s'appuie sur une méthode adaptée du consensus d'experts et basée sur une analyse du processus ou de

la prise en charge concernée. Une recherche de la littérature éventuellement disponible est également réalisée.

En effet, afin d'éviter la récurrence d'EIAS, parfois graves, il semble indispensable de pouvoir proposer aux professionnels une solution pour la sécurité du patient, car malgré toutes les mesures de prévention, des complications surviennent.

Les SSP ont pour objectif de renforcer les mesures de prévention et de permettre soit d'annuler les complications (récupération) soit de réduire leur impact (atténuation) en fournissant aux professionnels un outil pratique à mettre en œuvre dans leur quotidien.

Dans le cadre du suivi de cette SSP, toute difficulté rencontrée lors de sa mise en œuvre devra être directement communiquée au promoteur, afin que celui-ci évalue la nécessité de la réviser ou de l'actualiser pour améliorer la sécurité des patients.

La SSP proposée dans ce document par le CFEF est conçue pour des consultations motivées par des métrorragies, des douleurs pelviennes ou des aménorrhées :

- en obstétrique pour l'échographie du premier trimestre de la grossesse ;
- en gynécologie.

Promoteur de la solution pour la sécurité du patient relative aux grossesses de localisation inhabituelle : le Collège français d'échographie fœtale (CFEF), organisme agréé d'accréditation des médecins et des équipes médicales.

Introduction

La mortalité maternelle en France par grossesse extra-utérine est de 2 cas recensés par an, ce taux est probablement sous-évalué (Inserm). La prévalence des grossesses extra-utérines (GEU) est de 2/100 naissances (soit 16 000 cas/an).

Les « grossesses de localisation inhabituelle », objet de la présente étude, dépassent le cadre des « grossesses extra-utérines ». En effet, on distinguait classiquement les grossesses ectopiques tubaires, ovariennes et abdominales. Cependant, de nouvelles problématiques spécifiques quotidiennes sont à prendre en considération.

La grossesse extra-utérine est pourvoyeuse d'une complication grave, voire mortelle, avec la survenue brutale d'un hémopéritoine majeur. De nombreux cas rapportés dans la base de retour d'expérience (base REX) des spécialités de gynécologie-obstétrique et d'échographie obstétricale concernent principalement la prise en charge en urgence de cette complication. L'analyse de 187 événements indésirables associés aux soins (EIAS) signalés et enregistrés dans cette base de données a permis d'acquérir des connaissances sur le risque majeur redouté (l'hémopéritoine).

Il est apparu intéressant de se positionner en amont de cet événement indésirable grave et de préciser les critères échographiques permettant de suspecter les « grossesses de localisation inhabituelle » dont la surveillance et la prise en charge plus précoces pourraient être bénéfiques en matière de morbidité maternelle et de préservation de la fertilité ultérieure.

La démarche proposée est préventive et diagnostique. Elle repose sur des actions organisationnelles, techniques, humaines, et procède par étapes successives en fonction des signes échographiques (arbre décisionnel). Elle met l'accent sur les « alertes échographiques » incontournables.

La démarche doit s'appliquer en tenant compte de chaque patiente, tout en s'articulant autour du questionnement suivant :

« Y a-t-il visualisation d'un sac ovulaire avec embryon ou vésicule vitelline ? »



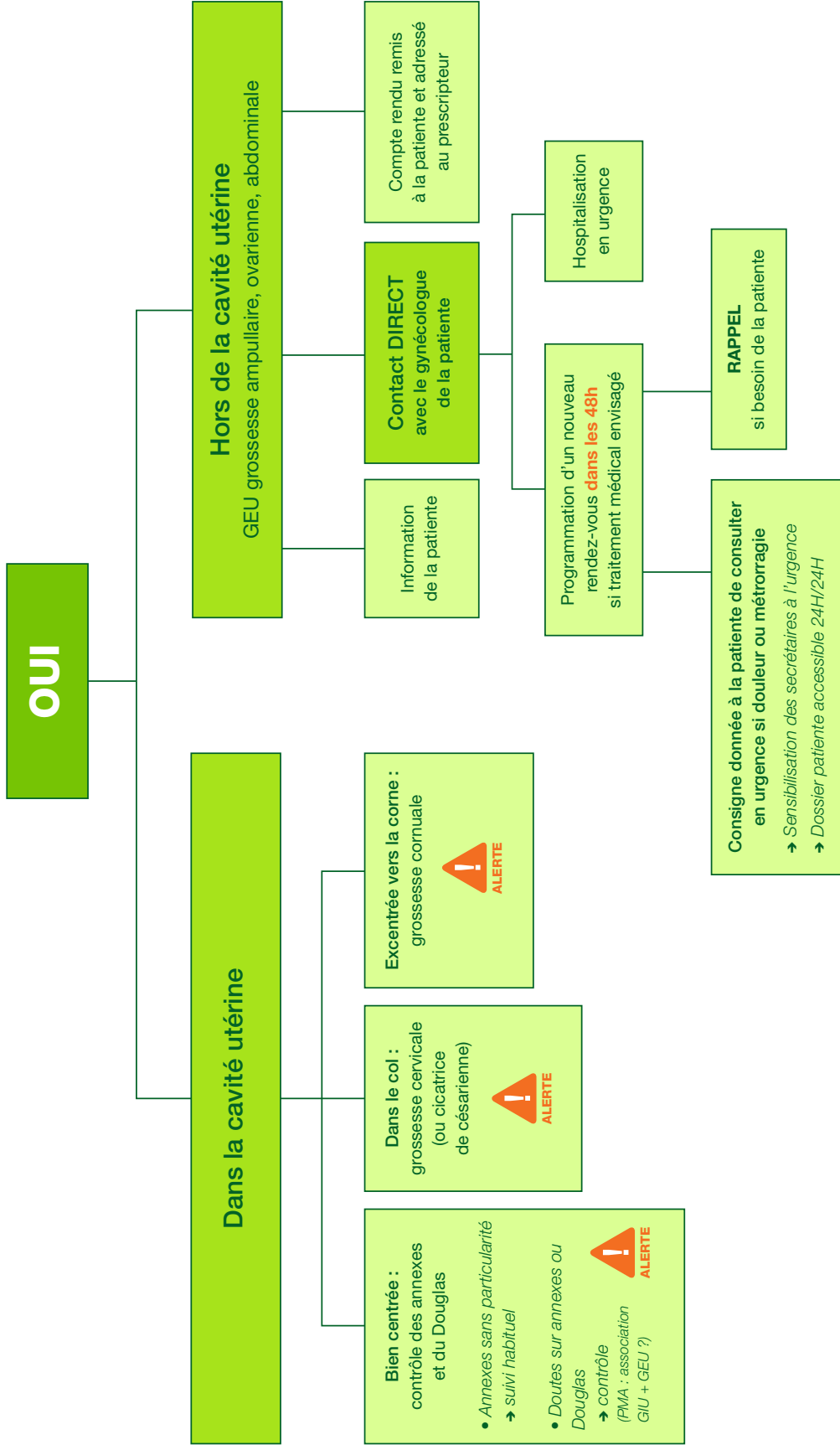
Cette solution pour la sécurité du patient est conçue pour des consultations motivées par des métrorragies, des douleurs pelviennes ou des aménorrhées :

- en obstétrique pour l'échographie du premier trimestre de la grossesse ;
- en gynécologie.

Les Prérequis

- Recommandations du Comité national technique (CNT) en échographie fœtale.
- Recherche des antécédents et facteurs de risques.
- Dossier patient immédiatement accessible en cas de besoin.
- Repérage des patientes à risque afin de donner un rendez-vous en urgence aux patientes à risque de grossesse de localisation inhabituelle (formation du personnel administratif).

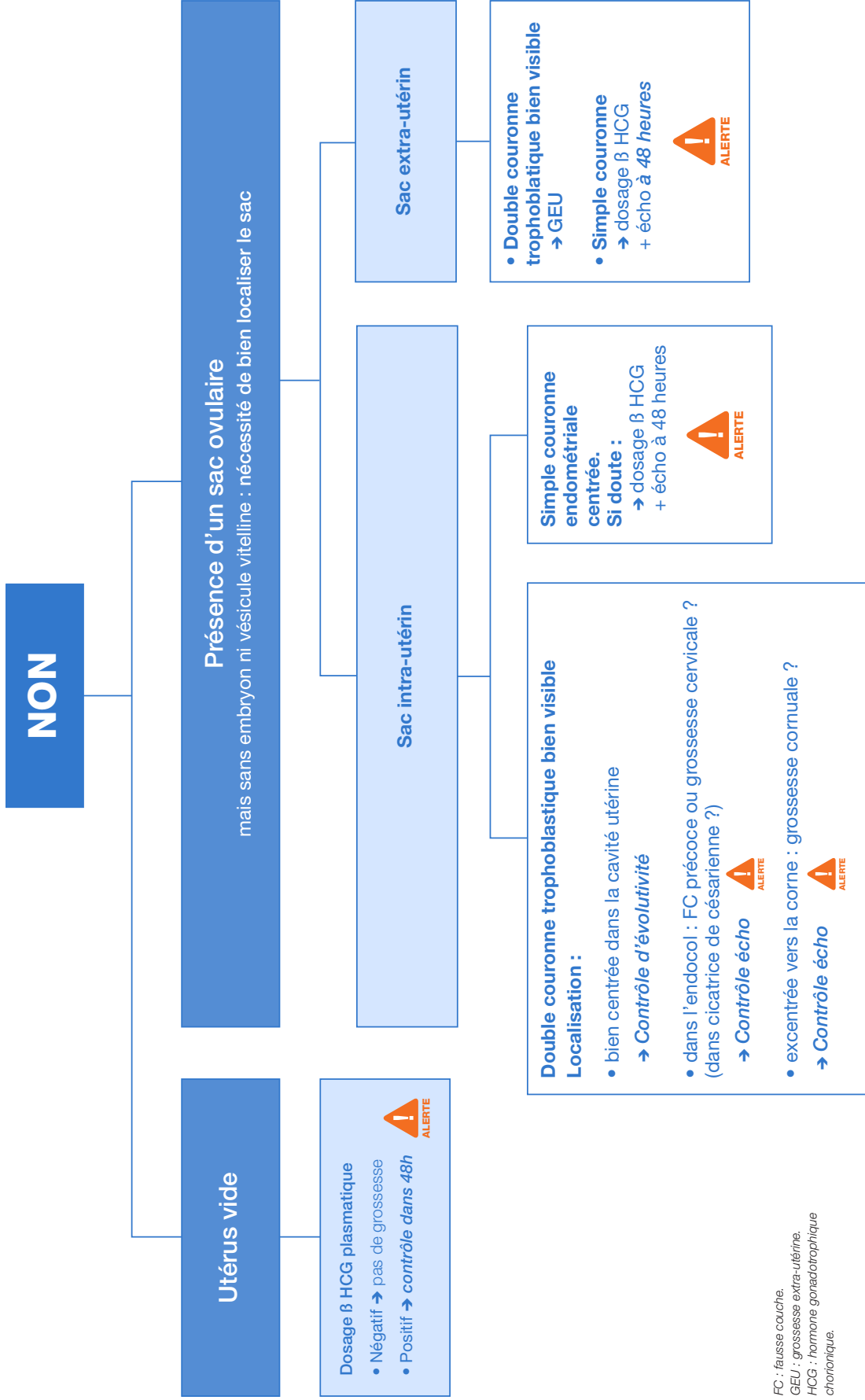
Y a-t-il visualisation d'un sac ovulaire avec embryon ou vésicule vitelline ?



GEU : grossesse extra-utérine.
GIU : grossesse intra-utérine.

Lors de la réalisation de l'échographie par voie abdominale vessie pleine et par voie endo-vaginale vessie vide, utilisation systématique du Döppler (avec compte rendu détaillé et iconographie).

Y a-t-il visualisation d'un sac ovulaire avec embryon ou vésicule vitelline ?



FC : fausse couche.
GEU : grossesse extra-utérine.
HCG : hormone gonadotrophique chorionique.

Lors de la réalisation de l'échographie par voie abdominale vessie pleine et par voie endo-vaginale vessie vide, utilisation systématique du Döppler (avec compte rendu détaillé et iconographie).

Compte rendu d'échographie minimum en gynécologie début de grossesse¹ (avant l'échographie obstétricale du premier trimestre)

Identification du praticien effectuant l'échographie

- Nom.
- Prénom.
- Adresse.
- Téléphone.

Identification de la patiente

- Nom.
- Prénom.
- Date de naissance.

Identification du demandeur de l'examen s'il n'est pas le praticien lui-même

Indication de la machine utilisée

- Marque.
- Type.
- Date de première mise en circulation.

Informations initiales

- Date de l'examen.
- Date des dernières règles (ou jour du cycle) ou ménopause oui/non.
- Indication de l'examen.
- Voie d'abord utilisée : abdominale et/ou endocavitaire.
- Difficultés techniques oui/non.
Si oui, lesquelles :

Contenu de l'examen

UTÉRUS

- Antéversé/rétroversé/intermédiaire.
- Épaisseur de l'utérus.
- Longueur de l'utérus avec le col.
- Contours réguliers oui/non.
- Aspect homogène oui/non.

CONTENU UTÉRIN

- Nombre de sacs gestationnels.
- Nombre d'embryons visibles.
- Activité cardiaque pour chaque embryon oui/non.
- Localiser le(s) sac(s) gestationnel(s).

1. Directive qualité du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens français (CNGOF) – Compte rendu d'échographie minimum en gynécologie.

Annexe (suite)

- Mesure du sac gestationnel intra-utérin.
- Il ne s'effectue qu'en cas d'absence d'embryon visible.
- Il s'effectue par la mesure des trois axes.
- Il s'effectue à la limite de la zone anéchogène.
- En l'absence d'embryon visible.
Vésicule vitelline : oui/non.
- La mesure de(s) l'embryon(s).
Elle doit être la longueur crânio-caudale en coupe sagittale, en plaçant les calipers de mesure sur le bord externe de la partie crâniale et de la partie caudale de l'embryon.
- Aspect habituel du trophoblaste : oui/non.

OVAIRES

- Deux ovaires visibles oui/non.
- Si un ovaire est non visualisé, indiquer le côté.
- Présence d'une image kystique ovarienne (> 30 mm) ou latéro-utérine oui/non.
- Mesure du plus grand axe de chaque ovaire.

ÉPANCHEMENT

- Oui/non.
Si oui, localisation.

CONCLUSION

Différentes possibilités en accord avec les RPC de 2013 :

- grossesse intra-utérine (GIU) normalement évolutive de X SA ;
- GIU d'évolutivité incertaine de X SA ;
- GIU arrêtée précoce de X SA ;
- pour les multiples : préciser la chorionicité ;
- grossesse de localisation indéterminée avec/sans épanchement intra-abdominal ;
- grossesse ectopique (latéralité) (localisation) avec/sans épanchement intra-abdominal.

L'ICONOGRAPHIE

- Toute mesure effectuée.
- Image attestant formellement de la chorionicité si grossesse multiple.

Important

Les SSP produites par les organismes agréés et publiées par la Haute Autorité de Santé (HAS) sont élaborées selon les procédures et règles méthodologiques de la HAS.

Cette solution pour la sécurité du patient (SSP) satisfait aux critères de la grille d'évaluation de la qualité d'élaboration des SSP de type 2.

La conformité à ces critères a été évaluée par 4 évaluateurs issus de 4 organismes agréés d'accréditation différents et n'appartenant pas au CFEF-Échorisq.

Pour en savoir plus

**Collège français d'échographie fœtale
(CFEF-Echorisq)**

Accréditation des médecins

accreditation@cfef.fr

www.cfef.org



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

www.has-sante.fr

5 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00