UNIVERSITE DU MALI
FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE (FMPOS)

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

ANNEE ACADEMIQUE 1996 - 1997

N°

TITRE

GROSSESSE ABDOMINALE AU C.H.U. GABRIEL TOURE (A PROPOS DE 12 CAS)

THESE

PRESENTEE ET SOUTENU PUBLIQUEMENT LE ..... A ..... HEURES
DEVANT LA FACULLTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

PAR

SOUMANA OUMAR TRAORE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

JURY

PRESIDENT : PROFESSEUR AMADOU I. DOLO
MEMBRES : DOCTEUR SY AISSATA SOW
DOCTEUR DICKO ALMAHADI

DIRECTEUR DE THESE : DOCTEUR SALIF DIAKITE

ADMINISTRATION

DOYEN : **MOUSSA TRAORE** - PROFFESSEUR
1er ASSESSEUR: **AROUNA KEITA** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
2 ème ASSESSEUR: **ALHOUSSEYNI AG MOHAMED**- MAITRE DE CONFERENCES AGREGE
SECRETAIRE PRINCIPAL: **BAKARY CISSE** - MAITRE DE CONFERENCES
AGENT COMPTABLE: **MAMADOU DIANE** CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-Traumato.Sécourtisme
Mr Souléymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecin Interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Ortho-Traumatologie, **Chef de D.E.R.**
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGE

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Abdoulaye K. DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aïssata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Abdoulaye L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mme DIALLO Fatima S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Sékou SIDIBE	Ortho. Traumatologie
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Tiéman COULIBALY	Ortho. Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Adama SANGARE	Ortho-Traumatologie
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme KONIPO Fanta TOGOLA	ORL
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Ibrahim ALWATA	Ortho. Traumatologie
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale

D.E.R. DES SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie-Virologie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Path. Histoembryologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique
Mr Yéya T. TOURE	Biologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie, **Chef de D.E.R.**
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGE

Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yénimégué A. DEMBELE	Chimie Organique
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr N'yenigue Simon KOITA	Chimie Organique
Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériolgie
Mr Bénoit KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Physiologie

5. ASSIATANTS

Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Méd. Int.
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, **Chef de D.E.R.**
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGE

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-phtysiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardilogie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastroenterologie

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastroenterologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Séydou DIAKITE	Cardiologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Diankiné KAYANTAO	Pneumologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie

Mr Mamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie

3. ASSISTANTS

Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Cheick Oumar GUINDO	Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGE

Mr Arouna KEITA	Matière Médicale
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie, **Chef de D.E.R.**

4. MAITRE ASSISTANT

Mr Drissa DIALLO	Matières médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique, **Chef de D.E.R.**

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAIGA	Santé Publique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE	Anthropologie
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Bakary I. SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Nyamanto DIARRA	Mathématiques
Mr Mamadou Bocary DIARRA	Cardiologie

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr A.E. YAPO	BIOCHIMIE
Pr M.L. SOW	MED. LEGALE
Pr D. BA	BROMATOLOGIE
Pr M. BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr B. FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr Eric PICHARD	PATHOLOGIE INFECTIEUSE

ABREVIATIONS

GEU = Grossesse extra-utérine
G A = Grossesse abdominale
Coll = Collaborateurs
IIRe = Secondaire
IVG = Interruption Volontaire de grossesse
ASP = Abdomen sans préparation
CHU = Centre Hospitalier Universitaire
ESS = Ecole Sécondaire de la Santé
EIPC = Ecole des Infirmiers du Premier Cycle
BCF = Bruits cardiaques foetaux
MAF = Mouvements actifs foetaux
IVD = Intra-Veineuse directe
SA = Semaine aménorrhée
+ ou - = Plus ou moins
IV = Intra-Veineuse
IM = Intra-musculaire
- = négatif
+ = Positif
HU = hauteur utérine
BIP = Bi-pariétal
VAT = vaccin anti-tétanique
TE = Test d'EMMEL
DDR = Date des dernières règles
PA = Pression artérielle
TA = Tension artérielle
ECBU = Examen Cyto-Bactériologique des Urines
ABOSAC = Centre de Santé Communautaire de Bozola
HSG = Hystérosalpingographie
IMSO = Incision Médiane Sous Ombilicale
TV = Toucher Vaginal
f = Normal
Ù = Augmenté
£ = Diminué
gr = gramme
ECHO = Echographie
Radio = Radiographie

DEDICACES

A MA MERE SAMOUSSE MARIAM DIARRA

Les mots certes me manquent pour qualifier l'amour que tu as manifesté à l'égard de tes enfants.

Très chère maman tu es et tu demeureras une mère type idéale, le modèle admirable de dévouement, de courage, d'amour et de probité.

Combien de fois tu as parcouru les centaines de Kilomètres qui nous séparent pour m'apporter soutien , courage et assistance

Reçois ce labeur comme l'expression de ma profonde gratitude

Que le Bon Dieu, te prête longue et heureuse vie.

A MON PERE OUMAR PANWORO TRAORE

Tu as toujours soutenu tes enfants à surmonter les étapes les plus difficiles de leur vie

Il m'est aujourd'hui impossible de quantifier tes multiples efforts loués pour ma cause.

Reçois ce modeste travail comme l'expression de toutes mes reconnaissances. Que le Miséricordieux, le tout miséricordieux t'accorde longue et heureuse vie.

A MA FAMILLE ADOPTIVE : Mon cousin maternel Lewa Ibrahim TRAORE, et ses femmes Tyhan TRAORE et Aminata : Vous m'avez éduqué dès mon bas âge et cela sans distinction avec vos enfants.

Vous m'avez assisté sur tous les plans pendant les étapes les plus sombres de ma vie scolaire et estudiantine.

Je ne vous oublierai jamais.

Acceptez ce travail comme l'expression de ma profonde reconnaissance.

A MES GRAND-MERES FEUES OUSSE ET NANH

Vous qui avez guidé mes premiers pas à l'école française. Je suis aujourd'hui fier de dédier à vos mémoires respectives ce modeste travail.

Que le tout puissant vous réserve toute la fraîcheur de son paradis.

A MES GRANDS-PERES FEUS DAH ET LOGALO

Trouvez ici l'expression de ma plus grande gratitude.

A mes Oncles, Tantes et Marâtres

A mes Frères, Soeurs, Cousins et Belles-Soeurs, Cousines

Trouvez l'expression de ma plus grande sympathie.

A tous mes promotionnaires pour le souvenir des années passées ensemble.

A mes neveux et Nièces

A mes amis d'enfance et d'école en souvenir de l'enfance passée ensemble.

A mes amis et collègues internes du CHU Gabriel Touré et du Service: DESSE, ALOU, BOIRE, B.A. DIALLO, M. DIARRA, L. DIARRA, S. BAGAYOGO, K. KONE

A tous les Etudiants et Etudiantes de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'odonto-Stomatologie du Mali.

A tous mes amis

A mes logeurs, et aux familles DIA et DIALL

A l'ensemble de la direction et de tout le personnel du centre hospitalier universitaire du Gabriel TOURE

REMERCIEMENTS

Au Seigneur le tout puissant, le maître du monde et de l'au-delà

Au nom de Dieu, le miséricordieux, le tout miséricordieux

" C'est toi que nous adorons et c'est vers toi que nous implorons secours. Guide-nous vers le droit chemin, le chemin de ceux que tu as comblés de bienfaits non pas de ceux qui ont encouru ta colère ni de ceux qui s'égarent "

Au Docteur : Oumar chérif Haidara, gynécologue obstétricien au CHU Gabriel TOURE

Au Docteur Garba Hamadou CISSE, Gynécologue Accoucheur, Promoteur de la clinique LAC TELE

A mes encadreurs et amis : Docteurs

Pléah, Wane Assétou N'DIAYE, DAO Amal KEITA, KAMISSOKO Awa SAMAKE, TRAORE Fanta KOITA;

Abdrahamane SAMAKE, Mohamed THIERO, Sanoussy SANGHO, Samba SYLLA, Isac YOMBI, Alassane TRAORE, Idrissa KONATE, Abdoul Salam DRAME, Abdoul Karim TRAORE, TANGARA, Oumou TRAORE, DIALL, Elisabeth, Kadiatou SINGARE, OUMOU Médine, Kané, J. Théra, S. Dakouo, Mme SOW Djénéba SYLLA, Aminata Diakité, F. BAH, à YATTARA, Mme COULIBALY;

A Toutes les sages femmes du service de gynéco-obstétritique du CHU Gabriel TOURE.

Au Major du bloc et à tous les aides-chirurgiens du bloc opératoire du service.

A la sage-femme maîtresse et à toutes les sages-femmes et infirmières obstétriciennes du service de gynécologie obstétrique du CHU Grabriel Touré.

Aux Majors et à tous les infirmiers et infirmières de la section gynécologie et de la section césarienne.

A tous les Garçons de salle du service.

A tout le personnel de la DNSI (Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique) et plus particulièrement à Soumana TRAORE "le Sauveur".

A nos juges

A NOTRE PRESIDENT DU JURY

Le Professeur Amadou Ingré DOLO

Vous êtes maître de conférences, le premier agrégé en gynéco obstétrique en République du Mali.

Président de la Société Médicale du Mali.

Chef de Service de la gynéco-obstétrique de l'Hôpital National du Point "G"

Votre réputation et votre talent de gynécologue obstétricien sont unanimement reconnus;

Votre rigueur dans le travail et votre abord méthodique;

Votre courage font de vous une personnalité exemplaire.

En nous honorant de votre présence comme président de notre jury, vous nous donnez l'occasion de vous exprimer notre profond respect, de vous présenter nos sincères remerciements.

A notre Maître et juge

Docteur SY Aïssata SOW, Maître de conférences gynécologue obstétricienne chef de service de la PMI de Missira (Protection, Maternelle et Infantile).

Au cours de notre formation nous avons eu à apprécier vos démarches scientifiques, professionnelles, votre courage et surtout votre souci ardent d'octroyer aux étudiants une formation de meilleure qualité.

Vous avez accepté malgré vos multiples occupations de siéger parmi notre jury, c'est pour nous à la fois un honneur et un grand plaisir.

Soyez assurée de toute notre reconnaissance.

A notre maître et juge :

Au Dr. ALMAHADI DICKO, Docteur PHDI gynécologue obstétricien, Chef de Service de la gynécologie obstétrique du CHU Gabriel TOURE

Vous nous avez accueilli simplement dans votre service et nous avons profité de votre double expérience, gynécologue obstétricien et d'humaniste fait.

Votre attitude de laisser faire et de laisser aller sous un oeil vigilant font de vous un grand formateur.

Vous avez été d'un apport capital dans l'élaboration de cette thèse. Recevez ce travail comme l'expression de notre sincère reconnaissance et de nos profonds respects.

A NOTRE DIRECTEUR DE THESE

Docteur Salif DIAKITE, maître de conférences, gynécologue accoucheur au service de gynécologie obstétrique au CHU Gabriel TOURE.

En faisant sous votre direction nos premiers pas en gynécologie obstétrique, nous avons été conquis par votre maîtrise à la fois de cette science et de l'art de l'enseigner.

Plus tard, vous avez accepté de nous confier ce sujet de thèse. Malgré vos multiples occupations, vous avez tenu à garder un oeil critique sur son évolution. C'est là une grande qualité entre autres pour laquelle tous vos élèves vous devront une reconnaissance éternelle.

En dépit de tout ce lourd fardeau, de stress et de l'âge qui pèsent sur vous, vous n'avez jamais cessé d'être sur le qui-vive.

Vous avez tout le temps médité sur le sort des pauvres. Toujours sur le champs de bataille pour l'égalité la justice le respect de l'un et de l'autre et celui dû aux aînés.

C'est le moment de vous présenter cet hommage mérité.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

Selon AHYI AKPE (1) la grossesse abdominale d'une manière générale se définit comme une GEU où la nidation et le développement de l'oeuf ont lieu dans la cavité péritonéale en dehors de la muqueuse tubo-utérine, au contact des anses intestinales dont l'évolution atteint ou dépasse cinq mois.

Elles constituent avec les grossesses ovariennes et cervicales les formes les plus rares des grossesses ectopiques.

Selon ROBERT MERGER (41), la très grande fréquence des localisations tubaires (1 cas sur 300 grossesses) entraîne une tendance à croire que toute grossesse extra-utérine est d'origine tubaire (elle qui d'ailleurs représente 96% des grossesses extra-utérines). Cependant toute grossesse à son début est extra-utérine disaient Robert MERGER et ses collaborateurs (41) pour qui la fécondation a eu lieu dans le tiers externe des trompes.

La grossesse abdominale décrite depuis très longtemps est encore de Pathogénie mystérieuse, mais dans laquelle le rôle de la trompe est démontré par l'étonnante fréquence que les grossesses ectopiques surviennent chez les femmes traitées pour obstruction tubaire (stérilité tubaire).

Robert MERGER et ses collaborateurs (41) estiment la fréquence de la GA à 1-2% de l'ensemble des GEU, 1/21 439 accouchements pour SFAR E (42) et ses collaborateurs dans leurs travaux de 1981 - 1990.

Inadmissible qu'un oeuf se nide et se développe en dehors de la cavité utérine pour Mauriceau en 1669 comme plusieurs autres, les auteurs finissent par admettre et même d'expliquer le processus d'implantation et le développement de oeuf en dehors de la cavité utérine, notamment dans la cavité abdominale.

Les travaux de VEIT en 1903 et de STUDDIFORD (45) en 1942 auront permis de faire la lumière sur certains contours de la question. Ces travaux aboutiront à la classification des grossesses abdominales en deux catégories: Primitive et secondaire. Une classification qui d'ailleurs reste valable de nos jours.

Le diagnostic est le plus souvent difficile compte tenu du polymorphisme clinique du tableau qui varie en fonction de l'âge et du siège de la grossesse abdominale.

L'évolution jusqu'à terme sans incident est rare mais possible. Ainsi, le diagnostic est posé ou soupçonné en salle d'accouchement après échec des multiples tentatives de stimulation et d'accouchement par les voies naturelles (voie basse) indiquées.

Les techniques d'exploration modernes telles que l'échographie et surtout la coelioscopie aident beaucoup au diagnostic. En effet la coelioscopie reste et demeure l'examen clé du diagnostic d'une GEU à ses débuts.

L'attitude thérapeutique devant une grossesse abdominale confirmée est et reste l'intervention chirurgicale (laparotomie) et cela, quelque soit l'âge de la grossesse, même si la coelio-chirurgie donne aujourd'hui de bons résultats.

L'élément fondamental de cette intervention chirurgicale reste et demeure le sort réservé au placenta. De nos jours, le praticien reste dans ce dilemme: faudrait-il laisser le placenta sur place avec ses risques d'hémorragie, d'infection ou de dégénérescence maligne? Ou l'enlever au risque de provoquer des hémorragies massives parfois difficiles à contrôler?

Le Pronostic: seul un diagnostic précoce dont il ne faut pas méconnaître les difficultés cliniques permet d'être conservateur au maximum. Il est maternel et foetal.

Autrefois fatal (ou lethal), le Pronostic de la grossesse abdominale se trouve fortement amélioré et cela grâce aux nombreuses performances en matière de réanimation et de techniques chirurgicales.

Tout cet ensemble a contribué à une amélioration du pronostic maternel avec un taux de décès qui passe de 88,8% pour la période de 1816 - 1886 à moins de 5% au début des années 1960 selon les statistiques de AHYI AKPE B (1).

Quant au pronostic foetal il reste toujours réservé, car les cas de nouveau-nés vivants sans malformation constituent une exception dans la grossesse abdominale.

En Afrique Noire, aujourd'hui, comme très longtemps la grossesse abdominale est vécue comme drame, même en milieu hospitalier.

Cependant, certains de nos états se sont intéressés à la question. Ainsi, les travaux de CORREA P. et coll. en 1965 (à propos de 18 cas (9)), EL HADRAMY DUCROS (15) 1980 (à propos de 75 cas dont 5 cas d'exception) au Sénégal et RENAUD et ses collaborateurs (40) à Abidjan (Côte d'Ivoire) ont permis de cerner les contours de la

grossesse abdominale en milieu Africain. Il apparaît rare présentement dans les pays équipés (Europe et Amérique du Nord) mais fréquente dans nos états où elle est de plus en plus diagnostiquée et prise en charge.

Ces différents auteurs ont tiré sur la sonnette d'alarme dans les pays ouest africains (dont le notre) où on rencontre des grossesses abdominales méconnues et où les femmes en meurent tragiquement en brousse avant même l'établissement du diagnostic.

Le Mali, ne fait pas exception à cette règle des pays Africains.

Jusqu'à nos jours au Mali aucune étude statistique fiable du point de vue scientifique n'aura été réalisée dans aucun hôpital national.

Cependant, les praticiens: Spécialistes gynéco-obstétriciens, sages-femmes, chirurgiens généralistes, Médecins généralistes rencontrent chaque année des cas.
Devant l'importance de la question et l'absence d'études scientifiques, statistiques, le service de gynéco-obstétrique du centre hospitalier universitaire Gabriel TOURE à travers la faculté de Médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie, a décidé pour la première fois de s'intéresser à cette question de la grossesse abdominale.

LES OBJECTIFS

OBJECTIFS GENERAUX :

Etudier les grossesses abdominales

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer la fréquence
- Déterminer les signes cliniques et les modalités diagnostiques
- Faire part des différentes conduites à tenir
- Déterminer le pronostic maternel et foetal.

RAPPELS HISTORIQUES ET GENERALITES

GROSSESSE ABDOMINALE

RAPPELS HISTORIQUES

La grossesse abdominale n'est pas un fait nouveau, car longtemps décrite depuis les temps les plus reculés de l'histoire de l'humanité.

Le premier cas, a été rapporté au point de vue scientifique, par un Médecin Arabe de Cordoue Al BUCASSIS c'était entre (1013 - 1106).

Dans son encyclopédie intitulé "AL TASRIF" il rapportait le cas d'une femme qui avait fait une première grossesse arrêtée non suivie d'expulsion.

Une 2ème grossesse surviendra chez la même femme. Ce foetus mourra et ne sera pas aussi expulsé.

Plus tard la même femme fera un abcès de la paroi abdominale avec rupture et expulsion de nombreux petits os appartenant aux foetus, la guérison se fera au prix d'une fistule ombilicale élargie.

Cinq siècles plus tard, soit en 1595, SPRACH I et collaborateurs avec PLATEURS F. BAUHINCH et CORDAEUSM éditèrent " le gynaecorium " dans lequel se trouvaient relatés les faits suivants:

- En 1500 Jacob RUFFER châtreur de profession venait de réussir le 1er cas de laparotomie sur sa femme porteuse d'une grossesse à terme, dont l'accouchement par voie basse s'est avéré impossible.

A la laparotomie il tombe sur une grossesse en situation abdominale, dont il extrait le foetus, et la mère aussi bien que le nouveau-né survécurent.

- Toujours pendant la même période on retrouve dans le ventre d'une vieille femme de 71 ans morte, un foetus pétrifié qui remontait à 31 ans.

- Ch-BAIN, venait d'extraire du ventre d'une femme un squelette, c'était en 1540.

- Un foetus à moitié pétrifié sera extrait par CORNAX en 1545 à la faveur d'une fistule ombilicale qu'il élargit.

- En 1594, un autre auteur du nom de PRIMROSE rapportait un cas de grossesse abdominale bien détaillé qui se soldera par un abcès de la paroi et une issue foetale. Trois ans plus tard un foetus vivant sera extrait chirurgicalement chez cette même femme des suites d'une grossesse abdominale.

Dans tous ces cas de grossesse abdominale rapportés aucune explication ne sera donnée.

Il faut attendre le XVIIème siècle pour voir quelques rares chercheurs dans les 1ères tentatives à expliquer la survenue de cette grossesse abdominale, "ce phénomène".

Ainsi en 1669, MAURICEAU écrit: la génération de l'enfant est possible vers l'un des coins de la matrice où aboutit le vaisseau déférent éjaculatoire appelé tuba. Mais il est possible qu'elle se fasse dans ce vaisseau même. Les semences de l'homme et de la femme étant des liqueurs ne pouvant s'arrêter dans les conduits de la trompe, car elles seraient aisément sorties par l'une de ses extrémités".

DIONIS P en 1719 ira beaucoup plus loin que MAURICEAU, car il admettra non seulement la possibilité de la grossesse tubaire mais aussi son évolution vers une éventuelle grossesse abdominale: l'oeuf étant trop gros où le diamètre de la trompe trop petit, l'oeuf s'arrête et prend racine sur place, et ayant même communication avec les vaisseaux sanguins de la trompe que celle qu'il aurait eu avec ceux de l'utérus. S'il était tombé, il est nourri et se développe à tel point que, les parois de la trompe incapable de se dilater comme celle de l'utérus, la trompe se rompt enfin et le foetus tombe dans la cavité abdominale quelques fois il reste mort pendant des années et d'autres fois il cause la mort de la mère en brisant sa prison".

Ainsi DIONIS n'évoquera nulle part la possibilité d'une grossesse abdominale évoluant à terme, la mort foetale survenant obligatoirement à partir du moment où la rupture tubaire est consommée.

En 1723, HOUSTON R, croyait bien être tombé sur une grossesse à localisation abdominale " l'utérus ne pouvait contenir un foetus à terme et l'accouchement était impossible car le foetus se trouvait non dans l'utérus mais entre l'utérus et les intestins ". La patiente refusa l'opération.

En 1766 LEVRET apporte la lumière sur l'évolution de la grossesse abdominale "lorsque le foetus a pris croissance dans le ventre, hors de la matrice, la femme entre ordinairement, mais infructueusement, en travail au temps marqué par la nature pour sa délivrance, et le foetus cesse pour l'ordinaire de vivre peu de temps après.

Les mêmes phénomènes arriveraient vraisemblablement lorsque le foetus est renfermé dans la trompe et dans l'ovaire, s'il pouvait y rester jusqu'au 9ème mois de la grossesse, mais il déchire ordinairement les enveloppes avant ce terme, et la mère périt d'hémorragie avec son foetus dans le ventre".

Depuis ces précisions de DIONIS, seul l'abord thérapeutique subira des modifications notables.

C'est ainsi que l'élytrotomie sera inaugurée par KING J. en 1817 comme la 1ère étape des progrès thérapeutiques en matière d'abord de la grossesse abdominale. Avec cette élytrotomie, la 1ère du genre, KING J réussira à sauver une mère et son foetus.

Mais la chance ne sourira pas à tous les praticiens car BAUDELOCQUE en 1832 perdra sa patiente lors de son opération.

En 1878 SPTEGELBERG s'intéressera plutôt aux aspects anatomopathologiques en voulant préciser les critères définissant une grossesse abdominale.

En 1884, LAWSON - TAIT dans "The British Médical Journal" refusera d'admettre toute possibilité de survenue de grossesse abdominale primitive. "Je ne peux admettre que l'ovule fécondé soit capable de germer dans la cavité abdominale tant est considérable le pouvoir d'absorption de cette séreuse. Les cas décrits sous le nom de grossesse abdominale sont évidemment exceptionnels, ils se rapportent à des grossesses tubaires avec obstruction de la trompe et rupture vers le 3ème mois, le foetus tombant dans le péritoine, tandis que le placenta en se développant dépasse la trompe et prend insertion sur les organes voisins, péritoine et l'épiploon. La très grande majorité des grossesses ectopiques vient donc de la trompe".

Cette position de croyance irréductible de LAWSON-TAIT sera nuancée par GUBB l'un de ses élèves qui en 1892 précise: "je n'admets pas que l'oeuf, fraîchement séparé de la trompe, ne puisse se créer de nouvelles attaches vasculaires".

Au congrès de WURTZBOURG en 1903, un cas de grossesse abdominale primitive, où l'oeuf se serait greffé d'emblée sur la séreuse a été rapporté par VEIT. Un des caractères fondamentaux de la grossesse abdominale sera mis en exergue par JACQUIER en 1919 lorsqu'il venait de poser le diagnostic d'une grossesse extra-utérine mais à l'intervention il constata l'intégrité des annexes.

Un cas de grossesse abdominale primitive évoluant jusqu'à terme sera rapporté par BECKERS en 1922 dans le bulletin de gynécologie et obstétrique.

CORNELL et CASH en 1934 et MASON en 1940, tenteront de codifier le traitement de la grossesse abdominale mais et surtout la conduite à tenir devant le placenta.

MATTINGLY et STUDDIFORD en 1942

Le 1er envisage, le diagnostic radiologique de la grossesse extra-utérine d'une façon générale tandis que le 2nd élabore des critères anatomiques précis pour le diagnostic de la grossesse abdominale primitive.

Un cas de localisation rare de la grossesse abdominale au niveau de la rate sera rapporté par KUSHNER en 1946.

En 1953, une proposition dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine par l'artériographie fémorale rétrograde a été faite par MAYER.

En 1956, un cas de perforation recto-sigmoïdienne lors d'une grossesse abdominale a été rapporté par GANDAR et GAGNIERE (21).

GRESTE pendant la même année venait de publier une étude détaillée de la grossesse abdominale avec un nouveau-né vivant sur neuf cas observés au total.

Incroyable mais vrai, car il s'agit là d'une étude scientifique: c'est le cas d'une grossesse abdominale observée chez une femme qui avait subi une hysterectomie. subtotale avec conservation des annexes qui a été rapportée par ADAMS.

En 1987 RATNA SANYA et collaborateurs rapportent un cas de grossesse abdominale secondaire à la rupture d'une ancienne cicatrice d'hystérectomie subtotale avec conservation des annexes.

En 1966 un danger du placenta laissé in situ sera rapporté par JACKSON RL (28). Ce dernier rapporte un cas de chrorio-épitheliome observé chez une femme après une grossesse abdominale avec placenta laissé en place.

En 1965, HRESHCHYSHYN a prouvé la possibilité de fécondation intra-péritonéale suivie de grossesse abdominale chez la souris.

En 1965 à Dakar CORREA P. et collaborateurs (19) ont insisté sur l'absence des ligaments ronds comme étant un élément important de diagnostic clinique.

En 1966 HOULNE et coll (25) ont incriminé les conditions de sous développements socio-sanitaires des régions concernées à propos de 21 cas colligés en cinq ans.

TAN K. L. en 1971 (46) rapporte le 1er cas de grossesse abdominale récidivante, consécutive.

En 1974, SAFARI cite des auteurs anglais ayant décrit le 1er cas mondial d'une grossesse abdominale rétro-péritonéale en 1973.

REVUE ET LITTERATURE

DEFINITION

La définition clinique de la grossesse abdominale a été l'objet de plusieurs formulations. Valable comme tant d'autres nous retenons la définition donnée par AHYI AKPE (1) " la grossesse abdominale est une grossesse extra-utérine où la nidation et le développement de l'oeuf ont lieu dans la cavité péritonéale hors de la muqueuse tubo-utérine, en contact des anses intestinales".

Cette grossesse comme décrite dans la littérature peut évoluer jusqu'à terme ou tout au moins atteindre ou dépasser 5 mois. Elle est le plus souvent secondaire mais peut être primitive.

I CLASSIFICATION CLINIQUE

La grossesse abdominale est le plus souvent secondaire à un avortement tubo-abdominale, mais elle peut être dans quelques rares cas primitive.

A. La grossesse abdominale primitive

Elle a été bien scindée grâce aux travaux de VEIT en 1903. Selon cet auteur la grossesse est dite abdominale primitive si elle répond aux critères suivants:

ñ Absence de lésion au niveau des annexes (Trompe et ovaire).

ñ Existence d'une relation vivante entre oeuf fécondé et le péritoine avec présence d'une réaction déciduale.

ñ Présence d'un oeuf vivant lors de la greffe.

Un autre auteur STUDDIFORD (45) en 1942 venait de formuler des critères que doivent remplir toute GA, des critères qui sont à nos jours valablement admis. Ces critères sont:

ñ Trompes et les ovaires doivent être normaux, sans signe de grossesse récente à leur niveau.

ñ Absence de fistule utéro-péritonéale

ñ Grossesse en rapport exclusif avec la surface péritonéale.

Ces critères seront complétés par HIRST et KNIPE qui disent que le péritoine forme la réflexo de l'oeuf.

B. La grossesse abdominale secondaire

Il s'agit là d'une grossesse primitivement intra-utérine ou extra-utérine au niveau des trompes ou de l'ovaire et dont le passage péritonéale s'effectue de façon secondaire selon plusieurs mécanismes.

. Grossesse tubaire surtout localisée au niveau de la région ampulaire (80 %). Dans ce cas précis, le passage abdominale est le plus souvent dû :

soit à un avortement tubo-abdominal;

soit rarement à une déhiscence tubaire.

. La grossesse peut être au départ intra-utérine dont le passage abdominale se fait à partir d'une brèche utérine dont les origines sont fonctions des antécédents de la patiente, telle une perforation utérine per-IVG.

II. EPIDEMIOLOGIE - ETIOPATHOGENIE

1. **FREQUENCE:** La grossesse abdominale est décrite souvent dans la littérature comme étant une forme rare voire même exceptionnelle aux yeux de certains auteurs.

Cette forme de grossesse ectopique dans certaines localités est d'une fréquence non négligeable.

Une étude réalisée aux Etats Unis en 1966 par Gillet et Coll (23) trouve une fréquence de: 1 cas de grossesse abdominale sur 2 075 accouchements.

Pour CLARCK et GUY: 1 cas pour 15 000 accouchements dans les statistiques de EASTMAMN et HELLMANN.

CRAWFORD et WARD en Louisiane trouvent 1 cas pour 3161 accouchements. Cette dernière fréquence a été interprétée ou expliquée par la forte densité des noirs dans le sud des Etats Unis d'Amérique.

1 cas sur 11 725 telle est la fréquence avancée par Paris dans les travaux effectués par MINGALON en 1976 (35).

En Afrique Noire plus précisément dans sa partie Ouest, notamment au Sénégal, le professeur CORREA P. trouve 1 cas sur 2 583 accouchements (9).

Cette grande disparité des résultats des différents travaux peut s'expliquer par:

ñ la différence entre les niveaux d'infrastructures médicales

ñ du lieu d'enquête et de la population cible aux conditions de vie précaires.

2. **Facteurs Prédisposants ou Facteurs Favorisants**

a. Age: En 1944, GARDNER dans sa publication indiquait que la plus grande fréquence de la GA s'observait au delà de 30 ans.

Statistique confirmée par le professeur Paul CORREA (9) qui situait le maximum de cas entre la tranche d'âge de 30 - 40 ans.

Par ailleurs, les recherches sont souvent moins concluantes. C'est ainsi que BEACHAN et Coll (3) ont différencié deux séries de leurs études.

ñ La première série de 1937 - 1945 où le maximum de cas se situait à 42 ans.

ñ La série B de 1954 - 1961 où le maximum se situait entre 20 - 24 ans.

Un autre auteur MANSOUR (32), trouve une moyenne d'âge entre 25 - 35 ans.

Pour certains auteurs la notion d'âge n'intervient pas dans les GEU (FABRE et LORIER) (17), propos d'ailleurs soutenu par les résultats publiés par FORSTER et MOORE trois ans plus tard (19) en montrant que l'âge de la GA est largement comparable à celui d'un groupe témoin.

Tout pour dire que le caractère prédisposant de la notion d'âge est largement discuté.

b. La Race :

Pour certains auteurs, la grossesse abdominale est une affaire de race, de couleur, la race noire ici est la plus visée.

C'est ainsi que CRAWFORD et WARD en Louisiane publiaient dans leurs travaux 1 cas de GA sur 3361 accouchements. Une grande fréquence selon eux qui s'explique par la forte densité des noirs dans le sud des Etats Unis d'Amérique.

De même AUBERTW (2) cite plusieurs travaux appuyant cette hypothèse: CRESTE, au cours d'un séjour en Afrique venait d'observer 9 cas de GA en 5 ans (10), NEYNARD déclare, en Juin 1962 : les grossesses abdominales à terme ne sont pas rares au Cambodge. NOHER et DUROUX cités par LABRY (29) sont encore plus précis sur 249 cas de GA, 90% étaient de race noire, c'était en 1935.

BEACHAN et COLL (3) en 1962, rapportent une statistique réalisée au " New Orléans Charity Hospital " et faisant état de 65 cas dont 3 seulement de la race blanche.

La grande fréquence de la GA chez la race noire à travers ces différentes publications peu probant peut s'expliquer par:

- Les conditions de vie précaires de nos populations ne bénéficiant elles mêmes que des soins de santé précaires, où les femmes qui dans la majorité des cas habitent les régions sous développées.

- Il peut s'agir de GEU (d'origine infectieuse) à symptomatologie atténuée pouvant passer inaperçue et demeurer sans traitement constituant le lit de la grossesse abdominale tels sont les propos de MANSOUR (32).

c. Facteurs déterminants

Les facteurs déterminants diffèrent d'un type à l'autre selon que la GA soit primitive ou secondaire.

- Grossesse Abdominale Primitive : cette forme peut être d'origine diverse selon les auteurs.

Pour MINGALON (35), il s'agit d'un retard de captation de l'oeuf qui s'il est fécondé ne pourra plus franchir l'ostium tubaire.

D'autres auteurs, pour expliquer l'implantation de l'oeuf dans la cavité extra-génitale, se réfèrent à l'origine embryologique du Péritoine et de l'endomètre qui tous deux dérivent du coelome primitif, c'est le cas de DEFRESIGNE (13).

Du point de vue histologique les cellules indifférenciées du trophoblaste ont la faculté de s'implanter sur tout autre tissu indifférencié tel que le péritoine comme tant d'autre.

Sur la même lancée histologique, RIFFERSCHEI rapporte le cas d'un oeuf de 6 semaines trouvé dans les anses intestinales avec réaction deciduale au niveau de la zone d'implantation.

La réaction déciduale est considérée par JACQUIN (cité par MINGALON (35)) comme une spécificité à la grossesse abdominale primaire; contrairement à SCHMOR qui indique que toute grossesse intra-utérine ou extra-utérine s'accompagne d'une réaction déciduale des trompes et du péritoine. Ce qui venait soutenir les travaux de CURTIS cités par STRICHT - MONGENOT (44) avec existence d'une réaction deciduale du péritoine dans 20% des autopsies des femmes enceintes.

Mais STUDDIFORD (45) estime que la decidualisation du péritoine n'est pas dispensable pour l'implantation de oeuf.

Cette discordance à savoir sur l'importance à accorder à la decidualisation du péritoine ne diffère pas assez de celle soulevée par la mise en cause de l'endométriose. VISUARD et FRANKEL dès 1969, puis par STANCA et COLL (43) ont démontré l'important rôle dévolu à l'endométriose dans la pathogénèse des GA.

Un autre auteur plus direct plus précis ira beaucoup plus loin en disant "il n'y a pas d'implantation de oeuf sans état endométrial".

Argumentant à travers ces travaux, LACOMME rejette cette hypothèse en disant : l'endométriose n'est ni nécessaire, ni habituelle dans la grossesse abdominale primitive. Puisque dans ses travaux le placenta a été trouvé en des points sans rapport histologique avec l'endomètre.

Cependant dans la pratique de nombreux auteurs ont rapporté de nombreux cas de grossesse abdominale avec endométriose c'est le cas de JARCHO.
Sur cette même lancée CURTIS, dit : l'augmentation de la fréquence de l'endométriose augmente celle de grossesse abdominale.

Quant à ANSPACH lui il affirme le rôle de l'endométriose dans la survenue des grossesses abdominales primitives. Et à cet effet indique que l'endométriose peut intéresser non seulement et surtout la muqueuse tubaire, mais aussi les surfaces péritonéales de l'utérus, et des trompes ainsi que les viscères abdominaux.
WILLIAMS admet que la genèse de la grossesse abdominale primitive est due à une simple trans-migration intra-péritonéale.

KELLY quant à lui relate : "chez une femme ayant subi une ovariectomie gauche avec conservation de l'ovaire droit, on observe 15 mois plus tard une naissance normale suivie 17 mois après d'une rupture de grossesse tubaire gauche. Il conclut donc l'existence d'une migration intra-péritonéale de l'oeuf".

Grossesse Abdominale Secondaire

On retient ici essentiellement : tous processus

- infectieux ou inflammatoires
- d'adhérences sequellaires de voisinage

- d'avortement tubo-abdominale
- de dehiscence d'ancienne cicatrice
- idiopathiques.

ñ Idiopathiques

Certains auteurs comme KROHN en 1952 et FUNCKBREN TANO en 1960 ont incriminé l'antibiothérapie dans la survenue des GA secondaires.

Pour ces auteurs, ces antibiotiques en dépit de leur action anti-stenosante de la lumière tubaire, ils ne laissent cependant pas une lumière suffisante pour le passage de oeuf fécondé.

ñ Avortement tubo-abdominale

L'avortement tubo-abdominal tient dans une grande majorité des cas des GA secondaires. Il s'agit là du passage dans la cavité abdominale d'un oeuf fécondé vivant primitivement localisé de façon ectopique plus fréquemment au niveau du pavillon tubaire ou plus rarement au niveau de l'ampoule tubaire et ou des franges tubaires.

ñ Les lésions adhérentielles

Elles occupent également une place de choix dans la survenue de la GA secondaire:

Il peut s'agir d'adhérences dues à un processus infectieux tubaire le plus souvent d'origine chlamidiae.

Il peut également s'agir: d'adhérences suite à une pelvi-péritonite ou une appendicite ou alors d'adhérences dans les suites immédiates ou lointaines d'une intervention chirurgicale dans le pelvis ou dans l'abdomen: Salpingectomie, salpingotomie, plastie tubaire, myomectomie, appendicectomie, cure d'une hernie ou de péritonite.

Les trompes posées dans des adhérences peuvent être étranglées ou coudées, d'aspect sinueux devenant ainsi grandes pourvoyeuses de grossesses abdominales secondaires.

ñ Infection et inflammation

Elles occupent une part considérable dans la survenue des GA secondaires. Surtout quand on sait que tout processus infectieux entraîne obligatoirement une inflammation des tissus locaux ou de voisinage et que toute inflammation entraîne une baisse des mécanismes de défense cellulaire, avec un organisme susceptible à l'infection.

Il s'agit de salpingite chronique gonococique, tuberculeuse ou chlamydiose.

Toute infection du pelvis du post-partum ou du post arbortum: le mécanisme de ces affections étant la diminution de la lumière tubaire, lésion de la paroi tubaire avec comme corollaire le trouble du péristaltisme et de l'activité ciliaire de la muqueuse tubaire.

Malgré la diversité des facteurs prédisposant, tous les auteurs semblent faire l'unanimité sur le mécanisme de survenue de la GA. Secondaire en incriminant tous la qualité de la lumière et de la muqueuse tubaire.

ñ Déhiscence d'ancienne cicatrice :

Cependant l'oeuf peut avoir continué normalement sa migration, être parvenu à s'implanter dans l'utérus et finalement passer dans la cavité abdominale à la faveur d'une brèche utérine d'origines diverses. Ces origines pouvant être une cicatrice de césarienne ou de myomectomie fundique; il peut s'agir aussi d'une perforation méconnue lors d'une tentative d'avortement criminel ou d'un curetage appuyé (MINGALON). Des mécanismes plus rares ont été évoqués pour HELLMAN A.M. et SIMON M.J. (24) à savoir une malformation congénitale ou acquise de l'utérus. Quant à RUBOWITZ et HESS cités par MINGALON (35), ils suggèrent une lyse du myomètre par le trophoblaste, celle-ci pouvant être médiane ou latérale. RATNA SANYA (38) rapportait aussi un cas de grossesse abdominale secondaire à la rupture d'ancienne cicatrice d'hystérectomie abdominale totale avec conservation des annexes.

III. LA GROSSESSE ABDOMINALE

Le tableau clinique de la grossesse abdominale est très polymorphe, de diagnostic difficile, prêtant souvent à des erreurs diagnostiques et de conduites thérapeutiques déroutantes.

En effet l'erreur diagnostique dans les cas de GA est de règle dans la mesure où le diagnostic est le plus souvent établi sur la table d'opération après échec des tentatives d'accouchement par voie basse (grossesse abdominale à terme ou pas).

La rareté de la GA fait souvent oublier le clinicien d'y penser même devant un cas avec symptomatologie patente comme le disait HURTER.

A. ANTECEDENTS

1. Gynéco-obstétricaux

La GA peut survenir chez une femme n'ayant aucun Antécédent gynéco-obstétrical antérieur particulier. Mais ce premier cas est rare. Car la femme peut souffrir d'une pathologie évoluant à bas bruit ne nécessitant aucun traitement, sinon il s'agit le plus souvent d'une femme qui a des antécédents de stérilité primaire ou secondaire traitée (par médecine conventionnelle ou traditionnelle) ou non. Ce qui a amené LACOMME à dire que la GA survient chez les femmes à fécondité médiocre.

Ailleurs, il pourra s'agir d'antécédents de grossesse pathologique: GA, GEU, avortement, curetage. Il peut s'agir de multigestes, multipares, primigestes, nullipares.

2. Chirurgicaux: salpingectomie, chirurgie conservatrice de trompes, plastie tubaire, salpingotomie, kystectomie, etc.

3. Médicaux: tuberculose génitale patente ou latente traitée ou non, Endométriose, Annexite.

4. Antécédent: contraception

B. LES ASPECTS CLINIQUES

Il est polymorphe. Devant la rareté de cette grossesse ectopique, le clinicien n'a pas le plus souvent le réflexe d'y penser et de se faire aider par des examens complémentaires : coelioscopie, échographie etc.

Ce qui impose à des erreurs diagnostiques et thérapeutiques graves souvent catastrophiques.

Malgré ce polymorphisme clinique certains signes sont évocateurs bien qu'ils ne soient pas pathognomoniques.

Il s'agit de:

1. La métrorragie: d'abondance et de durée variable souvent accompagnée par des crises syncopales, anémie sévère avec des signes d'hypovolémie, dyspnée, sueurs froides, pâleur, angoisse, agitation, etc.

2. L'aménorrhée: doit être recherchée et elle existe toujours mais souvent difficile à retrouver du fait que cette aménorrhée peut être émaillée de petits saignements que la patiente peut attribuer à des menstrues.

   Ce dernier aspect est très important et fréquent d'autant plus que nos femmes (patientes) sont en majorité analphabètes n'ayant pas la maîtrise de leur cycle

3. Troubles digestifs: le tableau d'occlusion ou sub-occlusif est souvent retrouvé. L'arrêt des matières et des gaz avec météorisme, gargouillement, nausées, vomissements peuvent être discrets. Mais le gynécologue obstétricien averti doit toujours savoir rechercher les troubles digestifs.

   C'est ainsi que PINARD disait (rapporté par EL HADRAMY DUCROS (15)) l'occlusion chez une femme enceinte n'ayant pas de cicatrice de coeliotomie devait éveiller l'idée "de grossesse extra-utérine".

L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE

1.La Palpitation : peut trouver une paroi abdominale sensible flasque avec des parties foetales superficielles et un foetus bien étalé en position oblique. ou transversale. Elle peut aussi retrouver une matité (hemopéritoine) un météorisme (occlusion ou sub-occlusion).

Selon MINGALON (35) il est possible de palper deux masses distinctes : l'une utérine et l'autre para-utérine.

2. Le spéculum : montre un saignement venant de l'endocol avec un col violacé, ou sans aucune particularité

3. T.V. associé ou palper abdominal on retrouve un vagin avec ou sans particularité un col soit long et fermé ou court et admettant la pulpe du doigt refoulé en haut et en avant de la symphyse pubienne.

4. L'auscultation : l'audition de Bruits Cardiaques Foetaux (BCF) est fonction de l'âge de la grossesse et de la viabilité du foetus, tantôt sourds, tantôt nets s'ils sont entendus. Le souffle vasculaire est d'une importance capitale s'il est entendu pour DIXON et STENART.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES:

1. LA COELIOSCOPIE

Elle reste et demeure l'examen clé du diagnostic. Mais selon DUGUET F (13) elle est formellement contre-indiquée à terme à cause du risque hémorragique d'un placenta accolé à la paroi abdominale. Par contre, elle garde toute sa valeur jusqu'au 3è mois où elle peut objectiver les signes suivants résumés par PALMER :

Á Hemopéritoine avec du sang qui sort du pavillon,

Á boursouflure localisée violacée sur le trajet de la trompe

Á ou alors une ampoule tubaire dilatée ou aubergine,

Á ou enfin une masse annexielle enrobée d'épiploon.

2. HSG =Hystérosalpingographie

Si elle est indiquée l'HSG constitue un examen complémentaire d'une très grande valeur diagnostique selon VOEGILIN . Mais éliminer au préalable toute possibilité de localisation intra-utérine de l'oeuf. En effet COUVELAIRE et COLL en 193O, comme beaucoup d'autres auteurs ont retenu que seule l'HSG précise la localisation extra-utérine témoignée par la vacuité utérine. En 1961 MANSOUR (32) avait jugé nécessaire d'associer à l'HSG L'artériographie fémorale rétrograde. Cette association permettrait de bien visualiser les localisations du placenta. A l'époque, cette proposition semble avoir été l'objet de beaucoup de critiques et même de rejet. Avec les différents travaux de WAHGL et SAHLERJ, l'association de ces deux examens complémentaires serait d'une importance capitale surtout s'il s'agissait d'une grossesse abdominale secondaire à une déhiscence utérine. Puisque ici, l'existence d'une continuité entre l'utérus et le foetus peut prêter à confusion.

3. L'amnioscopie: Préconisée par LE LORIER (30) permet plutôt un diagnostic d'élimination de la grossesse abdominale car elle permet de voir derrière l'orifice cervical, dans la cavité utérine la présence des membranes ovulaires.

4. L'échographie: Elément de surveillance par excellence de la morphologie et de la vitalité foetale, de la détermination de l'âge (Biométrie) et de la localisation placentaire, son apport dans le diagnostic de la grossesse ectopique reste émaillé d'erreurs grossières : comme le témoigne la thèse de HERLICOVIERM à Caen en 1975 " le diagnostic échotomographique des grossesses ectopiques avancées est

extrêmement difficile. Selon TSHIBANGU (47) le recours de l'échotomographie reste en dehors de la pratique courante vue le nombre élevé des faux négatifs et des faux positifs. Cependant, pour l'échotomographiste entraîné l'écho peut bien aider au diagnostic des grossesses ectopiques surtout si elle est aidée par des éléments biologiques tranchant en faveur d'une grossesse, (une grossesse confirmée par la positivité des tests biologiques);

- Et l'échotomographie : retrouve un utérus peu ou pas augmenté en volume avec une ligne de vacuité visible.
- Une masse latéro-utérine ou annexielle, épanchement liquide ou non dans le Douglas.

Certains de ces éléments permettent au praticien de soupçonner une grossesse ectopique et de se faire aider par la ponction abdominale écho-guidée ou non ou du Douglas et même en cas de ponction négative, la laparotomie en cas d'algies pelviennes aiguës rebelle aux antalgiques. Pour CACCIATORB et COLL (6) aussi bien que d'autres auteurs l'échographie transvaginale permet un diagnostic plus précoce de la grossesse intra-utérine et un diagnostic plus fiable de la grossesse ectopique comparativement à l'écho transabdominal qui donne une vue globale de la cavité pelvienne.

5. <u>Examens isotopiques thermographiques et ultrasons</u> :

Ont été essayés par BECK (4), CURRY et DURFEE. Ils sont d'un double intérêt; d'abord diagnostic, car permettant de visualiser les extensions de la localisation du placenta, et ensuite thérapeutique en ce sens que ces examens sont utilisés pour irradier le reste du placenta en per- et en post-opératoire en cas de désinsertion placentaire incomplète qui est d'ailleurs l'éventualité la plus fréquente dans la grossesse abdominale.

6. <u>La radiographie</u> :

<u>La Radio Abdomen sans préparation</u> : indiquée et effectuée, elle montrera :

<u>DE FACE</u>: un foetus en hyper-extension ou en hyper-flexion :

- Position oblique ou transversale du foetus associée à une absence de liséré utérine peri-foetale

- L'image du squelette foetal est nette;

- Images gazeuses maternelles qui surplombent l'image foetale: "l'image de ce gaz se trouve au-dessous de l'image foetale alors que normalement quand le foetus est intra-utérine, le cadre colique est refoulé en haut et latéralement par l'utérus gravide" Selon BISHOP. Un cas particulier de présence d'air autour du foetus réalise le classique tableau de pneumo-amnios; ce cas ne s'opérant qu'en cas de fistulisation dans le tube digestif comme le rapporte RIVIERE et COLL.

- TSHIBANGU (47) insiste sur la visualisation de l'hysteromètre qu'il a préconisé.

<u>DE PROFIL</u> Sur le cliché de profil GAUTIER et COLL (22) rapportent une superposition du rachis foetal au rachis maternel: c'est un signe important décrit par NEINBERG-SCHERWIN. Il s'agit là d'un élément de diagnostic très fidèle. En cas de mort foetal 3 autres signes sont également recherchés et retrouvés. le plus souvent il s'agit :

- De chevauchement des os du crâne : c'est le signe de SPALDING.

- Le signe du halo-périosté

- Le signe de JAUGMAN : étirement des vertèbres lombaires et dorsales. Ainsi, l'ASP apparaît comme examen complémentaire apportant d'amples renseignements permettant au praticien de faire le diagnostic de la grossesse ectopique. Mais ces informations sont plutôt théoriques que pratiques et souvent les résultats flous de l'ASP peuvent rendre cet examen sans intérêt et faire persister le doute. Cependant PIGEAUD H. et CHARVET E. (37) rapportaient en 1956 un cas de GA arrêtée au 6è mois à la radio. Certains auteurs conseillent de se faire aider par un test hormonal en cas de persistance du doute : c'est le test ou l'épreuve de la post-hypophyse. Il consiste à injecter en sous-cutané 1U d'extrait hypophysaire puis 5U 15 minutes plus tard si nécessaire. Ce qui va entraîner une contraction du muscle utérin permettant de différencier utérus d'une masse abdominale restant adynamique.

7. LES TESTS IMMUNOLOGIQUES DE GROSSESSE :

Les tests de grossesse permettent d'authentifier la notion de grossesse, sans en préciser le siège.

- La réaction immunologique de grossesse, pratiquée sur les urines, peut être positive, ce qui est un élément important. Mais aussi négative ou douteuse, ce qui ne permet pas d'éliminer le diagnostic de GEU (réaction peu sensible, et grossesse ectopique souvent hypo-secretante).

Mais ces dosages urinaires sont de moins en moins pratiqués.

- Le dosage plasmatique d'HCG (Hormone Gonadotrophine Chorionique) ou mieux , le dosage spécifique de sa sous-unité bêta HCG (bHCG) est très intéressante.

Car négative, elle élimine quasi-formellement la notion de grossesse évolutive même extra-utérine. Positive, elle indique alors l'échographie pour en préciser le siège.

VI LA GROSSESSE ABDOMINALE: TRAITEMENT - CONDUITE A TENIR

Quelqu'en soit le siège et l'âge de la grossesse, et que l'enfant soit vivant ou mort, le traitement de la grossesse abdominale est chirurgical, l'expulsion ou l'accouchement par voies naturelles étant impossible même si LEPAGE F et LECONTE C (31) rapportaient en 1969 un cas de GEU à terme méconnu avec accouchement par voie naturelle d'un nouveau-né vivant et mort de la mère. Dans l'abord thérapeutique de la grossesse abdominale seule la date optimale de l'intervention et certaines de ces modalités tel le traitement du placenta sont encore de nos jours une "affaire d'école".

A LES MODALITES

Varient en fonction que le foetus soit vivant ou mort.

1 Foetus vivant : Pour LACOMME, "les nouveau-nés issus des grossesses abdominales sont généralement fragiles et de valeur incertaine" .Aussi certains auteurs

préconisent l'intervention sur le champ une fois le diagnostic posé avec certitude. Ici, deux cas de figures sont envisagés :

a Foetus viable : pour le foetus ayant atteint ou dépassé le seuil critique de la 35è semaines d'aménorrhée la grande majorité des auteurs sont unanimes pour son extraction par voie haute.

b Foetus non encore viable : pour FAURE, l'attente de la viabilité doit être la règle devant une grossesse abdominale de diagnostic déjà confirmé. Car selon lui, la valeur du foetus ne peut être jugée à la lumière de statistiques quelconques.
DEVRAIGNE et FORGUE voient le problème autrement car pour le premier seule la mère entre en ligne de compte d'où la nécessité d'intervenir en urgence pour lui éviter les complications. Le second précise que "le foetus souvent mort avant le 7è mois est débile, ou atteint de malformation s'il survit".

2 Foetus mort : Dans le souci d'écarter le risque d'hémorragie cataclysmique, principale étiologie citée parmi les causes de décès maternel, certains auteurs préconisent de faire l'intervention en différée cela dans l'espoir de voir diminuer la vascularisation placentaire. C'est le cas de AHYI AKPE (1) et MINGALON (35). Cette régression placentaire serait surveillée par l'élimination hormonale qui se tarit généralement vers la 8è semaine après la mort foetale. MINGALON (35) ajoute que l'intervention devrait avoir lieu avant les premières règles. Ainsi l'intervention devrait avoir lieu 6 semaines après la mort du foetus. Cependant les statistiques de CROSS fait état de 19 grossesses abdominales traitées dans les conditions suivantes : 9 d'entre elles ont été opérées dès confirmation du diagnostic et toutes les femmes ont été sauvées. Pour les 10 autres leurs interventions ont eu lieu de façon différées d'une semaine ou plus avec comme résultat: 4 décès.

En cas de complications: il s'agit des cas ou la grossesse s'accompagne d'occlusion intestinale, de menace d'expulsion par les voies naturelles, d'hémorragie

péritonéale ou de fistulisation. Quelque soit le degré de complication, l'ensemble des auteurs pensent que la laparotomie s'impose avec extraction du foetus.

B L'ABORD CHIRURGICAL

1 La voie d'abord :

* Élytrotomie: un moment préconisée par BAUDELOCQUE puis VELPEAU, a été l'objet de sévères critiques dont celles de PICQUE : "élytrotomie est une méthode que condamnent les statistiques et aussi le bon sens". Aussi BRINDEAU précise : "si vous envisagez pour une tête profondément engagée l'éventualité d'une élytrotomie, vous retirerez bien le foetus, mais derrière il se produira une hémorragie terrible, on sera obligé d'ouvrir le ventre et la femme mourra".

* Les voies les mieux indiquées de nos jours sont : l'incision médiane sous ombilicale et le xypho-pubienne.

2 Extraction du foetus :

L'incision abdominale faite, il faut repérer le sac foetal les autres organes génitaux internes et la vessie, puis ponctionner le liquide amniotique (1) et faire une incision dans le sac foetal tout en prenant soin d'éviter la zone placentaire. Ensuite extraire le foetus et section du cordon le plus près possible du placenta (35).

3 Traitement du placenta : Ce dernier volet de l'intervention sans doute pose le plus de problème quant à sa résection ou sa désinsertion au niveau des zones de clivages après ligatures de gros vaisseaux. Le traitement du placenta est d'autant plus difficile que son insertion est diffuse sur des organes vitaux comme le foie, la rate les anses ou les gros vaisseaux etc.. En fonction des époques; suivant les auteurs, plusieurs attitudes ont été préconisées :

a. Abandon in situ avec marsupialisation : Consiste à laisser le placenta sur place tout en lui laissant la possibilité de s'éliminer progressivement à la faveur d'une brèche

le placenta peut être normal de volume, diminué avec les vaisseaux afférents hypertrophiés dans tous les cas. Cette thèse semble faire l'unanimité des auteurs. Les rapports du placenta avec le cordon ombilical et les autres organes de voisinage (organes abdominaux) sont variables puisque dépendent de l'insertion placentaire.

L'insertion placentaire du cordon est le plus souvent centrale et excentrique pour la grande majorité des auteurs. Mais pour CHAPPUIS (8), elle est marginale dans sa série présentée et vélamenteuse dans les observations de AUBERTW (2). L'insertion placentaire elle-même est diffuse et abondante pour l'essentiel des cas rapportés. C'est ainsi qu'un important réseau vasculaire va relier le placenta et la face péritonéale de l'utérus et les trompes aux anses intestinales comme le rapporte FAUP (18) dans 4 cas sur 5. Ailleurs, c'est le péritoine qui est envahi par les villosités choriales placentaires. Dans quelques cas assez rares, les organes abdominaux sont envahis: côlon, foie, rate pour VUILLARDP et coll (48), une insertion diffuse avec hypervascularisation font que l'abord thérapeutique est d'autant difficile et souvent entaché d'incidents voir même d'accidents hémorragiques souvent au prix d'une vie humaine. Les attitudes sont bien ici controversées car pour LECENE et FAURE, il y a une importante adhérence de l'oeuf aux organes abdominaux avec pénétration des villosités et que toute tentative d'adhésiolyse risque d'entraîner des hémorragies graves. POTOCKI lui trouve le contraire car selon lui, il y a toujours un plan de clivage, car le placenta ne pénètre pas les viscères abdominaux comme il le fait dans les muqueuses de l'utérus et des trompes. D'autre part, la vascularisation du foetus a 2 grandes origines : l'artère utéro-ovarienne et l'artère utérine, et il suffirait donc de maîtriser les deux artères et de rechercher le plan de clivage pour éviter les hémorragies tant redoutées

<u>b Le sac foetal</u> : Les aspects macroscopiques du sac foetal font l'objet de beaucoup de contradictions. Ainsi, pour CHAPPUIS (8), le sac foetal est une vaste poche membraneuse vascularisée en rapport par sa face interne avec le chorion lisse et le sac

Puis par AHYI AKPE B en 1968 (1)

Périodes	Auteurs	Mortalité
18-86	MAYGRIER	88
1922	BARONNET	24
1934	CORNEIL et LASH	14,7
1939	MASON	18,6
1941	WARE	15
1949	JARCHO	11,1
1951	CROSS,LESTER,MAC CAIN	21
1955	CHARLEWOOD,CULINER	13
1957	HIBBARD	4,35

A partir de ces statistiques, malgré les multiples progrès en chirurgie, en réanimation et en antibiothérapie, on remarque un taux de décès irréductible. Le choc hypovolémique à la suite d'hémorragie non maîtrisable, un syndrome infectieux évoluant rapidement vers une septicémie sont les causes les plus citées dans les différentes statistiques. Pour certains auteurs, le taux de décès maternel est fonction de l'âge de la grossesse. Ainsi, plus la grossesse évolue vers le terme, plus les risques de décès sont énormes. C'est le cas de cet auteur: DEFFRESSIGNE (12), tout en reconnaissant l'existence des cas rebelles, trouve dans sa série : le taux de mortalité en cas de grossesse abdominale à terme oscille entre 5 à 20 %. Tandis que celui des cas de grossesse abdominale diagnostiquée de façon précoce est de 1,2 % d'où l'absolue nécessité de sacrifier la vie du foetus en vue de minimiser le risque encouru pour la mère.

b <u>A moyen et long terme</u>: La rescapée d'une grossesse abdominale est la plus souvent sujette à des séquelles d'algie pelvienne, d'infection, de troubles du transit, et même de stérilité secondaire. Ces troubles sont inconstants pouvant être mineurs présents ou même absents dans certains cas. Ainsi, CHARLEWOOD et CULINER ont rapporté dans leurs statistiques deux cas de grossesse intra-utérine avec accouchements normaux par les voies naturelles après cure de grossesses ectopiques opérées le cinquième mois. Toujours dans cette lancée, HERBERT déclare avoir été le témoin

d'une gestation abdominale à terme chez une femme qui a eu ensuite deux grossesses intra-utérines normales avec accouchements normaux.

B LE PRONOSTIC FOETAL

Le pronostic foetal dépend d'un certains nombres de facteurs qui n'ont aucune portée pour l'action médicale. Il s'agit en particulier: la présence d'éventuelles malformations, la qualité de la fonction placentaire, le poids de naissance. Les cas de viabilité des nouveau-nés issus d'une grossesse abdominale ne sont pas rares comme témoigne bon nombre d'observations :

- BARONNET en 1922, sur 3O3 nouveau-nés vivants note 68 % de décès avant 5 ans alors que 32 % ont dépassé cette limite d'âge.
- DE VILLIERS en 1954, trouve sur 77 cas de grossesse abdominale, 47 nouveau-nés vivants dont 25 % sont portés normaux sans malformation aucune.
- CHARLEWOOD en 1955, observe sur 52 cas, 12 nouveau-nés vivants dont 4 sans malformations.
- CRESTE (10) rapporte 3 cas de grossesse abdominale dont un nouveau-né vivant, c'était en 1956 alors qu'il séjournait en Afrique .
- EIDM (14) en 1978, en Afrique plus précisément à Dakar rapporte deux cas de nouveau-né vivants dont l'un est viable sur un total de 15 cas de grossesse abdominale.
- MINGALON (35) conclue en trouvant que sur les nouveau-nés vivants 36-66 % meurent dans les 1ères heures alors que le pourcentage des malformations se situe entre 10 - 50% suivant les auteurs.
- BRUN-BUISSON (5) rapportait un cas assez particulier de grossesse double, extra et intra-utérine à terme avec les deux nouveau-nés vivants à l'hôpital de Lomé au Togo c'était en 1989.

METHODOLOGIE

METHODOLOGIE ET CADRE D'ETUDE

Première du genre, notre étude est fondée sur douze cas exceptionnels de grossesses ectopiques relevées dans le service de gynécologie et obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE à Bamako. Après avoir décrit la méthodologie, le cadre d'étude, l'organisation, structure et fonctionnement du service, certaines de nos patientes seront présentées sous formes d'observations de cas cliniques.

A. TYPE D'ETUDE ET DUREE

Notre étude est prospective et s'est étendue sur douze mois c'est-à-dire du 1er Décembre 1996 au 30 Novembre 1997.

B. POPULATION D'ETUDE

L'étude a porté sur un échantillon de femmes reçues et prises en charge pour grossesse abdominale dans le service de gynécologie obstétricale du C.H.U. Gabriel Touré.

C. ECHANTILLONNAGE :

a. Support: Les carnets de consultation prénatale et les questionnaires.

b. Critères d'inclusion:

- Etre admise dans le service pendant la période d'étude du 1er décembre 1996 au 30 novembre 1997.
- Toute femme dont la prise en charge a été faite dans le service pour suspicion de grossesse abdominale d'au moins 20 SA confirmée à la laparotomie.
- Existence d'une brêche utérine recente ou ancienne à la laparotomie;

c. Critères de non inclusion:

- Menaces d'avortements spontanés;
- Tentatives d'avortements provoqués;

- Une GA diagnostiquée dans le service et dont la prise en charge a eu lieu ailleurs dans d'autres structures socio-sanitaires;

- Toute femme reçue dans le service pour toute autre raison que la GA.

A la laparotomie:

- foetus de localisation péritonéale dont ses annexes prennent à la fois attaches sur l'ovaire et ou sur la trompe;

- toute autre forme de GEU: tubaire, ovarienne ou cervicale.

D. LIEU D'ETUDE

Notre étude a eu lieu dans le service de gynécologie et d'obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE. Centre de référence par excellence, le CHU Gabriel TOURE est situé en plein centre de Bamako, la capitale. Ainsi, notre service reçoit toutes les urgences gynéco-obstétricales venant de toutes les six communes que comprend le District de Bamako, et cela en temps normal et toutes autres urgences gynéco-obstétricales en provenance de l'intérieur du pays si le service gynéco-obstétrique de l'Hôpital National du Point "G" est empêché.

E. INFRASTRUCTURE

Le service est composé essentiellement :

d'un Bloc opératoire comprenant:

- une salle d'attente,
- une salle de stérilisation (autoclave)
- une salle intermédiaire
- une salle d'opération proprement dite.

DE LA SALLE D'ACCOUCHEMENT composée de :

- une salle d'attente et des suites de couches
- une salle de réanimation
- la salle d'accouchement proprement dite comprenant 4 tables
- une salle d'accouchement annexe comprenant une table

DE L'UNITE CESARIENNE

Comprend deux grandes salles "M" comportant chacune 12 lits soit un total de 24 lits pour l'unité

DE L'UNITE DE GYNECOLOGIE

Comprend :

- une salle A comprenant 7 lits
- deux salles C, comprenant chacune 12 lits soit un total de 31 lits pour l'unité de gynécologie
- salle annexe : et salle B10, comprenant chacune 2 lits

D'AUTRES UNITES :

Il existe une salle pour les consultations prénatales et le Programme Elargie de Vaccination PEV

Il existe huit bureaux dont 4 pour les 4 spécialistes du service, un pour le Major de la gynécologie et de la césarienne, un pour la sage-femme maîtresse, un pour les anéthésistes

Il existe deux salles pour les Médecins stagiaires et un pour les étudiants stagiaires, et deux salles de pansements.

DE L'UNITE DE PLANNING FAMILIAL

Il existe une unité de planning familial qui est un service à part entière

F. STRUCTURE ET FONCTIONNEMENT DU SERVICE

Le service est tenu par:

- Quatre Spécialistes dont un contractuel,
- Un médecin généraliste titulaire
- Des médecins généralistes "bénévoles" venus de tous les horizons (Faculté de Médecine du Mali, Médecins en provenance de l'EX-URSS, et Pays Arabes, de la France, de la Chine)

- Les stagiaires de la Faculté de Médecine du Mali dans le cadre de leur recherche pour la préparation de leur thèse de Doctorat en Médecine

- Des sages-femmes titulaires (26), des infirmiers(ès) titulaires (11), des aides-soignantes (2)

- Des étudiants et des stagiaires: Etudiants de la Faculté de Médecine, sages-femmes, infirmiers et infirmières des différents établissements socio-sanitaires (Ecole Secondaire de la Santé (ESS), Ecole des Infirmiers du 1er cycle (EIPC) et autres écoles de formations socio-sanitaires).

- Six garçons de salle. Grâce à une parfaite collaboration entre ce personnel de toute catégorie confondue, le service fonctionne à la satisfaction de jour comme de nuit et même pendant les jours non ouvrables. Le fonctionnement sans interruption du service est ici justifié par son caractère de centre de référence. Ce fonctionnement est régi par deux régimes d'activités qui sont: la permanence et la garde.

LES PERMANENCES: Ne sont valables que pendant les jours ouvrables (du lundi au Vendredi) et vont de 8h-16h du lundi au jeudi et de 8h-12h30 pour les vendredis. Le médecin de permanence gère toutes les urgences gynécologiques et obstétricales jusqu'à la descente.

LES GARDES: Vont de 16h à 8h du lendemain du lundi au jeudi, de 12h30 à 08h pour le vendredi et de 08h à 08h du lendemain pour les jours non ouvrables samedi et Dimanche et autres jours fériés. Au moment de la passation de service entre le médecin descendant et le médecin de garde, le médecin descendant attire son attention sur les cas particuliers qui méritent une surveillance médicale.

LES STAFF: Il revient au médecin descendant de faire le compte rendu de sa garde au staff du service: du lundi matin au vendredi matin. Parallèlement, les consultations externes et ordinaires, les programmes opératoires (mardi et jeudi) se déroulent comme indiqué.

NB: La permanence des sages-femmes est de 12 heures les jours ouvrables et les jours fériés. Il en est de même que les gardes

G. VARIATIONS ET INFORMATISATION DES DONNEES :

. INFORMATISATION DES DONNEES

Les observations, la saisie, l'analyse des données ont été réalisées dans le logiciel **EPI INFO du CDC d'Atlanta / OMS version française**.

L'édition et la présentation des résultats se sont effectuées dans le logiciel **WINDOWS 95.**

NOTRE TRAVAIL

PREMIERE OBSERVATION

1. IDENTITE PROVENANCE ET MOTIF D'EVACUATION, ANTECEDENTS:

Madame TRAORE F., âgée de 30 ans, Sonrhai, ménagère, mariée il y a 16 ans, une coépouse. Elle est deuxième geste primipare, un enfant vivant de sexe masculin âgé de 14 ans. Elle a été reçue le 26 janvier 1996 en consultation prénatale. Il s'agit d'une grossesse bien suivie, comme le témoigne son dossier bien fourni (carnet de consultation prénatale et bilan prénatal effectué). Le carnet contenait le résultat d'une échographie obstétricale, que lui avait demandé sa sage femme, une échographie qui certifiait : grossesse intra-utérine monofoetale arrêtée (BCF - MAF -) de 40 S A + ou - 3 semaines, oedème sous cutané, chevauchement des os du crâne. Parmi les antécédents de cette femme, on peut retenir : une Menarche à 13 ans, et depuis elle avait un cycle régulier avec dysménorrhée. Un traitement auprès de plusieurs tradi-praticiens pour stérilité secondaire aurait été effectué.

2. EXAMEN PHYSIQUE :

A l'entrée, état général ce jour du 26 janvier 1996 ne révélait aucune particularité. Les conjonctives étaient pâles. La pression artérielle a été chiffrée à 10/6. La température à 37°6. Le pouls à 70 battements par minute.

3. EXAMEN GYNECO-OBSTETRICAL :

La hauteur utérine HU = 36 cm, utérus souple, indolore de contours régulier, bruits cardiaques foetaux BCF = négatif, les mouvements actifs foetaux : MAF négatifs.

Au Toucher Vaginal + Palper abdominal:

Col peu ramolli, mais légèrement refoulé en haut et en avant, long et fermé, Douglas bombé et indolore. Dans tous les cas, cet examen ne révèle aucune particularité. Une contraction utérine douloureuse à type de travail n'a pas été constatée dans tous les cas. A ce sujet, elle sera mise, et cela en ambulatoire sous:

Spasfon comprimés: 2 comprimés matin et soir per os. Elle sera revue, six jours plus tard soit le 30 Janvier, avec les paramètres suivants : pression artérielle à 11/7, une hauteur utérine à 35 cm, bruits cardiaques foetaux BCF négatifs, Mouvements Actifs Foetaux négatifs, au toucher vaginal on retrouve un col toujours long et fermé. Il sera alors décidé l'hospitalisation ce jour avec comme conduite thérapeutique:

sérum salé 9‰ 1 flacon matin et soir, sérum glucosé 1 flacon matin et soir, Buscopan injectable 3 ampoules dans 500 cc de sérum glucose 5 % en perfusion lente. Au prochain contrôle, le 02 Février 1996, le col reste toujours fermé malgré ces différentes thérapies. La même démarche thérapeutique sera poursuivie mais le Spasfon injectable à la posologie d'une ampoule en intra-musculaire matin et soir sera sollicitée. Le Mercredi 07 Février 1996, devant état stationnaire, la patiente se présente au staff. Il sera décidé une dilatation instrumentale. En procédant à la dilatation on se rendra compte que l'hystéromètre à 9 cm buttait contre un obstacle, l'épreuve ne sera pas forcée. Mais néanmoins, on dilatera le col jusqu'à la bougie N° 10. Mais une tentative de rupture de la poche des eaux sera vain. Après l'épreuve de la dilatation, elle recevra une ampoule de spasfon injectable en intra-veineuse directe (IVD) et trois ampoules de spasfon plus une ampoule de syntocinon 5U dans de glucose à 5 % en perfusion lente. Ce test, échouera car aucune douleur ne sera signalée par la patiente, et le lendemain le col s'était refermé. Le jeudi 08 Février 1996 à 8h00, le problème sera posé de nouveau au staff. Il sera alors décidé un accouchement par voie haute pour suspicion de grossesse abdominale. Deux sachets de sang 0 positif (0+) iso-groupe iso-Rhésus avec quelques grosses molécules serviront pour commencer l'intervention. Une incision xypho-pubienne pratiquée, on tombe sur une grande poche extra-utérine. La dissection de cette poche met en évidence un foetus de sexe féminin mort macéré sans anomalie morphologique ni malformation pesant 2900 grammes, mesurant 48 cm donc normal.

Le placenta: Pesant 483,33 grammes et inséré aux anses intestinales, au sigmoïde et à la face antérieure de utérus. On procédera alors à une section partielle du placenta et du

sac et hémostase. Nettoyage de la cavité abdominale, et mise en place de deux drains iliaques, péritonisation et fermeture plan par plan et lin sur la peau.

Le cordon: Long de 48 cm a une insertion excentrée sur le placenta.

Le liquide amniotique de faible quantité, environ 500cc, est d'aspect hémorragique = (hématique).

NB L'utérus avait peu augmenté de volume, ayant la taille d'une pamplemousse avec des annexes sans particularité aucune, avec présence des ligaments ronds.

TRAITEMENT REÇU

per opératoire : 2 sachets de sang 0 positif, sérum salé 9‰ 2 flacons 500cc

Haemaccel 1 flacon

Dextran 1 flacon

glucose 5 % 1 flacon, Amoxilline injectable 2 grammes en intraveineuse directe (IVD). En post opératoire: Amoxicilline injectable 1 ampoule en intra-musculaire matin et soir pendant cinq jours, relayé le sixième jour par la forme orale à raison de 2 gel matin et soir soit 2 grammes par jour pendant dix jours. Quinimax 0,60 ampoule en perfusion matin et soir dans 500 cc de sérum glucose 5 % pendant 3 jours, Gentamycine 80 injectable, ampoule matin et soir pendant 6 jours. Débridat injectable 1 ampoule en intra-musculaire matin et soir une boîte ou alors dans du glucosé. Sérum salé 1 flacon matin et soir pendant 3 jours. Sérum glucose 1 flacon matin et soir pendant 3 jours. Le 15 Février 1996, soit le 7è jour après l'intervention, l'ablation du lin ½ a été effectuée avec pansement alcoolisé. Le lendemain, l'ablation totale a été effectuée et sortie de la patiente avec comme ordonnance: Fumafer 1 comprimé matin et soir. La patiente a été revue les 7ème jour, 14 ème jour et le 30ème jour après sa sortie de l'hôpital dans un état satisfaisant.

DEUXIEME OBSERVATION :

1. Identité provenance motif - renseignements cliniques - antécédents :

Madame Konaté S. 33 ans, Malinké, ménagère, elle est domiciliée à Banakabougou, malienne, mariée sans coépouse. Septième geste sixième pare, vivants cinq, un décédé, avortement nul. Elle sera reçue en salle d'accouchement par la sage femme de garde le samedi 6 Juillet 1996 vers 00h30 en provenance du domicile pour algie abdomino-pelvienne sur grossesse. Elle était accompagnée par sa sage femme qui parlait de menace d'accouchement prématuré sur grossesse de huit mois sur position transverse. Il s'agissait d'une femme bien suivie en consultation prénatale comme le témoigne son dossier bien fourni dont voici quelques éléments recueillis. Albumine sucre = néant au premier et au deuxième trimestre; BW négatif; test d'EMMEL négatif (TE); groupe sanguin B, Rhésus positif (B+) VAT bien administré. Une échographie obstétricale demandée pour algie abdomino-pelvienne sur grossesse de sept mois environ, effectuée le 4 Juillet 1996 dans une clinique privée certifiait: grossesse intra-utérine monofoetale dont la Biométrie est:

Bip: 88 min.; fémur 77 min. Ces mesures correspondent à une grossesse de 36 SA environ plus cinq jours; présence d'activités cardiaques et de mouvements foetaux, placenta fundico-antérieur, liquide amniotique de quantité normale, présentation du siège avec la tête dans la corne utérine gauche, pas d'anomalie morphologique visible. En conclusion, grossesse intra-utérine monofoetale évolutive de 36 SA + 5 jours environ, présentation du siège. Elle sera examinée par la sage femme de garde qui l'a mettra en observation dans la salle d'attente. Elle sera référée ensuite au médecin de garde pour avis. Ainsi on retiendra parmi les antécédents: Ménarche à 16 ans règles abondantes de durée 5-6 jours, irrégulière pas de dysménorrhée, date des dernières règles DDR= 7 mois environ. 7è geste, 6 pare, 5 vivants, un décédé. Toutes ces grossesses ont été normalement menées à terme.

Antécédents de contraception:

Dispositif intra-utérin (DIU) pendant cinq mois, pilule: lofémenal pendant dix mois qu'elle abandonnera par suite de malaises imputées à la pilule à type de nausées, parfois vomissements et vertiges.

Antécédents médicaux - chirurgicaux: néant.

Présentement elle se plaint: de douleurs abdomino-pelviennes de survenue brutale surtout prononcées dans le flanc gauche, survenant par intermittence, irradiant dans les lombes, les cuisses et dans le dos. A ces signes majeurs s'ajoutent: les troubles du transit, alternance de constipation et de diarrhée, nausées le plus souvent avec des vomissements parfois alimentaires ou bilieux et souvent épigastralgies, de la constipation, tensmes, épreintes, anorexie occupant le devant du tableau. Les signes urinaires: on note une pollakiurie et une dysurie; signes cardio-pulmonaires: dyspnée de décubitus très intense, cependant, les champs pulmonaires sont libres à l'auscultation.

2. EXAMEN GENERAL :

En général satisfaisant, parturiente peu fatiguée avec sueurs et soif; pâleurs cutanéo-muqueuses; température à 38°7; pouls à 90 battements par minute; pression artérielle (PA) 12/8.

3. EXAMEN GYNECO-OBSTETRICAL :

Abdomen sensible au palper, hauteur utérine HU = 32 cm avec un foetus en aspect de position transverse, bruits cardiaques foetaux positifs à 160 battements par minute, mouvements actifs foetaux, mais faibles de fréquence (diminués) pour la mère.

Toucher vaginal associé au palper abdominal: col d'aspect gravide peu ramolli, légèrement dévié à gauche court et admettant un doigt d'orientation antérieure, Douglas et annexes libres sans particularité. Dans tous les cas, l'abdomen est sensible avec une excavation vide. Utérus volumineux, douloureux de contours irréguliers.

4. CONDUITE A TENIR :

A l'issue de cet examen, le médecin de garde décidera de l'hospitaliser avec comme hypothèse diagnostique: menace d'accouchement prématuré, avec comme conduite à tenir: goutte épaisse et frottis sanguin qui se sont avérés positifs à huit plasmoduim falciparum par champ. L'ECBU : examen cyto-bactériologique des urines sera demandé mais ne sera pas fait. Ainsi, on a retenu le diagnostic final de menace d'accouchement prématuré sur grossesse de 36 SA environ cinq jours secondaire à un accès palustre avec infection urinaire probable.

Protocole thérapeutique sera: Quinimax 0,60 à raison d'une ampoule de 0,60 IM toutes les 8 heures, Vogalène injectable une ampoule en intra-musculaire matin et soir, Bricanyl injectable six ampoules en perfusion lente pendant 24 heures, Spasfon comprimés un comprimé matin midi et soir dès l'arrêt des vomissements, Ampicilline injectable deux grammes matin et soir en intra-musculaire. Malgré ces traitements correctement exécutés, les signes ne s'amenderont pas sinon l'évolution se fait vers l'aggravation. Devant ce tableau, le Dimanche 7 Juillet, le médecin montant la garde a décidé de déclencher le travail. Ainsi elle recevra pour cette circonstance: deux ampoules de Spasfon en intraveineuse directe et puis trois autres dans 500 cc de glucose à 5 % en perfusion lente de 8h30 à 15h. Malgré tout, le col est toujours ouvert à un doigt, poche des eaux non sentie, avec une excavation carrément vide et un abdomen très douloureux. Elle recevra encore deux ampoules de Buscopan en intra-musculaire. A 16h, le travail est resté toujours stationnaire avec début de souffrance foetale bruits cardiaques foetaux à 168 battements par minute, une douleur abdominale de plus en plus prononcée.

Le médecin de garde a décidé d'aller par la voie haute pour arrêt de progression, dystocie du col plus souffrance foetale. L'ordonnance est alors délivrée. L'intervention a eu lieu le Dimanche 7 Juillet 1996 à 18h10.

Une incision xypho-pubienne est pratiquée. A l'ouverture, on tombe sur une volumineuse poche très épaisse avec un placenta d'insertion diffuse prenant la grande majorité de ses attaches sur le côlon et les anses intestinales et très partiellement sur la

paroi latéro-utérine gauche. On procédera alors à la dissection de cette poche qui donnera issue à:

un liquide amniotique clair de quantité normale environ 500cc;

un foetus de sexe masculin vivant réanimé pendant au moins quatre minutes avec succès, sans anomalies morphologiques Apgar à la première minute 7. Apgar à la cinquième minute 8 pesant 2400 grammes mesurant 43 cm. Il sera immédiatement référé en pédiatrie pour prématurité. On procédera à une désinsertion du placenta au niveau de la paroi latéro-postérieure de utérus et à une résection partielle du placenta au niveau du côlon et des anses intestinales sans incidents hémorragiques significatifs suivie d'une hémostase parfaite. Poids du placenta : 400 gr.

Le cordon mesurant 59 cm (très long) avec 1,5 cm de diamètre est d'insertion marginale. On procédera à un nettoyage de la cavité abdominale au sérum salé 9‰ attiédi dilué à la Bétadine, mise en place d'un drain iliaque de chaque côté, peritonisation, fermeture plan par plan, lin sur la peau.

NB : utérus augmenté de volume dont la taille correspond à une pamplemousse avec présence des ligaments ronds, ovaires d'aspects normaux, trompes inflammatoires.

5. TRAITEMENT RECU :

En per opératoire : sérum salé 9‰ deux flacons, sérum glucose 5 % un flacon, Dextran un flacon, Amoxilline injectable 2 grammes en intra-musculaire.

En post opératoire : Amoxilline injectable deux grammes matin et soir pendant 3 jours, relayé avec la forme orale pendant dix jours en raison de deux gélules matin et soir, Gentamicine 80 un flacon matin et soir en intra-musculaire pendant cinq jours, Débridat injectable une ampoule matin et soir en intra-musculaire, sérum salé 9‰ un flacon matin et soir, sérum glucose 5 % un flacon matin et soir, Quinimax 0,60 1 ampoule en perfusion lente dans 500 cc de glucose à 5 % matin et soir, Vitamine K1 une ampoule en intra-musculaire matin et soir pendant le seul premier jour de l'intervention. Les suites opératoires ont été simples. Le nouveau-né référé en pédiatrie, reviendra auprès de sa mère après 12 heures d'assistance médicale. Ils seront

libérés le Lundi 15 Juillet 1996 avec son enfant bien portant, soit huit jours d'hospitalisation c'est-à-dire du 7 Juillet 1996 au 15 Juillet 1996. Ils ,ont été revus le 7è jour, 14è jour, 30è jour après leur libération, la maman était dans un état satisfaisant mais le nouveau-né présentait des lésions cutanées type vésiculaire. A cet effet, une consultation pédiatrique a été demandée et un traitement instauré à base d'Hiconcil sirop 125 avec succès.

Ils seront revus (mère et enfant) 9 mois plus tard tous deux en bon état général.

TROISIEME OBSERVATION :

1. Identité, provenance, motif, antécédents et signes fonctionnels :

Madame Sanogo A. 34 ans ménagère Senoufo domiciliée à Lafiabougou, elle est mariée, une coépouse, elle est huitième geste septième pare, cinq vivants, le dernier enfant est âgé de trois ans. Elle aurait été césarisée pour cet enfant en 1993 pour siège plus procidence du cordon battant, gros foetus. Evacuée de la maternité de Hamdalaye sans fiche ni motif évacuation, elle sera reçue par la sage femme de permanence le 30 Novembre 1997 vers 15h. Au terme de son examen, la sage femme avait estimé nécessaire une échographie obstétricale notamment pour déterminer l'âge et la présentation puisque dit-elle "à l'examen, son abdomen m'a paru bizarre". Le même jour, à 20h35, la même patiente est reçue par la sage femme de garde avec sa fiche échographie faite dans une clinique privée qui certifiait: grossesse extra-utérine abdominale de 32 semaines d'aménorrhée (32SA) arrêtée (bruits cardiaques foetaux négatifs, mouvements actifs foetaux négatifs) sur masse ovarienne gauche. Devant un mauvais état général, la patiente sera référée au médecin de garde.

A l'interrogatoire : parmi ces Antécédents:

Médicaux: Aucune particularité;

Chirurgicaux: césarisée en 1993 lors de son dernier accouchement.

Gyneco-obstetricaux : 8è geste 7è pare 5 vivants. Annexite bilatérale chronique qui s'était avérée rebelle aux antibiotiques usuels

Contraception : rien à signaler (aucune particularité).

Les signes Fonctionnels

Douleurs abdomino-pelviennes intermittentes irradiant dans les lombes, les cuisses et dans le dos. Cette douleur s'accompagne de sialorrhée, de nausées avec vomissements, épigastralgie et anorexie. Elle évoque aussi une notion de somnolence, fatigue et surtout des vertiges intenses l'obligeant souvent à garder le lit, des vertiges qu'elle avait elle même rattaché à sa grossesse, des troubles urinaires à type de dysurie, pollakiurie ont été également signalés par la patiente. Lipothymie ou syncope.

2. EXAMEN PHYSIQUE :

Altération de état général, patiente angoissée, sueurs, refroidissement des extrémités et fatigue, avec vertiges + Dyspnée et soif, pâleur conjonctivale, température à 38°5 pression artérielle à 10/6, pouls accéléré à 120 battements par minute filant.

3. EXAMEN GYNECO-OBSTETRICAL :

Hauteur de l'uterus 28 centimètres, bruits cardiaques foetaux négatifs, mouvements actifs foetaux négatifs, la palpitation retrouve un abdomen peu sensible avec un foetus très superficiel et très mobile étalé en aspect de présentation transversale. Le toucher vaginal associé au palper abdominal: col long; l'exocol admet un doigt avec un endocol fermé; mais ramolli, Douglas et annexes sans particularités. La masse abdominale est peu sensible de consistance souple, et régulier dans ses contours.

4. LA CONDUITE A TENIR : LAPAROTOMIE INDIQUEE

Une voie veineuse d'urgence avec un flacon de Dextran, laparotomie d'urgence indiquée pour grossesse abdominale, groupage sanguin Rhésus d'urgence qui est revenu 0 positif (0+), ordonnance délivrée pour laparotomie depuis 20h15. Elle recevra avant l'arrivée des médicaments nécessaires pour la laparotomie deux sérums salés 9‰ 500cc deux sachets de 0+, Amoxilline injectable deux grammes, en intraveineuse directe, Quinimax 0,60 une ampoule en intra-musculaire en plus du Dextran. Ces produits ont été soustraits des produits d'urgence dont dispose le service. Le 1er Décembre 1997 à 2h10 du matin, les parents viennent se présenter avec l'ordonnance en mains, le mari de la patiente nous laisse entendre "nous n'avons pas pu avoir l'argent nécessaire pour payer les médicaments on a été partout pour chercher à nous endetter mais hélas tous nos efforts ont été vains, dans tous les cas, on s'en remet à Dieu et sa volonté". A 2h20, nous sommes alertés par une des accompagnantes pour

motif "la patiente serait tombée par terre de son lit" nous avons été constater les faits, mais à l'expectative, à 3h45, le constat est amère car elle sombre de plus en plus dans un profond sommeil avec tantôt baillements, les conjonctives sont subitement plus pâles, une pression artérielle à 7/3. La ponction transpariétale à la seringue est refaite et sera positive car ramenant 8cc de sang coagulable. A 4h22 minutes les parents se présentent avec le minimum de médicaments. A 4h30, la patiente est prise d'urgence au bloc opératoire pour la laparotomie; après une incision xypho-pubienne, on tombe sur une cavité abdominale pleine d'environ 1000 cc de sang rouge moussant; par ailleurs on découvre une poche intacte. Après évacuation des caillots de sang et dissection de la poche, on découvre un foetus mort macéré de sexe masculin pesant 1400 grammes et long de 37 cm polymalformés: microcéphalie et bec-de-lièvre et mesurant 36 cm. Le placenta très diffus et initialement inséré au niveau du foie et au niveau des vaisseaux mésentériques et aux anses quasi-totalement décollé saignant à flot de sang rouge vif moussant, à l'origine de l'inondation péritonéale. Cette inondation serait secondaire au décollement du placenta consécutif au choc traumatique dont la patiente a été victime. Avant l'exploration, la patiente rend son dernier souffle en pleine intervention à 5h31 mn. Dans un tableau de choc hypovolémique on fermera alors la cavité abdominale en deux plans. Le cordon réduit mesurant 30 cm de longueur et 1,2 cm de diamètre est d'insertion excentrée sur le placenta, à la dissection de la poche des eaux: la quantité 1000 cc et de qualité hématique.

Le placenta: Poids: 245 grammes, inférieur aux normes.

N.B. : *L'utérus volumineux avait la taille d'une pamplemousse, soit environ une grossesse de 12 SA, ligaments ronds présents.*

ANALYSE DES RESULTATS

I.- FACTEURS EPIDEMIOLOGIQUES :

A. - FREQUENCE :

Pendant la période de notre étude (du 1er décembre 1996 au 30 novembre 1997), nous avons dénombré: .

Û 4098 accouchements avec 12 cas de grossesses abdominales, soit 0,29% ou 2,9‰;
Û 320 grossesses extra-utérines dont 12 abdominales ont été enregistrées soit 3,75% ou 37,5 ‰.

B.-ETAT MATRIMONIAL :

Tableau 1: Répartition de nos patientes selon l'état matrimonial

Etat matrimonial	effectif	Pourcentage (%)
mariée	11	91,67
célibataire	1	8,33
Total	12	100,00

D.- SELON L'AGE :

Tableau 2: Répartition de nos patientes selon la tranche d'âge

Age	Effectif	Pourcentage (%)
15 < ageÈ20	4	33,33
20 < ageÈ25	1	8,33
25 < ageÈ30	3	25,00
30 < ageÈ35	2	16,67
35 < ageÈ40	2	16,67
Total	12	100,00

F.- ANTECEDENTS INFECTIEUX (GYNECOLOGIQUES) :

Tableau 6: Répartition de nos patientes selon les antécédents infectieux (facteurs favorisants, facteurs incriminés).

Antécédents	Effectif	Pourcentage (%)
Annexite	4	33,33
Vulvo-vaginite	1	8,33
Tuberculose génitale	0	0,00
Autre	0	0,00
Aucune particularité signalée	6	50,00
Total	12	£100,00

G.- AUTRES ANTECEDENTS :

Tableau 7: Antécédents d'endométriose

Endométriose	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	1	8,33
Non	11	91,67
Total	12	100,00

H.- ANTECEDENTS DE CONTRACEPTION :

Tableau 8: Les antécédents de contraception

Type de contraception	Effectif	Pourcentage (%)
Orale	2	16,67
Injectable	0	0,00
Stérilet (D.i.u)	1	8,33
Aucun	9	75,00
Total	12	100,00

I.- ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :

Tableau 9: Répartition de nos patientes en fonction des antécédents chirurgicaux

Antécédents	Effectif	Pourcentage (%)
Hemopéritoine	0	0,00
Chirurgie conservatrice des trompes (plastie tubaire)	0	0,00
Abcès ombilical fistulisé	0	0,00
Appendicite	0	0,00
Césarienne	1	8,33
Autre	0	0,00
Aucune particularité	11	91,67
Total	12	100,00

J.- ANTECEDENTS DE STERILITE :

Tableau 10: Répartition de nos patientes selon les antécédents (de stérilité primaire ou secondaire)

Type stérilité	Effectif	Pourcentage (%)
Primaire	1	8,33
Secondaire	3	25,00
Aucun	8	66,67
Total	12	100,00

II. PROVENANCE DE NOS PATIENTES :

Tableau 11: Répartition de nos patientes selon la provenance

Lieu de provenance	Effectif	Pourcentage (%)
Evacuées des structures extérieures au CHU Gabriel Touré, PMI, CSCOM	5	41,67
Evacuée d'une structure sanitaire privée	3	25,00
Référée d'un des services du CHU Gabriel Touré	2	16,67
En provenance directement du domicile	2	16,67
Total	12	100,00

III. MOTIFS D'EVACUATION :

Tableau 12: Répartition de nos patientes selon le motif d'évacuation (Dix patientes)

Motif d'évacuation	Effectif	Pourcentage (%)
Douleur abdomino-pelvienne ± métrorragie ± aménorrhée	3	30
Avortement spontané	2	20
Faute de moyens financiers	1	10
Anomalie de grossesse	1	10
Manque de blouses et de champs stériles	1	10
Sans motif	2	20
Total	10	100

IV ASPECTS ET MODALITES CLINIQUES :

SIGNES FONCTIONNELS MAJEURS PLUS OU MOINS CONSTANTS

A - DOULEUR PELVIENNE OU ABDOMINO-PELVIENNE

Tableau 13: Répartition de nos patientes selon la fréquence de la douleur pelvienne ou abdomino-pelvienne

Douleur pelvienne ou abdomino-pelvienne	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	11	91,67
Non	1	8,33
Total	12	100,00

B - PERTURBATIONS DU CYCLE :

1- AMENORRHEE

Tableau 14: Répartition de nos patientes selon la fréquence de l'aménorrhée.

Aménorrhée	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	11	91,67
Non	1	8,33
Total	12	100

2- LA METRORRAGIE

Tableau 15: Répartition de nos patientes selon la fréquence de métrorragie

Métrorragie	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	8	66,67
Non	4	33,33
Total	12	100

4- SIGNES FONCTIONNELS MAJEURS NON CONSTANTS MAIS TRES EVOCATEURS

1- SIGNES D'OCCLUSION OU DE SUB-OCCLUSION

Tableau 16: Répartition des patientes selon la fréquence de l'arrêt des matières et des gaz

Arrêt des matières et des gaz	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	2	16,67
Non	10	83,33
Total	12	100

Tableau 17: Répartition des patientes selon la fréquence du météorisme

Météorisme	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	2	16,67
Non	10	83,33
Total	12	100,00

2- AUTRES TROUBLES DU TRANSIT INTESTINAL :

Tableau 18: Répartition des patientes selon la fréquence de la constipation

Constipation	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	4	33,33
Non	8	66,67
Total	12	100

Tableau 19: Répartition des patientes selon la fréquence du gargouillement

Gargouillement	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	2	16,67
Non	10	83,33
Total	12	100,00

3. AUTRES SIGNES

Tableau 20: Répartition de nos patientes selon la fréquence des vomissements.

Vomissements	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	5	41,67
Non	7	58,33
Total	12	100,00

Tableau 21: Répartition de nos patientes selon la fréquence de la diarrhée.

Diarrhée	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	3	25
Non	9	75
Total	12	100

Tableau 22: Répartition de nos patientes selon la fréquence de l'épigastralgie.

Epigastralgie	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	3	25
Non	9	75
Total	12	100

Tableau 23: Répartition de nos patientes selon la fréquence du ténesme.

Ténesme	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	3	25
Non	9	75
Total	12	100

Tableau 24: Répartition de nos patientes selon la fréquence des épreintes.

Epreintes	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	4	33,33
Non	8	66,67
Total	12	100,00

B.- LES TROUBLES URINAIRES :

Tableau 25: Répartition de nos patientes en fonction des troubles urinaires.

Nature du trouble	Total	Pourcentage (%)
Polla Kiurie	7	58,33
Dysurie	6	50
Rétention urinaire	0	0
incontinence urinaire	2	16,67

C.- LES SIGNES D'ETAT D'HYPOVOLEMIE :

Tableau 26: Répartition de nos patientes selon la fréquence des signes d'hypovolémie.

Signe d'hypovolémie	effectif	Pourcentage (%)
Pouls filant accélère ou absent	6	50,00
Dyspnée	5	41,67
Angoisse	4	33,33
Sueurs froides	4	33,33
Refroidissement des extrémités	3	25,00
Soif	3	25,00
Baisse de la TA	5	41,67

D.- LES SIGNES FONCTIONNELS D'ANEMIE :

Tableau 27: Répartition de nos patientes selon la fréquence des signes fonctionnels d'anémie.

Signe fonctionnel d'anémie	Total	Pourcentage (%)
Pâleur conjonctivale	10	83,33
Lipothymie	5	41,67
Fatigue	5	50,00
Dyspnée	5	41,67

E.- LES VOMISSEMENTS : CARACTERISTIQUES

Dans l'ensemble, les vomissements ont été retrouvés chez 41,67% de nos patientes.

Tableau 28: Caractéristiques des vomissements et leur fréquence.

Type	Effectif	Pourcentage (%)
Alimentaire	5	100
Bilieux	3	60
Fecaloïde	2	40
Autres	0	0

EXAMEN CLINIQUE :

A.- APPRECIATION DE L'ETAT GENERAL

Tableau 29: Appréciation de l'état général de nos patientes (subjectifs)

Etat général	Effectif	Pourcentage (%)
Satisfaisant	5	41,67
Altéré	6	50,00
Très mauvais	1	8,33
Total	12	100,00

B.- ORIENTATION DIAGNOSTIQUE (PALPATION) :

Tableau 30: Orientation diagnostique (palpation)

Eléments d'orientation	Effectif	Pourcentage (%)
Foetus trop étalé et ou trop superficiel	4	33,33
Aucun	8	66,67
Total	12	100,00

C.- EXAMEN GYNECO - OBSTETRICAL :

- LE TOUCHER VAGINAL (T.V.) + PALPER ABDOMINAL :
* RAPPORTS MASSE TUMORALE - UTERUS :

Tableau 31: Rapports entre utérus et la masse.

Rapports à l'examen	Effectif	Pourcentage (%)
Etablis	4	33,33
Non établis	8	66,67
Total	12	100,00

* ETAT DES CUL-DE-SACS LATERAUX :

Tableau 32: Appréciation des cul-de-sacs latéraux

Etat des cul-de-sacs latéraux	Effectif	Pourcentage (%)
Bombé et sensible	0	0,00
Bombé et indolore	0	0,00
Libre et sensible	1	8,33
Aucune précision	7	58,33
Aucune particularité	4	33,33
Total	12	100,00

* ETAT DU DOUGLAS : Cul-de-sac de Douglas

Tableau 33: Etat du cul-de-sac de Douglas au T.V.

Etat du Douglas	Effectif	Pourcentage (%)
Douglas bombé et sensible	4	33,33
Douglas bombé et indolore	2	16,67
Douglas libre mais sensible	1	8,33
Douglas sans particularité	5	41,67
Total	12	100,00

D - LES PONCTIONS :

1.- PONCTIONS ABDOMINALES TRANS-PARIETALES

Tableau 34: Répartition des patientes en fonction des résultats des ponctions abdominales.

Ponction abdominale		Effectif	Pourcentage (%)
Effectuée	Blanche (négative)	2	16,67
	Positive (hématique)	3	25,00
Non effectuée		7	58,33
Total		12	100,00

2.- DOUGLAS : (DANS LE CUL-DE-SAC DE DOUGLAS)

Tableau 35: Répartition des patientes en fonction du résultat des ponctions du Douglas.

Ponction du Douglas		Effectif	Pourcentage (%)
Effectuée	Blanche (négative)	1	8,33
	Positive (hématique)	1	8,33
Non effectuée		10	83,33
Total		12	100,00

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

A.- TEST BIOLOGIQUE OU IMMUNOLOGIQUE DE GROSSESSE ET COURBE THERMIQUE :

Ni un test biologique ou immunologique, ni la courbe ménothermique, n'ont été effectués au cours de notre travail.

B. - AUTRES EXAMENS :

Tableau 36: Autres examens demandés

Examen demandé	Effectif	Pourcentage (%)
Echographie	10	83,33
Radiographie de l'abdomen sans préparation (A.S.P)	2	16,67
Autre	0	0,00
Total	12	100,00

a.- Cas spécifique de l'échographie (Echotomographie) dans la confirmation du diagnostic de la grossesse ectopique (abdominale) (10 cas) :

Tableau 37: Orientation diagnostique par l'échographie

Echographie	Effectif	Pourcentage (%)
A confirmé le diagnostic	7	70
N'a pas confirmé le diagnostic	3	30
Total	10	100

b.- Cas spécifique de la radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP): son apport dans le diagnostic de la grossesse ectopique type abdominale (2 CAS)

Tableau 38: Orientation diagnostique par l'ASP

Radiographie de l'ASP	Effectif	Pourcentage (%)
A confirmé le diagnostic	0	0
N'a pas pu confirmé le diagnostic	2	100
Total	2	100

c.- L'échographie, l'âge de la grossesse et le diagnostic

Tableau 39: Affirmation du diagnostic échographique en fonction de l'âge de la grossesse.

	Les cas											
Estimation échographique de la grossesse en SA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Age échographique en SA	20	22	40	26	28	20	Echo n'a pas été demandée	36	âge non précisé	Echo n'a pas été demandée	14	32
Confirmation du diagnostic à l'écho.	+	+		+	+	+					+	+
Echographie n'a pas pu faire le diagnostic			+					+	+			

d.- Circonstances de découvertes :

Tableau 40: Etats et ou circonstances dans lesquelles nos patientes ont été reçues.

Etats et ou circonstances	Effectif	Pourcentage (%)
Patiente reçue dans un tableau d'urgence	6	50,00
patiente admise en salle d'accouchement pour début de travail ou après échec des tentatives d'accouchement par voies naturelles	2	16,67
Autre: diagnostic déjà évoqué par l'échographie	4	33,33
Total	12	100,00

LA LAPAROTOMIE :

A.- RESULTATS DE LA LAPAROTOMIE

1.- LES ANNEXES FOETALES

a. Le placenta et ses membranes :
INSERTION PLACENTAIRES ET OU ADHERENCES MEMBRANAIRES.

Tableau 41: Siège du placenta et ou des membranes.

Viscères ou organes	Effectif	Pourcentage (%)
Anses intestinales	9	75,00
Gros vaisseaux mésentériques	3	25,00
Côlon	6	50,00
Epiploon	5	41,67
Foie	1	8,33
Parois utérines	5	41,67

LES ORGANES D'INSERTIONS PLACENTAIRES
Tableau 42:

Type d'insertion	Effectif	Pourcentage (%)
Insertion sur un seul organe	1	8,33
Insertion sur deux organes	4	33,33
Insertion sur plusieurs organes	7	58,33
Total	12	100,00

Tableau 43: Foetus et annexes foetales

	Patientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Age de la grossesse en semaine d'aménorrhée (SA)		20	22	40	26	28	°20	°20	36	°20	°20	24	32
Appréciation du foetus et de ses annexes													
Foetus	Poids en gramme	278,5 £	580,25 *f*	2900 £	990 *f*	990 £	280 £	410 *f*	2400 *f*	270 £	300 *f*	520 £	1400 £
	Longueur en centimètre	24 £	28 *f*	48 £	31 £	33 £	25 *f*	26 *f*	43 £	23 £	24 £	28 £	37 £
Cordon ombilical	Longueur en centimètre	20 £	27 £	48 £	30 £	33 £	25 *f*	23 £	49 Ù	20 £	20 £	25 £	30 £
	Diamètre en centimètre			1,5 *f*					1,5 *f*				1,2 *f*
Placenta	Poids en gramme	43,45 £	96,70 £	483,33 £	160 *f*	160 £	44,66 £	68,30. *f*	400 *f*	45 £	47 *f*	80 £	245 £
Liquide amniotique	Quantité	Faible	normale	faible 500cc	faible		faible		normale 1,5litre			faible	faible
	Qualité	hématique	trouble blanc salle	Hématique	Hématique		Hématique		Claire			Hématique	Hématique
	Aucune précision					+		+		+	+		

f = normal £ = diminué Ù = augmenté

Résumé du tableau : cf tableau temoin page 52

Foetus:a.-Poids: Le poids a été estimé inférieur aux normes dans 58,33% des 7 cas. Dans 41,67% le poids répondait aux normes, 5 cas

b.- Taille: Dans 75%, la longueur du foetus a été inférieure aux normes et ne répondait aux normes que dans 25% des cas.

Cordon ombilical: a. Longueur Dans 83,33% des cas, le cordon avait une longueur inférieure aux normes (10 cas); dans 8,33% (1 cas) avait une longueur normale, dans 8,33 autres %, la longueur était supérieure aux normales.

b. Diamètre: Il a été normal dans les trois cas où il a été mesuré (25% des cas), dans le reste des cas il n'a pas été mesuré.

Placenta: Poids: Dans 66,67% des cas, le placenta avait un poids inférieur aux normes (8 cas), et dans 33,33% des cas, il avait un poids répondant aux normes (4 cas).

Liquide amniotique: Quantité: Le liquide amniotique a été apprécié globalement faible dans 50% des cas (6 cas), et globalement normal dans 16,67% des cas (2 cas).

Qualité: Dans 50% des cas, le liquide amniotique était hématique (6 cas), trouble dans 8,33% des cas (1 cas) et clair dans 8,33% autres (1 cas).

Dans 33,33%, la qualité et la quantité du liquide amniotique n'ont pas été appréciées: soit du fait de l'absence de la poche (1 cas) ou de sa rupture prématurée (3 cas).

b.- Le cordon :

- Le mode d'insertion du cordon ombilical sur le placenta (LIEU D'INSERTION).

Tableau 44: Les différents modes d'insertion du cordon ombilical sur le placenta.

Mode	Effectif	Pourcentage (%)
Central	4	33,33
Excentré	6	50,00
Marginal	2	16,67
Vélamenteux	0	0,00
Total	12	100,00

L'ETAT DE L'ŒUF (FOETUS) EN TERME DE VITALITE

Tableau 45: Etat foetal (en terme de vitalité).

Etat foetal en terme de vitalité	Effectif	Pourcentage (%)
Foetus vivant à terme	0	0,00
Foetus vivant prématuré	1	8,33
Foetus mort in-situ avant terme	10	83,33
Foetus mort à terme	1	8,33
Total	12	100

- LES MALFORMATIONS FOETALES RENCONTREES

Tableau 46: La fréquence des malformations rencontrées.

Malformation	Effectif	Pourcentage (%)
Présente	1	8,33
Absente	11	91,67
Total	12	100,00

- TYPE DE MAL FORMATION

Tableau 47: Les types de malformations rencontrées.

Type	Effectif	Pourcentage (%)
Macrocéphalie	0	0,00
Hydrocéphalie	0	0,00
* Bec-de-lièvre	1*	8,33
* Microcéphalie	1*	8,33
Autres	0	0,00
Rien	11	91,63
Total	12	100

* Chez la même patiente.

Le bec-de-lièvre et la microcéphalie ont été les seules malformations rencontrées dans notre série et chez la même patiente.

- LES RETENTIONS DES FŒTUS MORTS ET LEURS ETATS

Tableau 48: Différents degrés de rétention de l'œuf mort (concerne les onze foetus).

Degrés de rétention	Effectif	Pourcentage (%)
Foetus mort récent	1	9,09
Foetus mort macéré	9	81,82
Foetus mort putréfié	1	9,09
Foetus mort en état de Lithopédion	0	0,00
Total	11	100,00

2 - ATTITUDES OBSERVEES VIS-A-VIS DU PLACENTA

Tableau 49: Répartition de nos patientes selon les différentes attitudes vis-à-vis du placenta .

Différents sorts réservés au placenta	Effectif	Pourcentage (%)
Désinsertion totale ou extirpation totale	6	50,00
Ablation partielle ou résection partielle	5	41,67
Abandon in situ avec marsupialisation	0	0,00
Extirpation totale + résection partielle	1	8,33
Total	12	100,00

LIGAMENTS RONDS

Tableau 50: Répartition de nos patientes selon la fréquence de la présence des ligaments ronds

Présence des ligaments ronds	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	12	100,00
Non	0	0,00
Total	12	100,00

LE PRONOSTIC

I. PRONOSTIC MATERNEL
PRONOSTIC IMMEDIAT

Tableau 51: Pronostic maternel immédiat

Pronostic	Effectif	Pourcentage (%)
Favorable	10	83,33
Décès	2	16,67
Total	12	100,00

LES CAUSES DU DECES MATERNEL

Tableau 52: Les différentes étiologies attribuées aux décès maternels dans l'immédiat.

Etiologie	Effectif	Pourcentage (%)
Choc hypovolémique	1	50
hypovolémie + trouble des facteurs de la coagulation	1	50
Infection (choc septique)	0	0
Autre	0	0
Total	2	100

II. LE PRONOSTIC FOETAL

Tableau 53: Le pronostic foetal au cours de notre travail.

Pronostic	Effectif	Pourcentage (%)
Bon	1	8,33
Mauvais (mort in situ)	11	91,67
Total	12	100,00

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

I/ FACTEURS EPIDEMIOPLOGIQUES :

Notre étude a permis de décrire les différentes étapes qui ont conduit au diagnostic de 12 cas de grossesses abdominales et à leur prise en charge au service de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré.

A- FREQUENCE :

Û Du 1er Décembre 1996 au 30 Novembre 1997, nous avons enregistré 4098 accouchements dont 12 cas de grossesses abdominales soit une fréquence de 0,29% ou 2,9‰.

Ce taux est un peu faible par rapport à celui de CORREA et coll (9) qui est de 0,37%. Cependant notre taux est supérieur à celui avancé par MINGALON (35) qui est de 0,0085% soit 1 cas pour 11.725 accouchements.

Û Pendant cette même période (1er Décembre 1996 au 30 Novembre 1997), 320 grossesses extra-utérines ont été enregistrées dans le service dont 12 cas de grossesses abdominales, soit 3,75% (37,5‰).

Ce taux dépasse celui avancé par MEYARD et ses coll (33) à savoir 1 à 2%.

B - FACTEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

1- L'âge: 33,33% (10 cas) de nos patientes avaient un âge compris entre {15 et 35 ans}. MANSOUR (32) situe le maximum des cas entre 25 et 35 ans.

Cependant, BEACHAM et collaborateurs (3) situent le maximum des cas à 42 ans.

FABRE et LORIER (17) estiment que la notion d'âge n'intervient pas en matière de grossesse abdominale.

2- La race: De nombreux auteurs surtout occidentaux tels que: LABRY (29), BEACHAM et leurs collaborateurs (3), pensent que la grossesse abdominale serait "une question de couleur", et que la race noire en serait la cible privilégiée. En tout état de chose 100% de nos patientes étaient de la race noire (notre étude concerne le milieu purement africain donc noir).

3- Facteurs socio-économiques et professionnels: 100% de nos patientes étaient des ménagères au bas niveau socio-économique et aux conditions de vie précaires résidant pour la plupart dans les quartiers pauvres. Ainsi, de notre avis, la grossesse abdominale serait une "affaire de sous développement" plutôt qu'une "affaire de race, de couleur".

C - LES ANTECEDENTS :

1- Les antécédents gynécologiques:

Avec 58,33% d'antécédents d'infections pelviennes (annexite, vulvo-vaginite) et d'avortements spontanés non suivis de curetage, notre taux est plus faible que celui avancé par HOULNE P. (25) qui est de 87%.

2- Antécédents obstétricaux:

a - Gestité:

41,67% de nos patientes étaient des multigestes, 33,33% des primigestes, 25% de grandes multigestes.

b - Parité:

33,33% des cas étaient des nullipares âgées de 18 à 35 ans ayant été toutes traitées pour désir d'enfant; primipare 25%, multipares 25%, grandes multipares 16,67%.

3- Antécédents chirurgicaux:

Les antécédents de laparotomie telle une chirurgie conservatrice des trompes (plastie tubaire) tant évoqués dans la littérature, n'ont pas été rencontrés au cours de notre travail. Cependant 8,33% des cas (12) avait été déjà césarisée, soit une patiente.

4- Antécédents de contraception:

16,67% de nos femmes avaient des antécédents de contraception. Mais, grossesse abdominale sur contraception en cours tel que le rapportait RASHMIREKH (grossesse de 11SA sur stérilet en cuivre) n'a pas été retrouvée au cours de notre travail.

5- Antécédents de stérilité :

Avec 33,33% de cas de stérilité, nos résultats viennent renforcer cette thèse de LACOMME à savoir : la fréquence élevée de survenue des grossesses abdominales chez les femmes "à fécondité médiocre" et qui ont été traitées ou non pour stérilité.

D - CAS PARTICULIERS :

1- Endométriose :

L'endométriose fortement incriminée dans la survenue des grossesses abdominales par STANCA et GOBB (43) n'a été retrouvée que dans 8,33% des cas (soit une seule patiente). Ce faible taux peut s'expliquer par le fait que l'endométriose n'a pas été systématiquement recherchée chez nos patientes.

2- L'antibiothérapie :

Les antibiotiques, longtemps incriminés, d'abord par KROHN rapporté par EL HADRAMY DUCROS (15) en 1952 puis par FUNCK-BRENTANO (20) dans la survenue des grossesses abdominales secondaires n'a pas fait l'objet de recherche au cours de notre travail.

E - PROVENANCE DE NOS PATIENTES :

88,33% de nos patientes étaient des évacuées dont 66,67% en provenance des structures sanitaires extérieures au CHU Gabriel Touré.

F - MOTIFS D'EVACUATION :

Les motifs d'évacuation étaient très diversifiés, allant des douleurs abdomino-pelviennes avec ou sans métrorragie sur notion d'aménorrhée (30%), aux fautes de moyens financiers (10%), en passant par l'avortement spontané (20%) et l'anomalie de grossesse (10%).

20% de nos patientes nous ont été référées sans motif.

II/ LES MODALITES CLINIQUES :

A - LES SIGNES FONCTIONNELS :

1 - La douleur pelvienne ou abdomino-pelvienne :

Elle a été l'un des signes fonctionnels le plus constant avec 91,67% des cas, soit au total 11 patientes sur les 12.

2 - **Les perturbations du cycle** :

a.- **L'aménorrhée** : L'aménorrhée a été retrouvée à l'interrogatoire dans 91,67% des cas (11 patientes sur les 12).

b.- **Les métrorragies** : ont été retrouvées dans 66,67% des cas soit au total 8 patientes sur les 12.

3 - **Troubles du transit intestinal** :

Û Avec 16,67% des cas d'arrêt des matières et des gaz avec météorisme, nos résultats viennent appuyer cette thèse de PINARD rapporté par EL HADRAMY DUCROS (15) à savoir «l'occlusion chez une femme enceinte n'ayant pas de cicatrice de laparotomie devrait faire penser à une grossesse extra-utérine».

Û Les vomissements ont été observés dans 41,67% des cas: ils étaient alimentaires (83,33%), bilieux (50%) ou fécaloïdes (33,33%).

Û L'épigastralgie a été retrouvée dans 25% des cas; le ténesme (25%), les épreintes (33,33%); constipation (33,33%) et 16,67% pour le gargouillement.

4 - **Les signes de choc hypovolémique** : ont été retrouvés avec:

Pouls accéléré, filant ou absent (50%), dyspnée (41,67%), angoisse (33,33%), sueurs froides (33,33%), refroidissement des extrémités (25%), soif (25%) et baisse de la TA (41,67%).

5 - **Les signes d'anémie (subjectifs)** : ont été retrouvés avec:

Pâleur conjonctivale (83,33%), lipothymie (41,67%), fatigue (50%) et dyspnée (41,67%).

B - EXAMEN CLINIQUE :

1 - **Appréciation de l'état général** :

60% de nos patientes avaient un état général altéré, 41,67% un bon état général et 8,33% un état général très mauvais.

2 - **A la palpation** :

Le caractère trop superficiel et ou trop étalé du foetus évoqué successivement par CRESTE (10) et EL HADRAMY DUCROS (15) a été rencontré dans 33,33% des cas.

3 - **Examen gynéco-obstétrical** :

* **Rapports masse tumorale - utérus** :

Dans 33,33% des cas, nous avons palpé deux masses: l'une utérine et l'autre para-utérine. Ainsi nos résultats viennent renforcer cette thèse de MINGALON (35) à savoir la possibilité de palper deux masses bien distinctes.

* **Etat des cul-de-sacs latéraux** :

Les renseignements fournis par les cul-de-sacs latéraux ont été très peu concluants dans la mesure où aucune précision ne sera apportée sur leur état dans 58,33% des cas.

Dans 33,33% des cas, les cul-de-sacs latéraux ne présentaient aucune particularité.

Le caractère douloureux du cul-de-sac latéral a été retrouvé chez une de nos patientes soit 8,33%.

* **Etat du Douglas** :

- Dans 33,33% des cas, le Douglas était bombé et sensible;
- Bombé et indoloré dans 16,67% des cas;
- Libre et sensible dans un seul cas, soit 8,33%.

Dans 41,67% des cas, le cul-de-sac de Douglas ne présentait aucune particularité.

III/ LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

A.- LES EXAMENS BIOLOGIQUES ET HORMONAUX :

Aucun dosage hormonal ni biologique n'a été demandé au cours de notre travail, même si RATTE et RIBON (39) constataient une légère baisse du taux de pregnandiol et de l'oestradiol urinaire avec prolanémie normale.

Notre attitude s'explique par le fait que la plupart de nos patientes ont été reçues en urgence.

B.- LES EXAMENS HEMATOLOGIQUES :

Le groupage sanguin a été le seul examen hématologique demandé avec un taux de 83,33% des cas.

C.- AUTRES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

1 - L'A.S.P. (Radiographie de l'abdomen sans préparation) :

Dans 16,67% des cas, nous avons eu recours à l'A.S.P. Mais les résultats ont été décevants, car l'ASP a été incapable de confirmer la localisation ectopique du foetus. Cet état de fait peut s'expliquer soit:

- par la mauvaise qualité de nos clichés;
- du fait de l'âge trop jeune de l'oeuf (foetus) intra-abdominal.

2 - L'hystérosalpingographie :

L'HSG n'a été demandée nulle part au cours de notre travail. Notre attitude s'explique par le fait:

- que certaines de nos patientes ont été reçues en urgence avec un diagnostic déjà établi;

- mais aussi du fait de la non disponibilité de cet examen en urgence et ou de son coût élevé.

3 - La coelioscopie :

Elle n'a pas été demandée au cours de notre travail pour les mêmes raisons évoquées plus haut (cf. HSG).

4 - L'échotomographie :

Elle a été demandée dans 83,33% des cas.

Û Dans 70% de ces cas, l'échotomographie a évoqué la présence intra-abdominale du foetus. Cependant TSHIBANGU (46) pense que le nombre de faux positifs et de faux négatifs est si élevé que le recours à l'échotomographie reste en dehors des pratiques courantes.

Û Dans 30% de ces cas, il s'agissait de faux négatifs. Dans ces 30%, les 20% avaient un âge échographique compris entre 36 SA et 40 SA. Ce qui vient appuyer cette autre thèse de TSHIBANGU (46) à savoir les difficultés liées au diagnostic échotomographique des grossesses extra-utérines avancées. Aucune étude comparative entre l'échotomographie trans-abdominale et l'échographie trans-vaginale n'a été effectuée au cours de notre travail comme le préconisaient GUYRL et ses COLLABORATEURS cités par EL HADRAMY DUCROS (15).

De ce fait, il nous a été pratiquement impossible de comparer la fiabilité de es deux examens, même si CACCIATOR B. et coll (6) trouvent que l'échographie transvaginale permet un diagnostic plus précoce de la grossesse intra-utérine et un diagnostic plus fiable de la grossesse extra-utérine.

5 - L'hysteroscopie :

Elle n'a pas été pratiquée, le service ne disposant pas de ce type d'appareil.

IV/ LES PONCTIONS :

A.- PONCTION ABDOMINALE TRANS-PARIETALE :

Elle a été pratiquée dans 41,67% des cas.

Û Résultats :

- Elle était positive dans 25% des cas;
- Elle était négative (blanche) dans 16,67% des cas.

B.- PONCTION DU CUL-DE-SAC DOUGLAS :

Elle a été pratiquée dans 16,67% des cas.

Û Résultats :

- Dans 8,33% des cas, elle était positive (hématique)
- Négative (blanche) dans 8,33% autre des cas.

D'une manière générale, les ponctions ont été rarement pratiquées au cours de notre travail du fait que certaines de nos patientes nous sont parvenues avec leur diagnostic déjà évoqué.

V/ CIRCONSTANCES DE DECOUVERTES :

Û 50% de nos patientes ont été reçues en urgence;

Û 16,67% de nos patientes avaient été d'abord admise en salle d'accouchement (après échec de l'accouchement par les voies naturelles).

Û Dans 33,33% des cas, les patientes ont été reçues avec un diagnostic déjà établi.

VI/ CONDUITE A TENIR APRES INVESTIGATIONS :

A.- LA LAPAROTOMIE :

La laparotomie d'emblée a été effectuée dans 100% des cas.

Toutes les grossesses abdominales diagnostiquées sont justiciables d'une laparotomie à plus ou moins brève échéance dans la mesure où l'expulsion par les voies naturelles reste et demeure impossible.

RESULTATS DE LA LAPAROTOMIE :

1.- LE FOETUS ET SES ANNEXES :

a - Les annexes :

- Le placenta :

*** Poids:** Dans 66,67% des cas, le placenta avait un poids inférieur aux normes et cela en fonction de l'âge de la grossesse en semaine d'aménorrhée.

Le poids était dans les normes dans 33,33% des cas.

*** Epaisseur:** Considéré comme épais: 4,5cm à terme (avec une moyenne de 1,5 à 3cm) par EL HADRAMY DUCROS (15), l'épaisseur du placenta n'a pas été évaluée au cours de notre travail.

*** Siège du placenta et des membranes:**

- Dans 75% des cas, les insertions du placenta et des membranes étaient intestinales;

- Le côlon (ascendant, transverse et descendant) était concerné dans 50%; l'épiploon dans 41,67%; les parois utérines dans 41,67%; les gros vaisseaux mésentériques dans 25% des cas; le foie dans 8,33% des cas.

L'insertion splénique (rate) rapportée par VUILLARD P. et COLL (48) n'a pas été rencontrée au cours de notre travail.

*** Organes d'insertion placentaire :**

- Dans 58,33% des cas l'insertion était diffuse. Nos résultats viennent renforcer ceux de FAUP (18) à savoir 4 insertions diffuses sur 5, soit 80%;
- L'insertion concernait deux organes dans 33,33% des cas et un seul organe dans 8,33% des cas.

- **<u>Le cordon ombilical</u> :**

*** Longueur: (en fonction de l'âge de la grossesse en SA)**

Û Dans 83,33% des cas, le cordon avait une longueur inférieure aux normes en fonction de l'âge de la grossesse (en SA); normale dans 8,33% des cas et supérieure aux normes (59cm pour 36 SA) dans 8,33% des cas.

*** Diamètre: (en fonction de l'âge de la grossesse en SA)**

Il n'a été estimé que dans 25% des cas et a été jugé normal car allant de 1,2cm à 1,5cm pour des grossesses abdominales de 32 SA à 40 SA.

*** Mode d'insertion:**

- Dans 50% des cas, le mode était excentré, ce qui avoisine les résultats avancés par de EL HADRAMY DUCROS (15) qui sont de 60%.
- Il était central dans 33,33% des cas;

- Le mode d'insertion marginal, considéré par CHAPPUIS (8) comme étant le mode le plus fréquent en matière de grossesse abdominale, n'a été retrouvé que dans 16,67% au cours de notre travail;

- Le mode vélamenteux rapporté par AUBERTW (2) n'a pas été rencontré au cours de notre travail.

- **Les membranes ou poches des eaux :**

- La poche a été retrouvée intacte dans 66,67% des cas. Mais elle était réduite dans un cas (8,33%) à des adhérences entre "l'oeuf" et les organes de voisinage contre 50% avancé par MINGALON (35).

- Dans 25% des cas, la poche était déjà rompue;

- Dans 8,33% des observations, la poche était absente avec un foetus déjà mort in situ. Cependant DORGAN cité par EL HADRAMY DUCROS (15) rapportait 1 cas de grossesse abdominale sans sac ovulaire mais avec foetus vivant.

- **Le liquide amniotique** :

Il a été apprécié dans 66,67% des cas.

* **La quantité:** le liquide amniotique a été globalement insuffisant dans 50% des observations et normal dans seulement 16,67% des cas.

Cette insuffisance du liquide amniotique dans la grossesse abdominale serait due à un manque de développement de l'amnios pour PALMER et BARONNET cités par EL HADRAMY DUCROS (15), où à un processus de résorption péritonéale pour CHAILLOT (7).

Aucun cas d'hydramnios n'a été retrouvé au cours de notre travail, contrairement à EL HADRAMY DUCROS (15) en rapportant en 1980 un cas de grossesse abdominale avec hydramnios.

* **Qualité:** Dans 50% de nos observations, le liquide amniotique était hématique, trouble dans 8,33% des cas et clair dans un seul cas (8,33%) (8).

- **Foetus** :

* **Le poids:**

- Dans 58,33% des cas, le poids du foetus était inférieur aux normes (en fonction de l'âge de la grossesse); contre 60% pour EL HADRAMY DUCROS (15).

- Dans 41,67% des observations, le poids répondait aux normes. Aussi, EL HADRAMY DUCROS (15) rapportait deux cas de foetus mort-nés avec un poids normal à terme (3000g-3900g).

* **Taille:**

Elle était inférieure aux normes dans 75% des cas et normale dans 25% des cas.

*** Malformations foetales apparentes:**

Largement évoquées dans la littérature par EL HADRAMY DUCROS (15), les malformations foetales apparentes n'ont été rencontrées que dans un seul cas (12) soit 8,33% des cas, (associant micro-céphalie - bec-de-lièvre).

*** Etat ou aspect du foetus mort:**

Û Dans 83,33%, il s'agissait d'une macération; putréfaction dans 8,33% des cas; mort récente dans 8,33% des cas.

Û L'état de momification avec son corollaire de lithopédion largement détaillé par KUSHEINNESTER (cité par EL HADRAMY DUCROS (15)) n'a pas été retrouvé au cours de notre travail.

*** Complications de l'oeuf liées à une retention de longue durée:**

Aucune complication de l'oeuf liée à une rétention de longue durée à type d'abcès ombilical, de perforation recto-sigmoïdienne (MUKHOPADHYAY B. et COLL) (36), de lithopédion (SFARE (42)) n'a été retrouvée au cours de notre travail.

*** Nouveau-nés vivants:**

Notre étude a rapporté un seul cas de nouveau-né vivant soit 8,33% des observations;

1 cas de nouveau-né vivant sur 9, soit 11,11% a été rapporté par CRESTE en 1956 (11);

Un autre cas de nouveau-né vivant a été rapporté en 1987 par CHARLES G, N'GUESSAN D.

Cependant DIONIS cité par EL HADRAMY DUCROS (15) pense que l'évolution de la grossesse abdominale à terme est impossible dans la mesure où la mort de l'oeuf surviendrait obligatoirement au moment où la rupture tubaire est consommée.

f) **Associations** :

Un cas de grossesse double intra et extra-utérine a été rapporté par BRUN-BUISSON en 1964 (5) puis par DUCHAMP et COLL 30 ans plus tard soit en 1994, toutes deux à terme avec nouveau-nés vivants.

Une telle association n'a pas été rencontrée au cours de notre travail.

g) **Quelques particularités** :

Qu'il s'agisse:

- D'une grossesse abdominale secondaire, chez une femme ayant subi une hystérectomie subtotale avec conservation des annexes (ADAMS en 1957, RATNA SANYA et COLL (37));

- D'une grossesse abdominale secondaire avec foetus extra-amniotique (MVUEZORO et COLL Zaïre Kinshassa (1987));

- D'une grossesse abdominale rétro-péritonéale (SAFARTI 1993);

Aucune de ces particularités n'a été retrouvée au cours de notre travail.

TRAITEMENT DU PLACENTA :

- Dans 41,67% des cas, nous avons procédé à une résection partielle du placenta;

- Dans 50% des cas, la désinsertion totale a été pratiquée;

- Désinsertion totale d'une part et résection partielle d'autre part ont été effectuées dans un cas (8,33%);

- Préconisé par BAUDE LOCQUE et MAYGRIER et ardemment défendu par PINARD et FAURE, l'abandon in situ du placenta avec marsupualisation n'a pas été effectué au cours de notre travail. Et cela, à cause des risques d'hémorragies secondaires, d'infections avec septicémie et de dégénérescence maligne.

Aussi le méthotrexate préconisé par HRESCHYSHYN (27) pour accélérer l'involution du placenta n'a pas fait l'objet d'essai au cours de notre travail.

Ligaments ronds: Les ligaments ronds ont été retrouvés dans 100% des cas même si CORREA et ses collaborateurs (9) ont insisté sur l'absence de ces ligaments ronds chez les femmes opérées de grossesse abdominale.

B: La coelio-chirurgie :

Aujourd'hui avec l'avènement de la coelio-chirurgie, cet examen est désormais d'un double intérêt d'abord diagnostic et ensuite thérapeutique. De nos jours, dans les pays bien médicalisés, la coelio-chururgie est un examen de routine pour le praticien ; force est de reconnaître que cet examen bien que sollicité a aussi ses limites. Ainsi, CRISTALLI IB ; et ses collaborateurs (11) rapportaient en 1992 dans un journal de gynécologie obstétrique et biologique de la reproduction: 1 cas de grossesse abdominale précoce (6 semaines d'aménorrhée) le diagnostic de grossesse ectopique a été suspecté selon le processus classique clinique, biologique et échographique, et confirmé par la coelioscopie. La coelio-chururgie a été inefficace à assurer la localisation de l'implantation péritonéale et l'hémostase de la lésion prouvée histologiquement. Ne disposant pas d'un tel appareillage, une telle technique n'a pas été utilisée au cours de notre travail.

PRONOSTIC :

- MATERNEL :

1 - Immédiat :

Dans 83,33% des cas, notre pronostic était favorable.

Notre pronostic est ainsi 80 fois meilleur aux statistiques avancées par HARRIS en 1816-1886 (avec un taux de décès maternel de 88,8%) et MAYGRIER en 1886 (taux de décès maternel de 88%), tous cités par EL HADRAMY DUCROS (15).

Cette réduction significative du taux de décès maternel au cours de notre travail, pourrait s'expliquer par le fait que de nombreux progrès ont été enregistrés en matière de réanimation, de techniques opératoires et de méthodes diagnostiques précoces.

Notre taux de décès maternel, à savoir 16,67% se rapproche de celui avancé par MINGALON (35): 18,6%, WARE 15% (cité par EL HADRAMY DUCROS (15)), CORNEIL et CASH: 14,7% rapportés par EL HADRAMY DUCROS (15).

2 - Ultérieur :

L'avenir gynéco-obstétrical de la femme opérée d'une grossesse abdominale nous a été difficile à apprécier en raison de notre délai d'étude très limité (12 mois).

Cependant, une de nos patientes a été revue cinq mois après sa laparotomie avec une grossesse intra-utérine évolutive de 13SA confirmée à l'échographie. Mais la patiente nous a été perdue de vue. CULINER. et HERBERT (tous cités par EL HADRAMY DUCROS (15)) iront plus loin, en affirmant avoir été témoin du cas d'une femme ayant porté deux grossesses intra-utérines à terme avec accouchements normaux après sa laparotomie pour grossesse abdominale à terme.

3 - Causes des décès :

Û 100% de nos décès étaient dues à l'hypovolémie associée ou non à des troubles des facteurs de la coagulation.

Û Aucun décès maternel post-opératoire suite à une infection (septicémie) n'a été enregistré au cours de notre travail.

B.- PRONOSTIC FOETAL :

1 - Immédiat :

- Dans 91,67% des cas, le foetus était déjà mort in situ;

- Le pronostic ne sera favorable que dans un seul cas soit 8,33% des cas;

Ce taux se rapproche de celui avancé par EID M (14) à savoir (6,67%, soit un nouveau-né vivant su 15 cas).

Il est 7 fois plus faible que celui avancé par D. VILLIERS (cité par EL HADRAMY DUCROS (15)) qui était de 61,03% (47 vivants sur 77).

Il est cependant 8 fois meilleur à celui avancé par EL HADRAMY DUCROS (15) en 1980 qui était de 1,33% (1 vivant sur 75).

Ce taux de décès foetal élevé pourrait s'expliquer par la fréquence des malformations surtout inapparentes, ou du fait des fonctions placentaires défectueuses ou de l'insuffisance du liquide amniotique comme le rapporte EL HADRAMY DUCROS (15).

2 - Ultérieur :

- Notre seul «survivant» a atteint voire même dépassé l'âge de 9 mois, aussi MINGALON (35) avançait que 36 à 66% des nouveau-nés de grossesses abdominales meurent dans les premières heures.

- Pour BARONNET, cité par EL HADRAMY DUCROS (15) sur 303 nouveau-nés vivants, 68% sont morts avant cinq ans, et que seul 32% ont dépassé cet âge.

Un tel pronostic a été difficile à apprécier au cours de notre travail d'autant plus que notre seul nouveau-né vivant nous a été perdu de vue après 9 mois.

3 - Causes des décès :

Tous les auteurs s'accordent à dire que l'élévation du taux de décès foetal serait dû aux malformations, aux fonctions placentaires défectueuses, à l'insuffisance du

liquide amniotique, aux faibles poids de naissance, aux infections néonatales. Nous partageons leur point de vue dans la mesure où tous ces facteurs évoqués contribuent à la fragilisation d'un foetus déjà qualifié "de sujet à risque élevé ou à haut risque".

VII/ CONCLUSION

Notre étude, intitulée "la grossesse abdominale à propos de 12 cas" a été effectuée dans le service de gynécologie du C.H.U. Gabriel TOURE qui est un centre de référence par excellence.

Cette étude s'est étendue sur une période de 12 mois allant du 1er décembre 1996 au 30 novembre 1997. Il s'agit d'une étude prospective de quelques cas cliniques destinés à décrire différents itinéraires suivis par les patientes concernées depuis l'apparition des premiers signes cliniques à l'établissement du diagnostic et à leur prise en charge.

Cette étude a permis d'illustrer à partir des quelques cas concrets, les réelles difficultés liées à l'établissement du diagnostic des grossesses abdominales et à leur prise en charge.

L'analyse des différents cas cliniques nous a conduit aux conclusions suivantes:

- La grossesse abdominale représente 0,29% de l'ensemble des accouchements et 3,75% de l'ensemble des GEU.
- La tranche d'âge la plus touchée est celle comprise entre [15 - 20 ans] avec 33,33%, la tranche d'âge [20 - 25 ans] était la moins touchée avec 8,33%.
- 100% de nos patientes étaient de la race noire et toutes ménagères aux niveaux socio-économiques bas.
- 33,33% de nos patientes étaient des primigestes et 41,67% des multigestes.
- 33,33% des nullipares et 25% des multipares.
- 16,67% de nos patientes avaient des antécédents d'avortement spontanés non suivis de curetage.
- L'annexite a été retrouvée dans 33,33% des cas.

- L'endométriose a été retrouvée dans un seul cas (soit 8,33%).

- 16,67% des patientes avaient des antécédents de contraception.

- Une seule de nos patientes (8,33%) avait des antécédents de chirurgie (césarienne).

- La stérilité (primaire ou secondaire) a été retrouvée dans 33,33% des cas.

- Dans 83,33% des cas, il s'agissait de patientes référées ou évacuées et le motif le plus souvent évoqué a été la douleur abdomino-pelvienne avec 30% des cas.

- Les signes fonctionnels sont habituels avec:

. douleur abdomino-pelvienne 91,67%

. l'aménorrhée 91,67%

. la pâleur conjonctivale 83,33%

. la métrorragie 66,67%

. la pollakiurie 58,33%

- 41,67% de nos patientes avaient un état peu satisfaisant et mauvais dans 8,33% des cas.

- Dans 33,33% des cas, le foetus était trop superficiel et ou trop étalé.

- les rapports entre l'utérus et la masse tumorale ont été établis dans 33,33% des cas.

- Le Douglas était bombé et sensible dans 33,33% des cas.

- La ponction abdominale transpariétale a été pratiquée dans 41,67%, elle était positive dans 25% des cas.

- La ponction du Douglas a été effectuée dans 16,67%, elle était positive dans 8,33% des cas.

- L'examen para-clinique le plus fréquemment demandé a été l'échographie abdomino-pelvienne avec 83,33% des cas et elle confirmera le diagnostic dans 70% des cas.

- Dans 16,67% des cas, l'accouchement par les voies naturelles avait été tenté du fait de la méconnaissance du diagnostic.

- Dans 75% des cas, le placenta et ses membranes étaient insérés au niveau des anses intestinales et la localisation la moins rencontrée a été celle au niveau du foie avec 8,33%. L'attitude la plus fréquemment observée vis-à-vis du placenta a été la desinsertion totale avec 50%.

- Un cas de nouveau-né vivant a été rencontré au cours de notre travail soit 8,33%.

- De même un cas de malformation a été rapporté au cours de notre travail 8,33%.

- Nous avons eu à déplorer deux cas de décès maternel soit 16,67%, des décès imputables à l'hypovolémie associée ou non à des perturbations des facteurs de la coagulation.

LES RECOMMANDATIONS

Après une analyse approfondie des difficultés diagnostiques, dans le souci d'améliorer le pronostic maternel et même foetal, il s'avère nécessaire, voire même obligatoire de proposer quelques recommandations en vue d'éviter ou de réduire au maximum les erreurs diagnostiques, de favoriser une meilleure prise en charge précoce. Ces recommandations peuvent se situer à trois niveaux.

Les mesures à court terme :

Elles s'adressent au personnel médical: il faut

+ un personnel médical à formation de base suffisante;
+ la mise sur pied des systèmes de formations continues à visée surtout gynécologique et obstétricale à l'endroit de tout le personnel socio-sanitaire de toutes disciplines confondues;
+ le personnel médical (surtout sages-femmes) doit se donner le temps nécessaire utile pour effectuer les consultations prénatales de meilleures qualités afin de dépister tous les cas de suspicion de grossesses ectopiques et de les référer sur les centres plus spécialisés ou au moindre doute demander un examen échotomographique systématique;
+ le personnel médical devra se donner le temps maximum pour faire un examen soigneux, judicieux, méthodique et complet, qui le plus souvent oriente le diagnostic, ou alors aidé par des examens complémentaires de recours permettent tout au moins d'évoquer le diagnostic de la grossesse ectopique (abdominale);
+ la sensibilisation du personnel médical et surtout des sages-femmes en ce qui concerne la nécessité et l'importance du groupage sanguin rhésus des femmes au cours des CPN.
+ La meilleure tenue du partogramme, ce qui nous a permis d'avoir le seul nouveau-né vivant au cours de notre travail.

+ L'approvisionnement de services de référence en médicaments d'urgence

Les mesures à moyens terme :

s'adressent aux sujets cibles: femmes en période d'activité génitale.

Ces mesures constituent le volet essentiel santé publique de la question.

+ Améliorer les conditions socio-économiques des populations en vue de rehausser leur niveau de vie;
+ Intensifier l'éducation pour la santé (Information, Education, Communication, IEC) axée surtout sur les femmes en âge de procréer (14 - 45 ans) en mettant un accent particulier sur le cas de jeunes filles surtout célibataires.
+ Dangers de la sexualité précoce (rapports sexuels précoces);
+ Dangers liés aux partenaires multiples principaux lit des infections génitales multiples (vaginite, vulvo-vaginite, endométrites, annexite) avec leur corollaire d'obstruction tubaire.
+ Les dangers liés à toute infection génitale basse même banale non ou mal traitée;
+ Dangers liées aux avortements clandestins, aux avortements incomplets non suivis de curetage (endométrite, annexite avec obstruction tubaire secondaire).
+ Prévention de ces infections génitales et de ces avortements clandestins par le port de préservatifs masculins
+ L'importance des consultations prénatales précoces (dès le premier trimestre)
+ conséquences liées aux recoures tardifs aux centres de soins même spécialisés devant les complications de la grossesse.
+ Sensibiliser les sujets cibles sur les signes d'alarme en cas de grossesse: douleur abdomino-pelvienne, saignements (métrorragie au hémorragie) chute syncopale.

Les Mesures à long terme

Elles s'adressent aux services administratifs des structures socio-sanitaires

+ formation de personnel qualifié

+ Equipement des blocs opératoires en matériel adéquat et promouvoir les unités de réanimation

+ Mettre en place des micro-banques de sang fonctionnels à l'intérieur des centres spécialisés et assurer leur approvisionnement en sang de façon permanente

+ Mettre au point une politique durable de recrutement des " donneurs " de sang.

+ Dotation de toutes les six communes de Bamako d'un bloc opératoire bien équipé pour la prise en charge des urgences gynéco-obstetricales, avec un personnel qualifié

+ Etablir un circuit de référence fonctionnel

+ Mettre à la disposition des tous les centres socio-sanitaires notamment les centres de santé communautaires d'ambulances pour permettre une évacuation rapide des cas d'urgence.

+ Mise en place de micro-laboratoires ou même ambulants pour les groupages sanguins Rhésus rapides de nos patientes

RESUME

LIEU D'ETUDE ET RESUME DE LA THESE

NOM **TRAORE**

PRENOM **SOUMANA Oumar**

TITRE DE LA THESE : Grossesse abdominale

LIEU D'ETUDE: Service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Gabriel TOURE, à propos de 12 études de cas cliniques.

ANNEE UNIVERSITAIRE: 1995 - 1996

VILLE DE SOUTENANCE: Bamako

PAYS D'ORIGINE : Mali

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

SECTEUR D'INTERET: Gynécologie et obstétrique.

C'est une étude prospective qui s'est déroulée dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré allant du 1er décembre 1995 au 30 novembre 1996, soit une année.

Pendant cette période, 4098 accouchements ont été colligés en salle d'accouchement (soit 0,29%) et 320 GEU (soit 3,75%).

Cette fréquence de plus en plus élevée des GA peut s'expliquer par la performance des méthodes diagnostiques.

Cette fréquence varie d'un continent à l'autre et d'une localité à l'autre.

Le niveau de vie socio-économique semble être le facteur favorisant le plus déterminant (niveau socio-économique bas dans 100% de notre série).

Les signes fonctionnels les plus cités ont été:

- la douleur abdomino-pelvienne 91,67%;
- l'aménorrhée 91,67%;
- les métrorragies 66,67%;
- Pollakyurie 58,33%.

Les méthodes diagnostiques de référence ont été:

- l'échographie abdomino-pelvienne 83,33%;
- la ponction abdominale trans pariétale 41,67%;
- la ponction du Douglas 16,67%;
- l'ASP 16,67%;
- la laparotomie a été indiquée dans 100% des cas.

Nous avons eu à déplorer deux pertes en vie humaine, soit 16,67%. Des pertes imputées à l'hémorragie et ou aux troubles des facteurs de la coagulation.

Nous avons enregistré un cas de nouveau-né vivant, soit 8,33%.

Les mots clés: Grossesse abdominale, antécédents, douleur abdomino-pelvienne, amenorrhée, métrorragies, conduite à tenir, dimensions du foetus et des annexes foetales, pronostic maternel et foetal.

BIBLIOGRAPHIE

1- AHYI AKPRB.

A propos D'un cas de grossesse abdominale à terme.

Thèse Med . Paris 1968 n° 235,1.103 (Ref.biblio).

2- AUBERTW .

sur un heureux cas de grossesse abdominale à terme avec enfant vivant .

Bull. Fed. Soc. Gyn . Obst. Franç . 1966, 18(2) , 175-179 .

3- BEACHAM W. D: HERNQUIST W. C BEACHAM W.D ET WEBSTER H.D.

Abdominal pregnancy.at charity Hospital in neworleans .

Armer . J . Obst . Gyn . 1962- 84 : 1257- 1270 .

4- BECK P. BIRN BAUM. 8.71.

Thermographic and hormonal studies of placente in abdominal pregnancy.

5- BRUN-BUISSON.

A propos d'un cas de grossesse double extra et intra-utérine à terme 2 enfants vivants, Hôpital de Lomé (Togo).

Bull Med . Sté de Chir .Paris 1964 54 ,n° 4-131-133.

6- CACCIATORE B, STEN. MAN UH, YLOSTARO.P

OBSTETRICS.AND GYNECOLOGY (NEW-YORK 1953)ISSN-0029-7844, coden.

7- CHAILLOT, T

contribution à l'écart des grossesses abdominales à terme, thèse Med, Paris 1955, n° 145 .

8- CHAPPUIS P.

Le placenta dans les grossesses abdominales ,thèse Mod. Lausanne 1938, 1-21

9- CORREA P- ATAYI L - CAVE L LAUROY J. BOURGOUIN P.

Quelques aspect particuliers de la grossesses abdominales A propos de 18 ans relevés en milieu africain à Dakar .

Bull. Fed. Soc . Gyn .et dost France 1965-17 (5bis)

10- CRESTE M.

Neufs grossesses abdominales à terme Bull. Fed . Soc . Obst. 1956,8,(4) :489.

11- CRISTALLIIB. GUICHAOUA H; HEID M; IZARD V: LEVARDON M.

JOURNAL de gynécologie obstétrique, et biologie de la production, ISSN, 0368-23155; coden JGOBAC, FRA; DA, 1992. VOL, 21, N° 7, PP 751.

12- DEFRSSIGNE J.

A propos d'un cas de grossesse abdominale avec enfant vivant .

thèse Mod . LYON 1956 .

13- DUGUET F.

Etude de la grossesse abdominale à terme à propos d'une observation avec enfant mort.

thèse Mod. TOURS; 1967, N°15.558.

14- EID M.

Contribution à l'étude de la grossesse abdominale en Afrique (A propos de 15 cas).

15- EL HADRAMY DUCROS

Quelques aspects exceptionnels de la grossesse abdominale.

A propos de 5 observations de la clinique gynéco-obstricale du CHU de DAKAR (Sénégal) Mai 1980

16. ELMOS S.T. HALL J. HARRIS M. LEVY R.C. WARLOND E.R. RAPPORT SAFARTI P.

Grossesse ectopique retropéritonéale.

Rev. Franç. Gyn. obst. 1974,69 (12) 747.

J. obst. Gyn. Brit. CWLTM 1973, 80(I) 92-94.

17- FABRE J.F. ET LORIER.

Quelques aspects actuels de la G.E.U. Progrès Med 1970,98 (7-9) ,113-118.

18- FAUP. J.G.

A propos des grossesses abdominales évoluant vers le terme, thèse Med. Toulouse, 1962, n°3-104.

19- FORESTER W. H. MOORE D.T.

abdominale pregnancy' Report of 12 cas , obst and Gyn-1967, 30,(2) 249-252 .

20- FUNCK-BRENTANO P.

A propos de 20 cas de GEN traitées en 10 ans Revue du praticien ,12-12-1960, 10 , P. 3511.

21- GARDAR R. et GAGIERE F.

Grossesse abdominale secondaire ayant perforé le recto-sigmoïde .

Bull . Fed. Soc. Gyn . Obst . 1955 , 7 .(5) 555-556 .

22. GAUTIER P. PROYE C. LE JEUNE M.

2 observations de grossesses abdominale.

Bull. Fed. Soc. Gyn. et Obst. 1966, 18 (4) 474.

23. GILLET J.Y. VANDER VELLENR, KELLER B.

Grossesse abdominale secondaire au 5 mois.

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. 1966, 18, (5) 509-510.

24. HELMAN A. M. SIMON H. J.

Full terme vitra-abdominal pergnancy.

An-J .Surf . 1935 , 29, P . 403 .

25. HOULNE P. MAGRE J-GRANHUI D.

Commentaires sur une série exceptionnelle de grossesse abdominale .

Bull . Fed. Soc. Gyn .et Obst . 1966 .18 .(4) 417.

26. HRESHCHYSHYN. HRESHCHYN.L.

Exprimentally inducet. Abdominal pregnancy in mice Amer.

J. of obst. and Gyn. 1965. 93, 286.

27- HRESHCHYSHYN M.M NAPLES J.D. RANDALL C.L.

Ametho-ptrin in abdominal pregnancy in mice. Amer.

J of obst. and. Gyn. 1965.93, 286.

28. JACKSON R.L. (Rapport. CHOME.E).

Chorio-epirheliome-après une grossesse abdominale

Bull. Fed. Soc. Gyn. et Obst. 1960, 12, 4 451- 452.

29. LABRY R. NOTTER A. DUROUX P.E.

A propos du traitement chirurgical des grossesses abdominales à terme .

Lyon chir 1957, 53, (6), 873-880.

30. LE LORIER G. SCHEBAT C. et WENCEL S.

Grossesse abdominale au voisinage du terme avec enfant vivant. Problèmes diagnostiques et thérapeutiques, (à propos d'un cas).

Bull. Fed. Soc. Gyn. et Obst. 1969, 21-4, 382-399. (45 Ref. Biblio).

31. LEPAGE F. et LECONTE C. G.U.N. à terme méconnue accouchement par les vois naturelles d'un enfant vivant, mort de la mère. Gyn. et Obst. 1948,47,5,706,709.

32. MANSOUR .N.

Contribution à l'étude de la grossesse abdominale aux environs du terme avec relation d'un cas.

33. MEYARD .M. (Rapport MERGER . R.).

Fistule colique consécutive à une G.E.U. abdominale à terme.

Bull. Fed. Soc. Gyn. et Obst. 1962, 14, 4, 469-470.

34. MICHIE E. A. HOBSON B.M., GASSON. PW (Rapport SCHEBAT C.L.)

Etude des éliminations hormonales après une grossesse abdominale avec placenta laissé "in situ" et au cours et après une grossesse intra-utérine chez la mère malade.

Bull. Fed. Soc. Gyn. et Obst. 1966, 18 (4): 450.

35. MINGALON M.

Grossesses extra-utérines après le 5ème mois à propos de deux cas. Thèse Méd. Paris 1967, n° 440, 1-27 (86 Réf. Biblio.).

36. MUKHO PADHYAY .B., MITRA S.K.; AJOYSE. SSKM hoop; dip surgery. Calcutta 700020, IND Périodique.

Journal of the indian medical association /ISSN, 0019-5847, IDN; DA 1986, Vol. 84 NO, 9; PP 278-279 BIBL, 3 Réf; Langue: Anglais.

37. PIGEAUD H. et CHARVET E.

Grossesse abdominale arrêtée, diagnostiquée au 6ème mois, présentation de radiographies. Bull. Fed. Soc. Gyn. et Obst., 1956 8, (4): 506.

38. RATNA SANYA; AMITABHA. CHAKRABORT

Calcutta medical journal; ISSN 0008-0667; ind.; da, 1989; vol. 86: N°1-2; PP 10-11; H.T 1; BIBL 10 Ref: L'Anglais.

39. RATTE et RIBON. M.

Une curieuse observation de grossesse abdominale Bull. Fed. Soc. Gyn. et Obst. 1954, 6, (3): 319.

40. RENAUD R; BOURY-HELER C; LESSNER P. CHSNET Y. SANGARETM SERRES J-J et BONDURAND A.

Les grossesses abdominales après le 6ème mois, Revue de la littérature à propos de 8 cas. Gyn. et Obst. 1968-1969; 3, 297-318 (61 Ref. biblio).

41. ROBERT MERGER, JEAN LEVY, JEAN MELCHIOR

Précis de obst. 5ème édition, revue et aupement, MANSON, Paris, NEW-YORK, MILAN 1979. P. 237.

42. SFAR E. KAABAR H; MARRAKKECHI O; ZOUARI F, CHELL, H. KHAROUF M.; CHELLI M.

Maternité néonatalogie RABTA, Tunis TUN;

Revue Française de gynécologie et d'obstétrique, ISS IV, 0035-29 OX.

Coden RF GOA. FRA; D.A 1993 VOL, 88; N°4 261-265; ABS.

Anglais; BIBL; 23 Ref,: LANGUE FRANCAIS.

43. STANCA C. JEUNE SSO M. RATZIOU D. ANGLAIS L. J.

Considérations sur la place de l'endométriose dans l'éthriopathogénie de la grossesse extra-utérine en général.

44. STRICHT-MOUGENOT .Ch. A propos d'un nouveau cas de grossesse abdominale à terme avec enfant vivant.

Thèse Méd: Reims 1971, n° 23; 1-63 (Ref. Biblio).

45. STUDDIFORD W. E. Prignancy péritonéal Prignancy.

Am. J. obst. Gyn. Brit. C WL TH, 1971, 78, 1044-1046.

46. TAN. K.L. WENGA-DASALAND D, LEAN TH.

Recrutement abdominal pregnancy

J. obst. Gyn. But CWL TH 1971, 78, 1044 - 1046

47. TSHINANGU K. NSUMUL, RAMMA TO TIN. R. KITTE NGE C. IKABUN.

Grossesse abdominale morte de 8 mois diagnostiquée par hystérométrie et hystérographie.

J. Gyn; obst. Biol. Rep. 1975, 4, (3) 387-394 (Ref. Biblio).

48. VUILARD P. DUTRIEUX N. ARMAND D. ET SOUSTELLE J.

Rupture de rate apparemment spontané par grossesse ectopique splénique.

Lyon cher. 1974, 70, 3, 201 - 202.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette Ecole, de mes condisciples devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Ainsi dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprise de mes confrères si j'y manque.