

Ministère de l'enseignement
Supérieur et de la Recherche Scientifique

République du Mali
Un Peuple-Un But-Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



Faculté de Médecine et
D'Odonto-Stomatologie



ANNEE UNIVERSITAIRE : 2022-2023

N°.....

THEME :

**PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE EXTRA-
UTERINE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE
DE LA COMMUNE V DU DISTRICT DE BAMAKO.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 23/12/2024

Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'odonto-Stomatologie

Par : *Mr. Issa COULIBALY*

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

PRESIDENT : M. Soumana Oumar Traoré

Maitre de conférences agrégé

DIRECTEUR : M. Alassane Traoré

Maitre de conférences

CO-DIRECTEUR : Dr Saleck Doumbia

Médecin

MEMBRE : Dr Abdoulaye Sissoko

Maitre-Assistant

Dédicaces

Je dédie ce travail

A ALLAH, le tout puissant, le tout Miséricordieux, le très Miséricordieux pour m'avoir donné la santé, la capacité, le courage de mener à bien ce travail et de m'avoir guidé pendant ces longues périodes d'étude.

Au **prophète Mohamed** (PSSL), paix et salut sur lui, sur sa famille, ses compagnons et tous ceux le suivent jusqu'au jour de la résurrection.

Puisse votre lumière éclairer et guider nos pas

Je dédie cette thèse à :

Mes grands-parents paternels :

Feue N'gna Coulibaly : Grand-mère disparue le 15 Septembre 2014, alors que j'étais encore très jeune. Je me souviens de ta tendresse et de ton affection à mon endroit. Tu m'appelais toujours « mon mari adoré ». Comment oublier ces bénédictions prémonitoires de grand-mère sage et avisée que tu me prodiguais qui, maintenant m'accompagnent et m'accompagneront toujours dans la vie ?

Mes grands-parents maternels :

Assétou Doumbia : qui m'aiment d'un profond amour et que j'aime en retour d'un amour plus grand. Merci pour vos affectueuses bénédictions. Que Dieu vous accorde une longue et heureuse vie à nos côtés.

Feu Dr Bakary Doumbia : Médecin Généraliste disparue le 29/11/2022, alors que je commençais ce travail. Mais je n'oublie pas les affectueuses bénédictions de grand-père que tu me prodiguais, comme si tu me transmettais le bâton du patriarcat, sachant que tu ne m'accompagne pas longtemps dans la vie

Mes parents

Sory Bougou Coulibaly

Vous étiez toujours prêt à tout sacrifier pour que nous devenions meilleurs.

Comme vous auriez aimé voir ce jour, mais hélas nul ne peut résister à la volonté divine. Cependant aucune expression orale ou écrite ne saurait déterminer notre niveau de reconnaissance en votre endroit pour la bonne éducation de votre part qui est le meilleur des héritages à préparer pour sa descendance.

Aissata Camara

Après nous avoir donné naissance tu nous as aimé, éduqué et dorloté ; tout en nous apprenant la bonté, la modestie, la tolérance, le pardon et l'amour du prochain. Tu nous as appris à rester unis comme un seul homme. Comme le dit ce proverbe « Unissez-vous comme un fagot et il sera difficile de vous briser, mais pris séparément vous serez faciles à écraser ». Soyez surs que les leçons dispensées ont été bien apprises.

Longévité dans la foi et le bonheur !

Mes Frères et sœurs : Aminata, Rokia, Bintou, Assétou, Djeneba Coulibaly.

Le moment est venu pour moi de vous remercier, la sagesse de vos conseils, la confiance et l'attention que vous m'avez portées me resteront inoubliable.

Jamais je ne saurai vous rendre un hommage à la hauteur de vos efforts consentis. Trouver ici ma gratitude qu'Allah vous donne une longue vie.

Mes oncles et tantes paternels : Madou Coulibaly, Mamoutou Coulibaly, Bakary Coulibaly et Mariam Coulibaly.

Mes oncles et tantes maternels : Youssouf Camara, Ibrahim Camara, Lamine Camara, Mory Doumbia, Awa Camara, Fatoumata Doumbia, Mariam Doumbia, Rokia Diakité,

Mes cousins et cousines : Maimouna Keita, Moussa Keita, Kama Filly Keita,
Recevez ici l'expression de mon grand respect à votre égard.

Awa Chieting Konaté : Master en ophtalmologie, Praticienne Hospitalier à
l'Institut Ophtalmologie de l'Afrique (IOTA). Vous avez été plus qu'une mère
pour moi. Brave femme, femme dévouées, courageuses, croyante et généreuses.
Tu m'as toujours rassuré, et réconforté. Que Dieu vous donne une longue vie
pleine de santé et de bonheur Amen

Dr Samabou Keita : Ophtalmologue Praticien Hospitalier à l'Institut
Ophtalmologie Tropical de l'Afrique, merci pour le soutien moral et financier
prodigué en ma faveur durant tout au long de mon cursus universitaire, que la
prospérité soit sur toi jusqu'à la fin de ta vie. Amen !

Vous faites parties de mes souvenirs les plus beaux de mes études, que Dieu fasse
que vos semblables soient multiples dans les administrations maliennes pour un
Mali excellent, juste et digne de ses valeurs.

Gloire à Dieu au plus haut des cieux !

Remerciements

Mes sincères remerciement vont à l'endroit de tous ceux ou celles qui m'ont soutenue de près comme de loin sous diverses formes :

A mon Guide Spirituel **Aseyd CHERIF OUSMANE MADANI HAÏDARA** pour son enseignement sans quoi je ne serais ce que je suis aujourd'hui.

A mes frères et sœurs du **CAMUS (Collectif des ançars en milieu universitaire et scolaire)** vous êtes ma famille pour toujours.

Au Proviseur et à l'ensemble de l'administration du lycée Privé Keffa Konaré de Kalifabougou pour leur formation de qualité et leur accompagnement sans faille.

FAMILLE DOUMBIA ET CAMARA de Bancoumana, Bamako, Paris, Canada, Libreville.

Je ne saurais vous remercier par des mots, pour vos conseils, vos bénédictions.

LA FAMILLE KEITA ET SANOGO de Sokorodji , Kanadjiguila. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi.

MENTION SPECIALE

A ma chère patrie, qui malgré de nombreuses difficultés et défi, arrive à assurer l'éducation de ses fils. Merci chère patrie pour m'avoir accordé la chance de bénéficier de la meilleure des richesses. Certes, je t'en serais reconnaissant pour toujours.

Mes maîtres formateurs :

Pr Soumana O. TRAORE, Dr Oumar M. TRAORE, Dr Niagalé SYLLA, Dr Saleck DOUMBIA, Dr Saoudatou TALL, Feu Dr Issouf KOUYATE, Dr Nouhoum DIAKITÉ, Dr Mamadou TRAORE. Votre rigueur scientifique et les qualités humaines qui vous caractérisent ont marqué mon admiration. Merci pour

la qualité de l'enseignement et la disponibilité constante dont vous avez fait montre tout au long de l'élaboration de cette thèse.

Aux Sage-Femmes et infirmières du CSREF-CV du district de Bamako

Merci pour les conseils, la disponibilité constante et la qualité de la collaboration.

Aux infirmiers anesthésistes et réanimateurs du CSREF-CV du District de Bamako

Merci pour les conseils et soyez en fiers.

Aux Aides du bloc du CSREF-CV du District de Bamako

La disponibilité et le sens élevé du travail qui vous caractérise forcent l'admiration. Sincère remerciement à vous.

Aux restes du personnel du CSREF-CV du District de Bamako :

Je ne vous remercierai jamais assez pour toute l'expérience acquise à vos côtés et le soutien quasi constant dont j'ai fait l'objet. Mon admission au CSREF m'a surtout permis de m'exprimer mais aussi de m'affirmer en découvrant le potentiel dont je dispose. Puisse Dieu nous appuyer dans notre vie de tous les jours dans le cadre du bien-être de nos patient.

Le temps passé ensemble, malgré court mais bénéfique, vos conseils et motivations durant la garde m'ont permis d'apprendre assez tout en avançant. Mes respects à votre égard.

A mon équipe de garde : Dr Mahamadou Kourekama, Dr Mathieu Doumbo, Dr Moussa Nimaga.

Tahirou Bah, Kalilou Sidibé, Aboubacar Sidiki Thienta, Sinè Diallo, Afoussatou Danioko, Balakissa Coulibaly, Momouni Traoré, Mamadou Traoré,

Ma profonde gratitude à votre égard, malgré nos divergences, nous restions quand même soudés durant les moments difficiles.

Un sincère remerciement à votre égard et vivement le vôtre dans un jour très proche.

A l'ensemble de mes externes de garde :

Seul Dieu pourra vous récompenser pour tous les nombreux soutiens moraux que vous avez eu à me prodiguer durant mon année de thèse. Puissiez-vous être également de bons exemples envers vos futurs(e) externes.

A tous les enseignants de l'école fondamentale de Kalifabougou

Au corps professoral de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) pour La rigueur et la qualité des cours dispensés.

A toute la promotion la 1³e Promotion de FMPOS, ainsi que la Promotion du Baccalauréat 2015 au Lycée Privée Keffa Konaré de Kalifabougou.

Hommages aux membres du jury

A notre maitre et président du jury :

Professeur Soumana Oumar TRAORE

- Professeur agrégé en gynécologie-obstétrique à la FMOS ;
- Praticien hospitalier au CSREF CV ;
- Détenteur d'une attestation de reconnaissance pour son engagement dans la lutte contre la mortalité maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako en 2009 ;
- Certifié en programme GESTA International (PGI) de la société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGOC) ;
- Leaders d'Opinion local de la surveillance des décès maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako ;

Cher Maître

Nous vous remercions pour la confiance que vous nous avez faite en nous confiant ce travail.

Votre pédagogie à transmettre vos connaissances et votre attachement au sens de l'éthique et de la déontologie font de vous un maitre admiré et respecté.

Vous avez cultivé en nous, l'esprit du travail bien fait, la persévérance et la précision.

Qu'Allah vous donne une santé de fer et vous garde longtemps à nos côtés.

A notre maitre et directeur de thèse :

Professeur Alassane Traoré

- ✓ Gynécologue-Obstétricien,
- ✓ Chef du service de gynécologie de l'hôpital du Mali,
- ✓ Maître de conférences à la faculté de médecine et odontostomatologie
- ✓ Praticien Hospitalier à l'hôpital du Mali
- ✓ Membre de la Société malienne de gynécologie-obstétrique (SOMAGO)

Cher maitre

Nous vous sommes très reconnaissants pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Vos remarques et suggestions ont su conduire ce travail à son terme. Votre abord facile, votre rigueur scientifique, vos qualités humaines font de vous un maitre exemplaire.

Cher maitre, trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude. Puisse Allah vous accorde sante, longévité et bonheur Amina

A notre maitre et co-directeur :

Docteur Saleck Doumbia

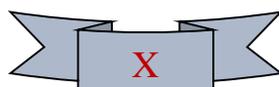
- Gynécologue-Obstétricien ;
- Praticien hospitalier au CSREF CV
- Détenteur d'un DU en VIH obtenu à la FMOS ;
- Détenteur d'un Master en Colposcopie obtenu en Algérie ;
- Détenteur d'un DU (Diplôme Universitaire) en Epidémiologie-Biostatistique à l'institut Africaine de Santé Publique ;
- Détenteur d'un DU (Diplôme Universitaire) en sénologie a la FMOS.

Cher Maitre,

Nous nous réjouissons de votre présence au sein de ce jury. Vous n'avez cessé de faire preuve de patience, de courtoisie et de grande serviabilité au cours de la réalisation de ce travail. Votre rigueur dans la démarche scientifique nous ont beaucoup impressionnés.

Cher maitre, dans ce travail vous trouverez la marque de nos profonds sentiments de respect, de reconnaissance et de remerciement.

Nous sommes fiers d'être votre élève



À notre maitre et juge

Docteur Abdoulaye Sissoko

- Maître-Assistant de Gynécologie-Obstétrique à la FMOS,
- Médecin militaire,
- Ancien interne des hôpitaux
- Chef de service de gynécologie obstétrique de la clinique périnatale Mohammed VI,
- Membre de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),
- Membre de la Société Malienne de Médecine Militaire (SOMAMEM)
- Ancien Secrétaire général adjoint de la Société Africaine de Gynécologie-Obstétrique (SAGO)

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations. Votre gentillesse, votre passion du travail bien fait font de vous un modèle à suivre.

Veillez recevoir en cette occasion solennelle, cher Maître, l'expression de notre très haute considération.

A notre maitre et juge

Dr Niagalé SYLLA

- ✓ Gynécologue obstétricienne,
- ✓ Praticienne hospitalière en gynécologie obstétrique au CS réf de la commune V
- ✓ Membre de la SO.MA. GO

Cher maître,

Votre rigueur dans le travail, votre souci de bien faire, votre disponibilité et votre sens social élevé sont des qualités en vous qui nous ont beaucoup séduits. Cher Maître vous nous avez cultivé l'esprit d'équipe. Vous avez guidé et suivi ce travail, s'il est accepté, le mérite vous revient entièrement.

Cher Maître l'éternel s'aura vous remercier. Acceptez cher maître nos sincères

Liste des abréviations

- AMP** : Assistance Médicale à la Procréation
ATCD : Antécédent
β HCG : Hormone Gonadotrophine Chorionique Humaine
CSCOM : Centre de Santé Communautaire
CSREF : Centre de Santé de Référence
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CPN : Consultation prénatale
DIU : Dispositif Intra Utérin
GEU : Grossesse Extra Utérine
GIU : Grossesse Intra Utérine
HCG : Hormone Chorionique Gonadotrophine
IST : Infection Sexuellement Transmissible
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
MTX : Méthotrexate
NFS : Numération Formule Sanguine
% : Pourcentage
PF : Planning familial
PTME : Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
PVC: Pression veineuse centrale
RAI: Recherche des Agglutines irrégulières
RU 486 : Mifépristone
SA : Semaine d' Aménorrhée
MLU : Masse latéro-utérine
TV : Toucher vaginal

SOMMAIRE

INTRODUCTION :	1
1.OBJECTIFS	3
2.Généralités	Erreur ! Signet non défini.
2.1. Définition	4
2.2. Historique	4
2.4.Rappels anatomiques et physiologiques	10
2.4.1. L’utérus	10
2.5.Anatomie pathologie de la GEU	13
2.6. Localisation de la GEU	14
2Physiologie de la fécondation, de la migration et de la nidation de l’œuf.	15
2.8.Diagnostic	18
2.9.Etude clinique de la GEU	18
3. Méthodologie	32
3.7.Cadre d’étude	32
3.8.Description du centre de sante de référence de la commune v (csref cv)	32
4. Résultats	43
4.1.Fréquence	43
4.2.Profil sociodémographique	43
5. Discussion et commentaires	58
6. Conclusion et Recommandations	68
8. Références	70
9. Annexes	78

Liste des figures

Figure 1: Schéma de l'appareil génital Féminin	13
Figure 2 : Localisation des grossesses ectopiques	15
Figure 3 : Physiologie de la fécondation.....	17
Figure 4: Image échographie d'une grossesse extra-utérine rompue	22
Figure 5: Grossesse extra-utérine rompue au niveau ampullaire	27
Figure 6 : Pièce opératoire d'une GEU rompue au niveau ampullaire	31
Figure 7: Carte sanitaire de la commune v du district de Bamako:	34
Figure 8: Image échographique d'une grossesse extra utérine rompue avec hémopéritoine.	63
Figure 9: Spoliation sanguine au cours d'une GEU rompue	65

Liste des tableaux

Tableau I: Score de Fernandez pour le traitement médical de la GEU non rompue	26
Tableau II: Diagnostic de gravité de l'hémorragie	30
Tableau III: Répartition des patientes selon la gestité et la parité	44
Tableau IV: répartition des patientes selon les antécédents	45
Tableau V: répartition des patientes selon la notion de contraception antérieur	46
Tableau VI: répartition des patientes selon le mode et le motif d'admission	47
Tableau VII: répartition des patientes selon le signe fonctionnel évoqués..	48
Tableau VIII: Répartition les patientes selon le test urinaire de grossesse (HCG) effectué et la réalisation ou non d'une échographie	49
Tableau IX: Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine initial.	50
Tableau X: Répartition des patientes selon le dosage des B HCG plasmatiques initial	50
Tableau XI: répartition des patientes selon traitement médical de la GEU non rompue	51
Tableau XII: répartition des patientes selon les doses de méthotrexate	52
Tableau XIII: répartition des patientes selon traitement médical et le motif d'arrêt du traitement médical de la GEU	53
Tableau XIV: Répartition des patientes selon l'aspect de la trompe controlatérale en per opératoire	54
Tableau XV: répartition des patientes selon la spoliation sanguine et la réalisation ou non d'une transfusion sanguine	55
Tableau XVI: répartitions des patientes selon l'évolution et la survenu de complication en post-opératoire	56
Tableau XVII: résultats de l'examen Anato-mo-pathologiques	57

INTRODUCTION :

La grossesse extra-utérine (GEU) constitue l'une des principales complications du début de la grossesse. Sa prévalence est plus élevée dans les pays en développement, où les données sont beaucoup plus rares (2 % en France contre 1 à 4 % en Afrique) ; cette élévation est due à la recrudescence des facteurs de risque tels que : les infections sexuellement transmissibles (IST), le tabac, la pathologie tubaire, la chirurgie tubaire, et le dispositif intra-utérin (1).

La GEU est la nidation et le développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine, le plus souvent au niveau tubaire, plus occasionnellement au niveau ovarien ou abdominal. Les GEU de localisation interstitielle ou ovarienne sont rares et représentent une entité diagnostique distincte. Leur fréquence représente 3,2 % des GEU pour les grossesses ovariennes et 2,4 % pour les grossesses interstitielles (2).

L'amélioration de la prise en charge de la GEU repose sur la prévention des facteurs de risque, l'éducation de la population à consulter précocement et le recours aux moyens thérapeutiques peu ou non invasifs afin d'en diminuer la morbidité (3). Elle est la complication la plus redoutable des hémorragies du 1er trimestre de la grossesse et menace le pronostic vital avec un retentissement sur la fertilité ultérieure.

En France, on estime que 15 000 femmes auront une grossesse extra-utérine chaque année dont 2 à 5 auront une issue fatale ; 400 environ auront des problèmes de fertilité ultérieure et 1 000 devront recourir à l'assistance médicale à la procréation (AMP) (4). Aux Etats-Unis, malgré la haute technologie, la grossesse extra-utérine demeure un problème de santé publique (4).

Au Mali, La grossesse extra utérine occupe le deuxième rang des urgences gynécologiques et obstétricales après la césarienne [13].

Au centre de santé de référence de la commune V la fréquence moyenne de la GEU était de 2,65% soit (1 GEU pour 38 accouchements) de 1994 à 1999 et de 1,89% (1 GEU pour 53 accouchements) en 2006 [15]

Devant l'ampleur et le degré de gravité de la pathologie, nous avons initié ce travail pour actualiser les connaissances au Centre de Santé de Référence de de la commune v du district de Bamako avec des objectifs suivants :

1.OBJECTIFS

1.1. Objectif Général :

Etudier la prise en charge de la Grossesse Extra-Utérine au Centre de Reference de la Commune V du district de Bamako.

1.2Objectif spécifique :

- Déterminer la fréquence de la grossesse extra -utérine au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako ;
- Déterminer les facteurs de risque de la GEU
- Définir les moyens et les méthodes de la prise en charge (médical et chirurgical) de la GEU dans le service.

2. Généralités

2.1. Définition

La grossesse extra utérine ou GEU est la nidation et le développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine [17].

2.2. Historique

La GEU, il y a deux siècles, était considérée comme une fatalité, c'est **LAWSON TL** (BREMONT, BONVALLOT and MAGNIN, 1977) en **1883** qui fut le premier auteur à pratiquer une intervention chirurgicale permettant de sauver une patiente. Cette technique consistait en une salpingectomie. Depuis le traitement de la grossesse extra utérine a évolué avec le temps. En **1953 STROMME** (BREMONT, BONVALLOT and MAGNIN, 1977; DE STEFANO *et al.*, 1982) montrait que le traitement conservateur de la GEU était possible par laparotomie.

Le traitement conservateur cœlioscopie de la grossesse extra utérine a été proposé pour la première fois en **1977** par **HUBERT MANHES** (MEIRIK and NYGREN, 1980). C'était un pur hasard. Depuis d'autres techniques, non plus chirurgicales, mais médicales sont apparues.

Aujourd'hui dans les pays développés le traitement médical fréquemment est utilisé.

La première tentative a été rapportée en **1982** par **TANAKA** (STANGEL, REYNIK and STONE, 1976) au Japon utilisant le méthotrexate.

Depuis, d'autres substances sont utilisées notamment la mifépristone **ou RU 486** et les prostaglandines dont les premiers essais ont été réalisés en cœlioscopie par injection intratubaire et intra-lutéale de prostaglandine F2 alpha. En France **FERNANDES** l'a pratiquée sous échographie (Judlin *et al.*, 1986).

L'abstinence thérapeutique est évoquée par certains auteurs **DARGENT** (DECHERNEY and KASE, 1979).

2.3. Epidémiologie

2.3.1. Fréquence

La GEU représente 1 à 2% des grossesses (Lansac, Gallet and Rochet, 1975).

Sa fréquence augmente, passant dans une série de Sivin d'un taux de 38 en 1965 à 133 en 1983 pour 100000 femmes de 15-44 ans. Le taux de mortalité par grossesse ectopique a diminué dans les vingt dernières années (Lansac, Gallet and Rochet, 1975).

C'est une affection assez fréquente, une étude de Cissé H au Mali a trouvé une grossesse extra-utérine sur 300 grossesses (Cissé, 2007).

2.3.2. Facteurs étiologiques

Le facteur de risque le plus important est la salpingite, celle-ci est en général secondaire à une infection sexuellement transmissible. La plus fréquente est l'infection à *Chlamydia trachomatis* (le risque est multiplié jusqu'à 7 fois) (Zilber *et al.*, 1996).

D'autres maladies sexuellement transmissibles sont également incriminées, dues aux mycoplasmes, à *Neisseriagonorrhoeae* (Lansac, Gallet and Rochet, 1975).

-Le deuxième facteur de risque important est l'antécédent de chirurgie pelvienne. Toute chirurgie pelvienne peut être source d'adhérences péri-annexielles ou de réactions inflammatoires tubaires, d'autant plus qu'elle est pratiquée pour une pathologie tubaire (plastie tubaire).

Les autres facteurs de risque sont : (Zilber *et al.*, 1996)

- le tabac : toxicité directe de la nicotine par action anti-oestrogénique.

- le stérilet : il augmente la fréquence des GEU, soit par les infections génitales hautes qu'il entraîne, soit par une action directe.

En fait, le stérilet et la contraception hormonale préviennent mieux la grossesse intra-utérine que la GEU.

- Endométriose, malformations gynécologiques et tuberculose génitale
- les inducteurs de l'ovulation (citrates de clomifène, anti-œstrogène agissant sur la motricité tubaire) et les techniques d'assistance médicale à la procréation (poly ovulation et facteurs tubaires motivant celle-ci ; le traitement de la stérilité dans son ensemble est un facteur de risque, que ce soit par la chirurgie tubaire ou par l'induction de l'ovulation.
- Age maternel : en plus de la probabilité d'avoir accumulé avec les années d'autres facteurs de risque, il représente un risque à part entière (Doyle, Decherney and Diamond, 1991; Zilber *et al.*, 1996).

2.3.3. Etiopathogénies des Grossesses Extra Utérines :

Dans environ 50% des cas, l'étiologie de la Grossesse Extra Utérine est inconnue. Plusieurs facteurs peuvent intervenir, mais le retard dans le délai du transport de l'œuf à travers l'oviducte est le facteur constant de l'implantation extra-utérine. Mais plusieurs raisons ont été évoquées (KITCHIN *et al.*, 1979) :

- **Le retard de la captation ovulaire** : Il serait responsable dans environ 10% des cas, surtout lorsque la ponte ovulaire surviendrait sur l'ovaire controlatéral. Ainsi la nidation du blastocyte se ferait avant l'arrivée dans la cavité utérine. Cette hypothèse serait confirmée par la présence d'un corps jaune sur l'ovaire controlatéral dans environ 10-50% des cas (BERGER and TAYMOR, 1972; HERNANDEZ and ET COLL, 1972; SMYTHE and UNDERWOOD, 1975).
- **Les troubles de la migration ovulaire** : ils sont responsables dans environ 80% des cas et peuvent être dus à différentes causes qu'il faut essayer de retrouver car elles conditionnent le pronostic ultérieur (KITCHIN *et al.*, 1979).

- **Remaniement tubaire inflammatoire** : la salpingite a comme conséquence une destruction des cils vibratiles de l'épithélium tubaire (MAJMUDAR, HENDERSON and SEMPLE, 1983).

Cette affection serait responsable dans environ 30-50% des cas de grossesses extra-utérine(ICHINOE *et al.*, 1987).

- **Endométriose** : Selon certains auteurs, cette affection serait responsable d'une grossesse extra-utérine dans 10-20% des cas. La localisation typique est la partie interstitielle de la trompe(ISBALLE, 1992).

- **Statuts post opératoire** : Les statuts après plastie tubaire sont considérés comme facteurs importants.

Le traumatisme post-opératoire vient s'ajouter aux lésions préexistantes(KITCHIN *et al.*, 1979).

- **Tuberculose** : Il s'agit d'une affection tubaire qui aboutit dans la majorité des cas à la stérilité(KITCHIN *et al.*, 1979).

Elle avait connu un certain recul mais en ces dernières années avec l'avènement de l'infection VIH, le nombre de cas de tuberculose a augmenté, par conséquent on doit s'attendre à un regain de cas de tuberculose génitale.

- **Troubles du péristaltisme** : En particulier les spasmes, sont reconnus comme facteurs étiologiques GRANT A (HALLATT, 1975).

- **Malformations tubaires** : diverticules et hypoplasie, ainsi qu'une longueur exagérée de la trompe (KITCHIN *et al.*, 1979).

- **Contraception** : le rôle du stérilet dans la survenue d'une Grossesse extra utérine est peu vraisemblable. Il faut cependant penser systématiquement à la grossesse extra-utérine lors de tout retard de règles chez une porteuse de stérilet. BREMOND A(BERRY, THOMPSON and HATCHER, 1979) admet que le risque de faire une GEU se situe entre 20 et 40 pour 1.000 grossesses en cas de

présence du dispositif intra utérin, contre 3 à 12 pour 1.000 dans la population en général.

LEHFELD (MAC BAIN and EVANS, 1980) a montré que si le dispositif intra-utérin (DIU) est de moindre efficacité contre la GEU, il réduit cependant sa fréquence. **WEI** (DIQUELOU *et al.*, 1985) affirme que le stérilet n'a aucune incidence sur la survenue des GEU, ce qui n'est pas retenu par d'autres auteurs.

ASPAGNO (DIQUELOU *et al.*, 1985) en France, pense que le DIU joue probablement un rôle, trouvant 3,18% de GEU sur DIU contre 1,8% dans une population témoin non porteuse de DIU = (dispositif intra utérin). La relation entre la survenue de GEU et l'utilisation de DIU est complexe.

VILLE et coll(WAHLEN, 1983) concluent à une multiplicité des facteurs de risques, avec en particulier un risque multiplié par 9 en cas de port de DIU.

De plus le type de DIU semble avoir une importance capitale dans la survenue de la grossesse extra-utérine :

Pour **BURILE** [11], il existe une différence selon que le DIU est de première génération (5%) ou de deuxième génération (2%).

Mais les études à ce sujet sont trop peu nombreuses pour conclure.

Quant au temps d'utilisation du Dispositif Intra-utérin **HALLATT** (HERNANDEZ and ET COLL, 1972) remarque que sur 70 Grossesses extra-utérines sur Dispositif Intra-utérin les 2/3 en sont survenues en place depuis deux ans maximum.

Pour **ORY** (PALMER *et al.*, 1980), les femmes utilisant un Dispositif Intra-utérin depuis 25 mois ont trois fois plus de risque de faire une Grossesse extra-utérine que celles qui l'utilisent depuis peu de temps.

Pour **COSTE** (COSTE and JOB SPINA, 1988) le Dispositif Intra-utérin prévient beaucoup plus efficacement la Grossesse intra-utérine que la grossesse extra-utérine.

Pour **FERRAND S** et **MADELENAT P** (GRUBER, GELVEN and AUSTIN, 1997) les Dispositifs Intra-utérins à forte teneur en cuivre offriraient une protection contre la survenue de grossesse ectopique.

Aussi ils trouvent qu'une femme qui devient enceinte alors qu'elle est porteuse d'un stérilet a un risque élevé entre 0,8 et 10% de présenter une grossesse extra utérine. Pour eux, la comparaison des risques entre les différents types de stérilet n'est pas toujours facile à établir en raison des variations possibles des caractéristiques des utilisatrices.µ

Ce pendant les taux pour les dispositifs inertes et les dispositifs en cuivre sont voisins d'une grossesse extra-utérine pour 1 000 années femmes. Il est pour l'instant impossible de savoir si cette différence est due au stérilet ou aux caractéristiques particulières des femmes utilisant ce modèle de Dispositif Intra-utérin. Ils trouvent que le risque absolu de Grossesse extra-utérine chez les utilisatrices est stable quelle que soit la durée d'utilisation.

Il est impossible de tirer une conclusion concernant les rares cas de Grossesse Extra-utérine survenues après contraception post coïtale par des œstrogènes. On sait que les œstrogènes accélèrent les contractions péristaltiques de la trompe, mais il ne semble pas que l'implantation ectopique soit favorisée.

A noter que **SMYTHE** (LARUE *et al.*, 1978) rapporte un cas de Grossesse Extra-utérine survenue après la prise de diéthyl-stolbestérol administré comme pilule du lendemain.

Essayant de préciser les mécanismes présidant à la survenue des Grossesses Extra-utérines sous microprogestatifs purs, il faut souligner que leur utilisation à petites

doses ne prévient pas toujours l'ovulation, de plus il semble que la progestérone diminue l'intensité des mouvements péristaltiques de la trompe [36].

Il ne semble y avoir aucune relation entre Grossesse Extra-utérine et utilisation antérieure de contraceptif (MORRIS and VAN WAGENEN, 1973; GRUBER, GELVEN and AUSTIN, 1997). En conclusion il faut toujours rester vigilant devant toute symptomatologie anormale en cas de prise de contraception orale (l'ovule étant fréquent et souvent non avoué)

- **les facteurs hormonaux** : A la faute d'une ovulation et conception tardive l'œuf n'aurait pas encore fait sa nidation et serait refoulé dans la trompe par le flux menstruel survenu quelques jours plus tard, un pourcentage élevé de Grossesse Extra-utérine a été observé après induction de l'ovulation, en particulier de grossesses combinées simultanées (Grossesse Extra-utérine bilatérale, Grossesse Extra-utérine avec Grossesse Intra-utérine grossesse gémellaires) **BERBER MJ** [40].

Au niveau de l'utérus, le développement d'une grossesse ectopique va entraîner **deux types de modifications** :

- Une hyperplasie et hypertrophie du muscle utérin ;
- Une réaction déciduale observable dans un tiers de cas environ, en l'absence de villosités choriales.

2.4.Rappels anatomiques et physiologiques

L'appareil génital féminin est contenu dans l'enceinte du pelvis ou petit bassin. La vulve est la partie où le tube génital s'ouvre au niveau du périnée. Le vagin lui fait suite au fond duquel s'insère le col de l'utérus. L'utérus est prolongé par les deux trompes qui s'ouvrent dans la cavité péritonéale à proximité des ovaires.

2.4.1. L'utérus

C'est un organe creux, impair, situé dans l'excavation pelvienne entre la vessie en avant et le rectum en arrière. Il a la forme d'un cône à sommet tronqué inférieur.

L'utérus non gravide comprend : le corps et le col, séparés par une partie intermédiaire appelée isthme et pèse 50 à 80g.

La paroi utérine est épaisse d'environ 1 cm et se compose de 3 tuniques qui sont de dehors en dedans :

- la séreuse,
 - la musculuse ou myomètre,
 - la muqueuse ou l'endomètre qui subit des modifications dans le cycle menstruel.
- L'utérus est destiné à contenir l'œuf fécondé pendant la grossesse, pendant son développement et à l'expulser au moment de l'accouchement.

2.4.2. Les trompes

2.4.2.1. Définition

Les trompes de Fallope ou oviductes sont des formations tubulaires symétriques de 10 à 12 cm de longueur, de consistance molle, situées dans l'aileron supérieur du ligament large.

2.4.2.2. Description

Elles comprennent 4 segments anatomiques et fonctionnels qui sont de l'utérus vers l'ovaire :

- la partie interstitielle,
- la partie isthmique,
- la partie ampullaire,
- le pavillon ou infundibulum.

2.4.2.3. Structure

La paroi tubaire comprend trois tuniques qui sont de l'extérieur vers l'intérieur : la séreuse, la musculuse et la muqueuse.

2.4.2.4. Rôle : les trompes jouent un triple rôle :

- elles interviennent dans le transport synchronisé et opposé des spermatozoïdes et de l'ovule,

- elles participent au processus de la pénétration, en fournissant un environnement biologique et biochimique adéquat,

- elles transportent l'œuf fécondé et participent à sa division et au développement précoce de l'embryon.

2.4.3. Les ovaires

L'ovaire est un organe pair ayant une forme en amande, mesurant 4x2x1cm et constitue les 2 glandes génitales femelles. Ils sont composés par un tissu conjonctif dense et contiennent les cellules germinales autour desquelles le conjonctif s'organise en follicules.

Ils contiennent également des reliquats embryonnaires qui, pour la plupart, siègent dans le hile. Ils constituent avec les trompes et le ligament large les annexes de l'utérus.

Une coupe de l'ovaire fait apparaître 2 zones : une zone centrale ou médullaire et une zone périphérique ou corticale. Dans la corticale on trouve :

- l'appareil folliculaire : constitué de follicules qui ne sont pas tous au même stade évolutif : les follicules primordiaux, les follicules évolutifs et les follicules atresiques.

- l'appareil progestatif ou corps jaune.

La fonction biologique des ovaires est double : production cyclique des ovules et sécrétion hormonale (œstrogènes, progestérone, androgènes).

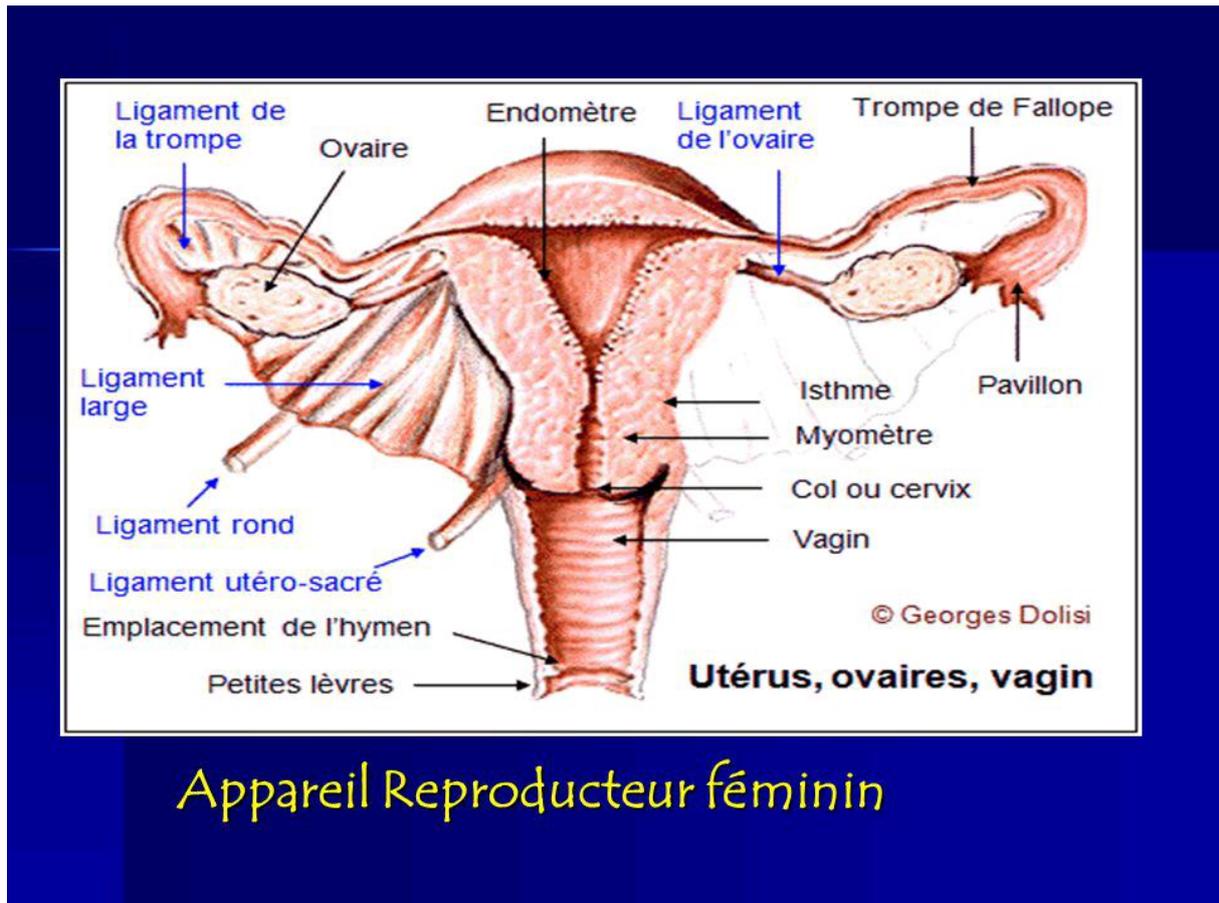


Figure 1: Schéma de l'appareil génital Féminin

Source : PDFprof.com : anatomie et physiologie de l'appareil génital masculin et féminin

2.5. Anatomie pathologie de la GEU

L'œuf ectopique est un œuf normal dont les villosités se fixent sur un tissu inapte à la nidation.

La sécrétion de β HCG urinaire est fonction de la vitalité de l'œuf (Lansac, Gallet and Rochet, 1975).

- Macroscopiquement : la grossesse extra-utérine réalise une voussure ovoïde rouge violacée.

-Microscopiquement : le processus de la nidation de la grossesse extra-utérine est le même que celui de la grossesse intra-utérine ; on trouve dans la zone d'insertion:

- une musculature amincie et infiltrée

- des formations chorio-placentaires

2.6. Localisation de la GEU

Deux localisations sont possibles : tubaire (98%) et extra-tubaire.

Parmi les localisations tubaires, il faut distinguer :

- les localisations proximales incluant les GEU interstitielles ou cornuales (4%),
- les localisations isthmiques (15%),
- les localisations distales représentées essentiellement par l'ampoule qui est le lieu privilégié des GEU (70-74%),
- les localisations pavillonnaires (environ 5%).

Les autres localisations incluent :

- les grossesses abdominales où l'implantation se fait sur le mésentère ou sur l'intestin grêle pouvant permettre à l'extrême une évolution jusqu'à terme,
- les localisations ovariennes (environ 2%) des GEU, primitive ou secondaire à un avortement tubo-abdominal,
- la nidation peut avoir lieu sur l'ovaire (0,7%),
- sur le col : rare 1cas/15000 grossesses (Rothe and Birnbaum, 1973)
- Les localisations beaucoup plus rares comme cervicale ou d'autres organes de l'abdomen : foie et rate (KITCHIN *et al.*, 1979).

Il existe par ailleurs des GEU gémellaires, bilatérales et hétérotopiques associant une GIU et GEU.

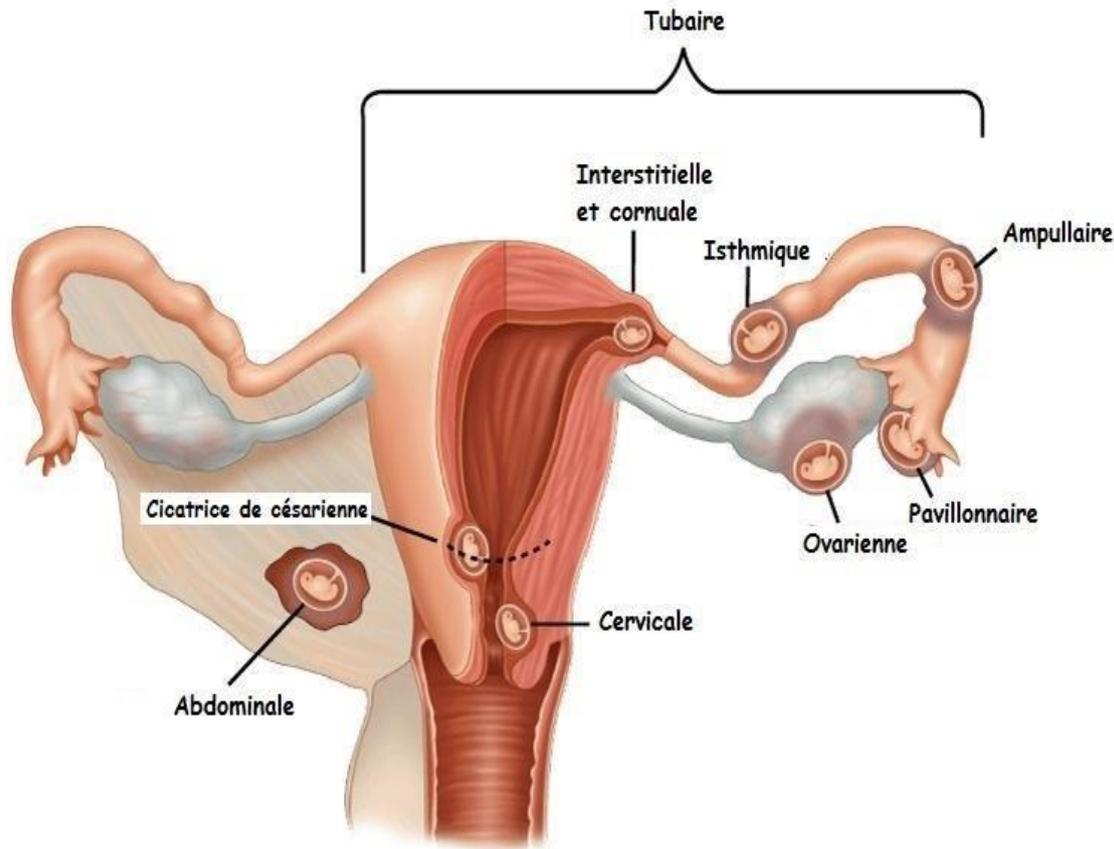


Figure 2 : Localisation des grossesses ectopiques

**Source : DocPlayer.fr : le traitement médical de la grossesse extra-utérine
Thèse N°050/18**

2Physiologie de la fécondation, de la migration et de la nidation de l'œuf

2.7.1. Cellules sexuelles

2.7.1.1. Les cellules sexuelles mâles

Le sperme est une suspension de spermatozoïdes dans un liquide, le plasma séminal, produit par les glandes males annexes.

Les gamètes ou les spermatozoïdes sont les cellules de la reproduction chez l'homme. Ils sont produits dans les testicules. Chaque spermatozoïde est le résultat d'une série de transformations cellulaires appelée spermatogénèse.

2.7.1.2. Les cellules sexuelles femelles

Les ovules se forment dans les ovaires. Comme le spermatozoïde, l'ovule est le résultat d'une série de transformations cellulaires dont l'ensemble porte le nom d'ovogenèse. Mais alors que les spermatozoïdes se renouvellent sans cesse, les ovules sont préformés et le capital folliculaire est constitué à la naissance.

2.7.2. Fécondation

La pénétration des spermatozoïdes dans les voies génitales se fait au moment de l'orgasme qui a lieu pendant le rapport sexuel, le sperme est projeté dans le cul de sac postérieur du vagin et sur le col de l'utérus.

Les spermatozoïdes, dont la mobilité est accrue par l'acidité du milieu vaginal, fuient vers le col où ils rencontrent un milieu alcalin. Un petit nombre seulement traverse le mucus cervical, qui possède au moment de l'ovulation sa perméabilité maximale que caractérise la glaire filante et translucide, puis remonte les voies génitales pour atteindre en quelques heures la portion externe des trompes. En traversant la partie proximale de la trompe, les spermatozoïdes acquièrent leur pouvoir fécondant ou capacitation qui les rend apte à pénétrer dans l'ovule.

2.7.3. Nidation et implantation de l'œuf fécondé

La fécondation a lieu habituellement dans le tiers externe de la trompe, au niveau de l'ampoule tubaire. L'œuf va migrer dans la trompe pour arriver dans la cavité utérine au 4^{ème} jour.

La nidation dans l'endomètre a lieu au 6^{ème} jour.

La nidation se fait grâce aux villosités trophoblastiques. Ces dernières vont également éroder des vaisseaux de la paroi dans laquelle s'implante l'œuf, cela vers le 10^{ème} jour, libérant dans la circulation maternelle des β -HCG en quantité suffisante pour être détectées.

Pour que le transit tubaire de l'œuf s'effectue correctement, il nécessite :

– une activité musculaire de la trompe ;

- un flux de liquide tubaire ;
- une activité correcte des cellules ciliées de la trompe, car le flux liquidien se dirige vers le pavillon, et les battements des cils se font vers l'utérus.

Chez la femme le trophoblaste s'implante au 6^{ème} jour post ovulatoire, quel que soit le lieu où il se trouve (trompe, ovaire, péritoine ...).

La GEU survient lorsque l'œuf s'implante ailleurs que dans la cavité utérine, quelle qu'en soit la cause.

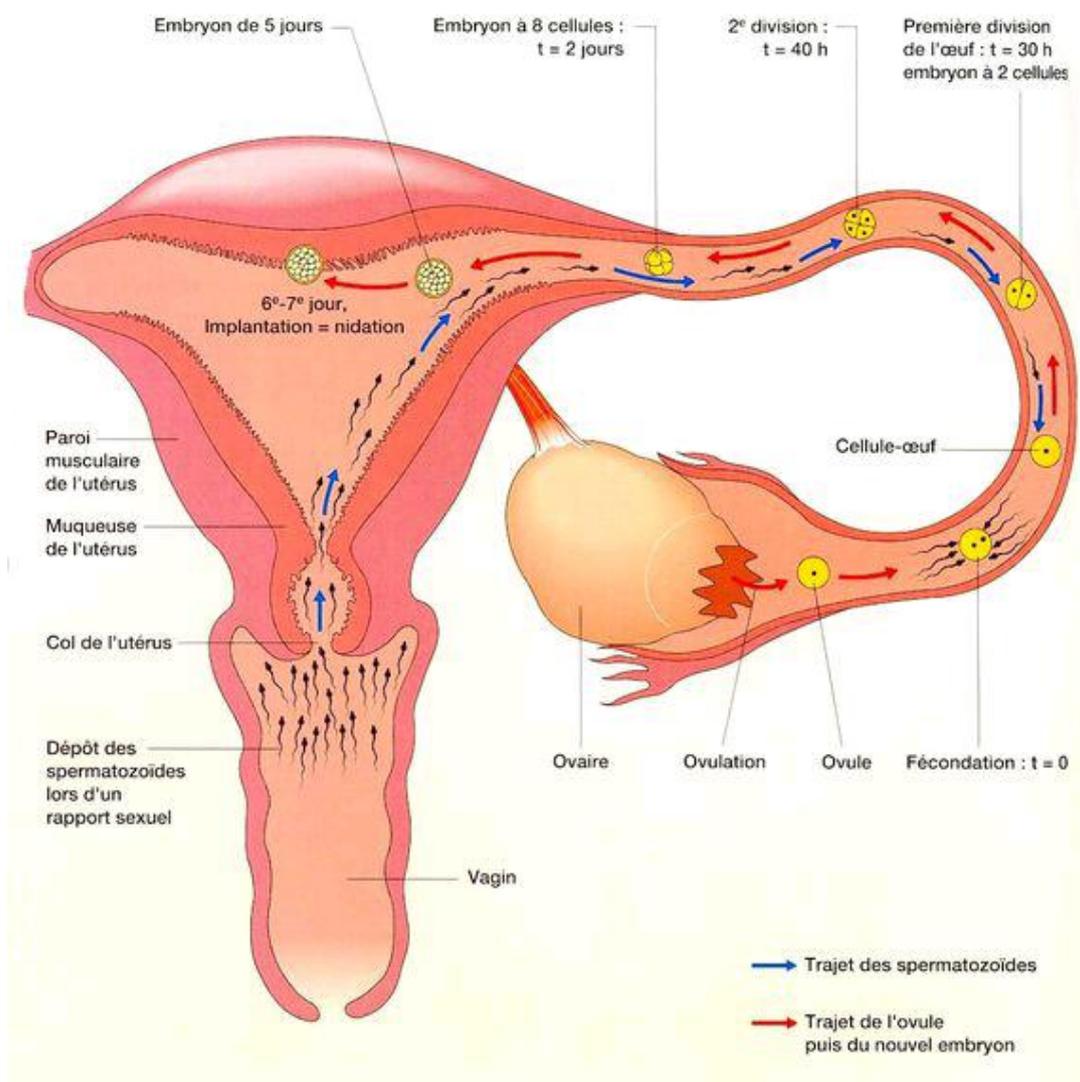


Figure 3 : Physiologie de la fécondation

2.8. Diagnostic

2.8.1. Symptomatologie clinique

Les signes cliniques sont trompeurs ; la symptomatologie classique ne s'observe que dans les formes déjà évoluées (Zilber *et al.*, 1996). Il s'agit d'une femme jeune en âge de procréer qui présente après une période de retard des règles de quelques jours à quelques semaines, des métrorragies peu abondantes ou des pertes sépia, ainsi que des douleurs pelviennes.

La triade classique douleurs-métrorragies-aménorrhée n'est observée que dans 45 à 50% des cas (Lipscomb *et al.*, 1998).

L'examen gynécologique révèle un col sain (parfois violacé gravide) et au TV une masse latéro-utérine ou une simple sensibilité d'un cul-de-sac, alors que l'utérus est normal ou ramolli et sensible à la mobilisation.

Cinq pour cent des patientes présentent actuellement un tableau clinique d'hémopéritoine et dans ce cas un simple dosage de β HCG qualitatif urinaire positif indique un traitement d'urgence (Zilber *et al.*, 1996).

Dans 95%, l'ubiquité du tableau clinique impose la réalisation d'examens complémentaires (Lansac, Gallet and Rochet, 1975).

2.9. Etude clinique de la GEU

2.9.1. Type de description : "Forme clinique typique de GEU au début"

2.9.1.1. Circonstance de découverte

Il s'agit d'une femme jeune en période d'activité génitale qui se sait enceinte ou ignore sa grossesse et qui consulte pour douleurs pelviennes ou des métrorragies. Les douleurs sont hypogastriques basses, unilatérales, à type de torsion, de coliques, très caractéristiques.

Les pertes sont constituées de sang noirâtre sépia peu abondant. Cette association grossesse, douleurs pelviennes latéralisées et métrorragies évoque la GEU.

2.9.1.2. L'interrogatoire : doit être méticuleux

Il précise la date des dernières règles, leur caractère normal ou non, tout en faisant le récapitulatif des cycles antérieurs. On précisera surtout les antécédents obstétricaux (fausses couches éventuelles) et les antécédents gynécologiques infectieux (salpingites). Le côté de la douleur, l'existence de scapulalgies, ou une tendance lipothymique. On recherche dans les antécédents les facteurs de risque de GEU, sans oublier les infections sexuellement transmissibles chez le ou les partenaires, l'infection pouvant passée inaperçue chez la femme.

2.9.1.3. Examen physique

On retrouve une pâleur anormale, des lipothymies fréquentes, d'apparition récente.

L'examen des seins est généralement normal.

La palpation abdominale précise la région douloureuse.

L'inspection de la vulve peut retrouver des saignements sépia.

Le col est normal ou violacé à l'examen au spéculum comme celui d'une femme enceinte, l'écoulement sanguin vient de la cavité utérine.

Le Toucher vaginal (TV) précise la taille et la mobilité de l'utérus, la mollesse du col.

On est frappé par deux choses :

- l'utérus, quoique ramolli, est plus petit que ne le voudrait l'âge supposé de la grossesse.
- dans un cul de sac, on retrouve une masse unilatérale indépendante de l'utérus mobile mollesse mais fait essentiel, douloureuse.

Il n'en faut pas plus pour évoquer le diagnostic et faire hospitaliser la patiente.

2.9.1.4. Les examens complémentaires

➤ L'hémogramme et le groupage sanguin et rhésus

L'hémogramme ne montrera une anémie qu'en cas d'hémorragie intrapéritonéale.

Une hyperleucocytose modérée n'est pas rare : elle risque d'orienter à tort vers une étiologie infectieuse (appendicite ou salpingite).

➤ Le dosage hormonal :

Les hormones chorioniques gonadotropiques (HCG) sont sécrétées précocement dans le sang maternel à partir du cytotrophoblaste. Il confirme l'existence d'une grossesse sans préjuger de sa localisation. Le dosage spécifique de β HCG utilisant les anticorps monoclonaux, est plus sensible (β HCG urinaire). Le β HCG est retrouvé dans le sang maternel dès le 10^{ème} jour post ovulatoire.

➤ La Culdocentèse

En présence d'une grossesse extra-utérine, le taux des hormones chorioniques du liquide péritonéal est supérieur au taux sérique alors qu'il reste faible en présence d'une grossesse intra-utérine. Malgré son intérêt diagnostique, la culdocentèse reste une technique peu utilisée.

➤ Dosage de la progestérone

Durant les premières semaines de gestation, la progestérone est synthétisée par le corps jaune stimulé par des facteurs lutéotrophiques émis par l'embryon implanté. Lorsque son taux est inférieur à 5ng/ml, elle permet d'exclure le diagnostic de grossesse intra-utérine évolutive.

➤ Echographie

Essentielle, elle doit être réalisée au moindre doute.

Elle se pratique par voie sus-pubienne, puis par voie endovaginale.

L'échographie est confrontée à l'examen clinique et surtout à la biologie. On considère que l'on doit voir une image d'œuf intra-utérin à partir de 1500 UI/l de β -HCG plasmatiques. Certains considèrent que la limite est à 1 000 UI/l.

Elle ne permet de conclure de façon formelle à une GEU qu'en présence des signes suivants :

1. vacuité utérine ou pseudo sac gestationnel
2. masse latéro-utérine (MLU) échogène, sensible et fixe
3. petite collection recto-utérine signant l'hémorragie intra-péritonéale
4. présence d'un corps jaune homolatérale à la masse latéro-utérine

Concernant la quantification sanguine à l'échographie, il faudrait savoir qu'à l'échographie on voit une lame liquidienne soit hypo échogène ou finement échogène au niveau du cul de sac de Douglas (recto-utérin) et les images peuvent être plus hétérogènes en présence de caillots sanguins. Ainsi, on peut mesurer la hauteur en coupe sagittale.

Si donc :

- l'épanchement dépasse le fond utérin en coupe sagittale, le volume de l'hémopéritoine est d'environ 300-400 ml
- l'épanchement atteint l'espace de **Morison**, les pertes sanguines sont d'environ supérieures à 1L et il s'agit d'une urgence chirurgicale.

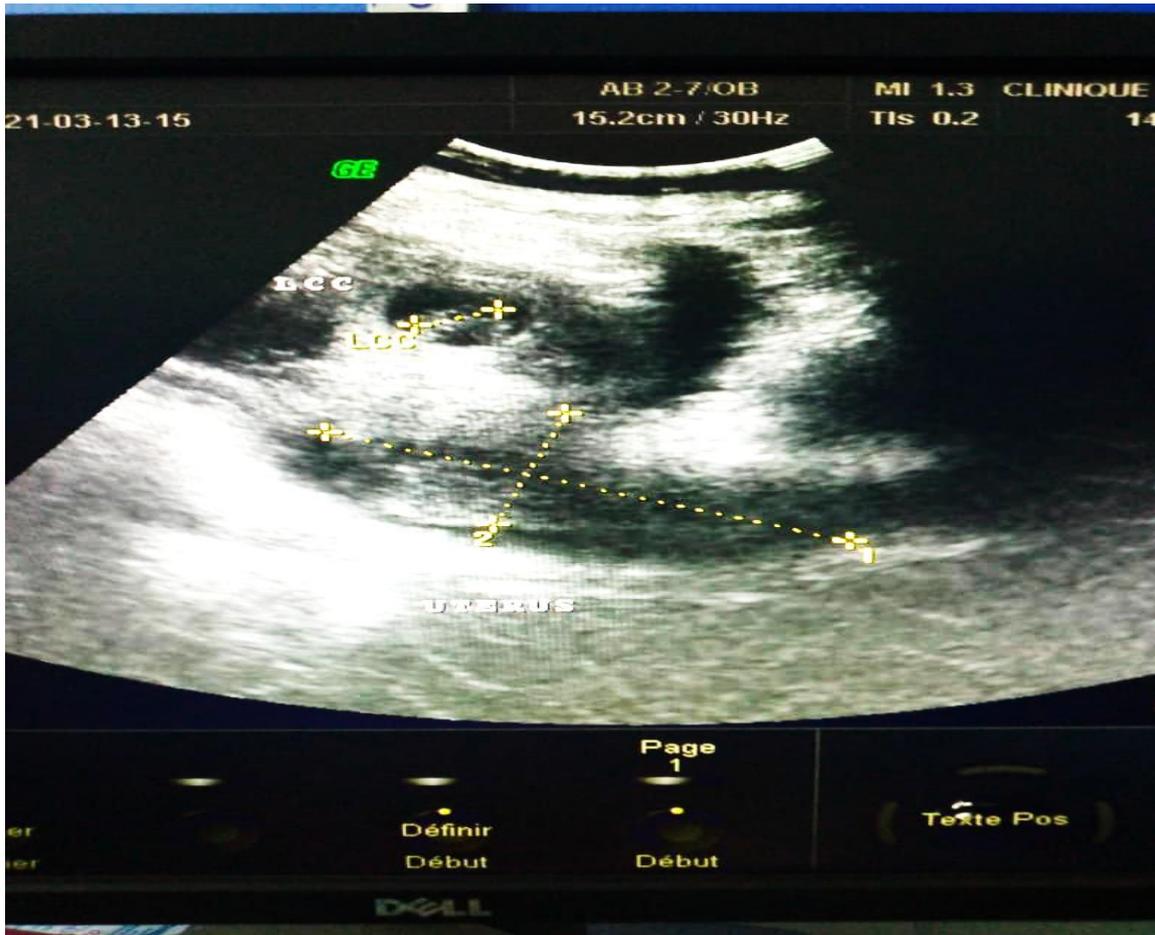


Figure 4: Image échographique d'une grossesse extra-utérine rompue

2.9.2. Formes cliniques

2.9.2.1. Formes trompeuses

➤ Formes pseudo-abortives

Elles représentent une des difficultés diagnostiques majeures. C'est un tableau d'avortement spontané avec douleurs banales. L'échographie peut être trompeuse avec une image intra-utérine ronde, correspondant à un faux œuf, qui est en fait une hématométrie minime au sein de la caduque. Comme décrit plus haut, il faut se méfier des métrorragies abondantes de sang rouge associées à l'expulsion de la caduque, mimant une fausse couche spontanée.

➤ **Formes pseudo-salpingitiques**

Elles associent douleurs pelviennes, métrorragies et température à 37.8-38 °C.

Le dosage de β -HCG et l'échographie rétablissent le diagnostic.

➤ **Formes pseudo-appendiculaires**

Elles sont dominées par des douleurs dans la fosse iliaque droite. Ici encore, la biologie et l'échographie rétabliront le diagnostic.

2.9.2.2. Formes selon le siège

- Elles sont tubaires dans plus de 95 % des cas dont 75% ampullaires.

- Elles peuvent être extra-tubaires dans le reste des cas : ovarienne, abdominale (s'implantant sur l'épiploon et les anses digestives), cornuales (au niveau de la corne utérine) ou cervicales.

2.9.2.3. Formes selon le tableau clinique

➤ **GEU fissurée**

Le tableau clinique est marqué par des douleurs pelviennes avec lipothymies et scapulalgies dans un contexte de retard de règles et de métrorragies.

Le pouls est accéléré et la pression artérielle encore conservée.

L'examen clinique trouve une vive douleur dans le cul-de-sac latéral concerné et un cul-de-sac de Douglas douloureux.

L'échographie confirme le diagnostic ou, au moins trouve un épanchement intrapéritonéal et un utérus vide. Le dosage des β -HCG est positif.

Le reste de la conduite à tenir consiste à prélever un bilan préopératoire et pré transfusionnel et à organiser l'intervention. Le groupe phénotype (Rhésus) et la Recherche des Agglutinines Irrégulières (RAI) sont importants, car il s'agit d'une pathologie hémorragique.

➤ **Rupture cataclysmique de GEU**

C'est une urgence chirurgicale.

Cliniquement : hémopéritoine important, toucher vaginal très douloureux et signes de choc hémorragique : tachycardie, hypotension orthostatique, puis hypotension.

La réanimation préopératoire est essentielle et immédiate : voie veineuse de gros calibre (16 gauge), de préférence double et périphérique ; rétablissement d'une volémie et d'un état hémodynamique corrects (macromolécules puis sang) éventuellement aidés d'une pression veineuse centrale (PVC) ; prélèvement en urgence du groupe, rhésus phénotype, recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) et d'une numération formule sanguine de référence.

Elle nécessite une intervention chirurgicale en urgence, car le pronostic vital est en jeu.

2.9.3. Evolution

Lorsque le diagnostic est posé au stade précoce, les possibilités de conservation chirurgicale sont meilleures.

Non traitée, la GEU évolue vers des complications hémorragiques ou rarement vers la résorption spontanée.

2.9.4. Traitement

2.9.4.1. Traitement préventif

Il repose sur la prévention et le traitement précoce et bien conduit des IST (surtout les salpingites), des précautions opératoires pour des femmes désirant procréer.

2.9.4.2. Traitement curatif

- **But**

- Assurer l'hémostase
- Interrompre la GEU
- Réduire la morbidité thérapeutique
- Prévenir l'allo-immunisation Rhésus chez les mères Rhésus négatif
- Prévenir les récurrences
- Préserver la fertilité

- **Moyens**

Les moyens thérapeutiques sont chirurgicaux ou médicaux.

Le traitement chirurgical peut être conservateur (Salpingotomie et aspiration de l'œuf ou des débris trophoblastiques) ou radical (salpingectomie).

La cœliochirurgie a remplacé la laparotomie dans les pays développés. La laparotomie n'est indiquée qu'en cas d'hémorragie interne abondante avec instabilité hémodynamique liée à la rupture de la GEU ou dans les cas exceptionnels où l'anesthésiste contre indiqueraient la cœlioscopie.

Le traitement médical au méthotrexate, antinéoplasique de type anti folique. Il inhibe la synthèse des acides nucléiques au sein des cellules, soit par voie intramusculaire qui est la voie d'administration la plus utilisée car elle simplifie au maximum le traitement ambulatoire de GEU ; soit par voie orale ou locale, par injection directe dans le sac ovulaire.

2.9.4.3. Indications

- ✓ **Le traitement chirurgical** : il est indiqué dans plusieurs situations
- Les GEU ayant un score de Fernandez >13
- La rupture tubaire, que celle-ci soit suspectée cliniquement (syncope, défense, Bloomberg, scapulargie), biologiquement (anémie) ou échographiquement (épanchement péritonéal abondant) ;

- Les GEU avec β -HCG à 10000UI/L ;
- Les GEU avec activité cardiaque ;
- Les GEU hétérotopiques ;
- Les grossesses abdominales ;
- En cas de patiente non compliant (suivi par β -HCG impossible) ;
- En cas de récurrence de GEU ;
- Si le diagnostic nécessite la réalisation d'une coelioscopie.

Tableau I: Score de Fernandez pour le traitement médical de la GEU non rompue

	1	2	3
Jour d'aménorrhée	>49	49-42	≤ 42
β hCG (UI/L)	≤ 1000	1000 – 5000	>5000
Progestérone (ng/ml)	≤ 5	5-10	>10
Douleur	Absente	Provoquée	Spontanée
Hématosalpinx (cm)	≤ 1	1-3	> 3
Hémopéritoine (ml)	0	1-100	>100

Interprétation

Un score inférieur à 13 permet d'envisager un traitement médical de la grossesse extra-utérine. Au-delà, le traitement chirurgical est à préférer.

La coelioscopie : Elle permet de faire le diagnostic et le traitement

Les premiers temps de l'intervention comprennent :

- L'exposition du pelvis ;
- L'évacuation d'un éventuel hémopéritoine ;

- La confirmation du diagnostic et de la localisation de la grossesse extra-utérine ;
 - L'hémostase élective en cas de saignement actif ;
 - L'exploration abdomino-pelvienne permettant de recueillir les informations nécessaires pour la décision thérapeutique et l'établissement du pronostic de la fertilité.
- ✓ **Le traitement radical par salpingectomie** : Il est pratiqué dans des indications bien définies :
- Absence de désir de grossesse ;
 - Trompe rompue ou endommagée par la GEU ou atteinte de salpingite chronique ;
 - Antécédent de GEU ou de plastie tubaire sur cette même trompe ;
 - Hémorragie ne pouvant être contrôlée.

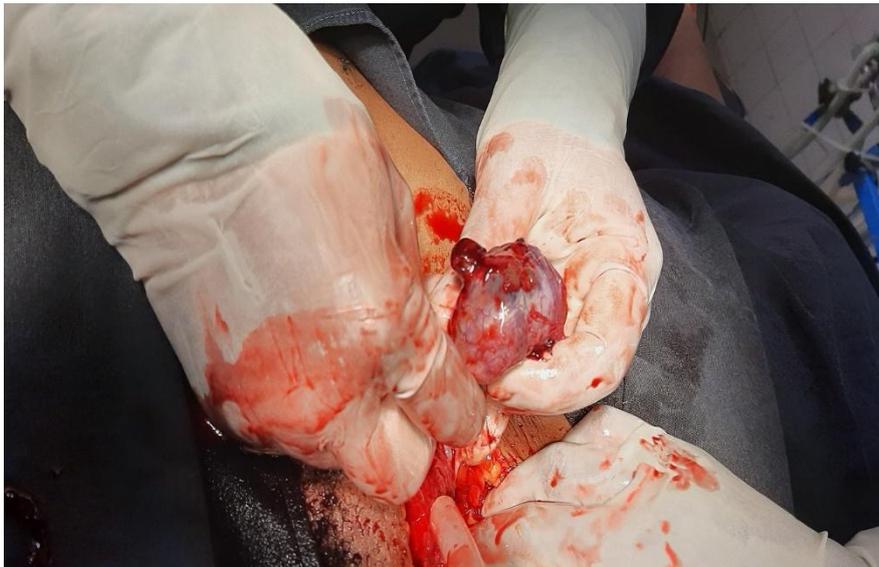


Figure 5: Grossesse extra-utérine rompue au niveau ampullaire

- ✓ **Le traitement médical** : il est indiqué dans :
- Les GEU peu symptomatiques ;
 - Les GEU peu actives (faible taux de β HCG, faible taux de progestérone plasmatique c'est-à-dire un taux inférieur à 5 ou 10 nano grammes /millilitre ;

- Les GEU peu volumineuses (moins de 3 ou 4cm de diamètre dans son grand axe)
- Les GEU ne contenant pas un embryon vivant ;
- Les GEU qui ne sont pas associées à une hémorragie interne importante hémopéritoine.

Plusieurs agents cytotoxiques ont été proposés : le méthotrexate (MTX), l'actinomycine, les prostaglandines, le chlorure de potassium, le glucose hyperosmolaire.

Le méthotrexate est généralement prescrit par voie intramusculaire.

Il est démontré que le méthotrexate n'agit pas sur le syncytiotrophoblaste qui produit les β -HCG, mais sur les cellules des cytotrophoblastes qui sont en phase de synthèse, cela permet de comprendre pourquoi après une injection de MTX il n'est pas observé de diminution rapide des β HCG. Cette diminution est le plus souvent observée à partir du quatrième jour.

Trois (3) protocoles thérapeutiques sont possibles : traitement intramusculaire mono-dose, traitement intramusculaire multi doses, et injection in situ.

✓ **Le traitement par injection répétées**

Comporte quatre injections intramusculaires de 1 mg/kg de MTX à j0, j2, j4 et j6. Un contrôle des β HCG est réalisé à j14. Un échec est défini par un taux de β -HCG supérieur à 40% du taux initial [44,45].

✓ **Le traitement par injection unique**

Il est constitué d'une injection en intra musculaire à j1 de 50 mg/m². Un contrôle du taux de β -HCG est réalisé à j4 et j7. L'échec est défini si les β -HCG n'ont pas diminué de 15% ou plus à j7 par rapport au taux de j4. En cas d'échec une deuxième injection est réalisée. Si les β -HCG ont diminué de 15% ou plus, le dosage est répété chaque semaine jusqu'à leur négativation.

Un maximum de trois injections de MTX est réalisé. A l'issue de ces trois injections, si les β -HCG ne diminuent pas, la patiente doit recevoir un traitement chirurgical.

✓ **Le traitement peut également être réalisé par injection in situ :**

Sous contrôle écho guidé ou sous cœlioscopie, on injecte alors in situ 100 mg de MTX. Le taux d'efficacité est 76%.

L'avantage théorique de cette voie d'administration est de diminuer les effets secondaires du MTX.

L'Association MTX-mifépristone : La mifépristone (RU 486) est un antiprogestéronique puissant utilisé dans les interruptions volontaires de grossesse du premier trimestre en association avec les prostaglandines. Utilisé seul, il ne permet pas de traiter les GEU. Il a été utilisé à la dose de 600 mg per os en association avec une dose de MTX de 50 mg/m².

Ses indications sont : une grossesse cervicale, angulaire ou interstitielle à condition d'une surveillance rigoureuse.

✓ **Mesures de Réanimation**

- Remplissage vasculaire avec des cristalloïdes après prise d'une ou deux voies veineuses périphériques au Cathéter G18 ou centrales
- Perfusion de macromolécules
- Transfusion de sang iso-groupe iso-rhésus en cas d'instabilité hémodynamique liée à un hémopéritoine brutal et abondant, en fonction de la réponse au remplissage et des signes de décompensation hémodynamiques.

Tableau II: Diagnostic de gravité de l'hémorragie

Pertes sanguines (ml)	< 750	750-1500	1500-2000	>2000
(%) de masse sanguine	<15	15-30	30-40	>40
PAS (mmHg)	Inchangée	Normale	Diminuée	Très basse
PAD (mmHg)	Inchangée	Augmentée	Diminuée	Très basse
FC (batts/min)	<100	100-120	120 (Pouls faible)	>120 (Pouls très faible)
Temps de recoloration capillaire	Normale	>2 secondes Lente	>2 secondes Lente	Indétectable
Fréquence respiratoire (Cycle/min)	Normale	Normale	>20 secondes Tachypnée	>20 secondes Tachypnée
Diurèse (ml/h)	>30	20-30	10-20	0-10
Extrémités	Normales	Pâles	Pâles	Pâles et froides
Coloration	Normale	Pâle	Pâle	Grise
Conscience	Normale ou altérée	Anxiété ou agressivité	Anxiété ou agressivité ou altérée	Altérée ou coma

Source : D'après RPC-Remplissage vasculaire au cours des hypovolémies relatives ou absolues

RéanUrg 1997 ; 6 (3 bis) : 389- 405

D'après MION G.-Stratégie de remplissage vasculaire en traumatologie- EMC 2006 ;24-101-D-15

2.9.5. Pronostic

Les caractéristiques de la GEU (taille, localisation, notion de rupture tubaire ou volume initial de l'Hémopéritoine) n'ont pas d'impact sur le pronostic de fertilité. L'existence d'ATCD de GEU, de salpingite, de trompe unique, de chirurgie tubaire, d'altération de la trompe controlatérale ou la présence d'adhérences altèrent le pronostic ultérieur.

Après une GEU traitée médicalement ou de façon conservateur à la coelioscopie, le taux de fertilité est identique (60 %).

Ce taux de fertilité est abaissé à 45 % en cas de salpingectomie. L'évaluation de l'état des trompes et, par conséquent le risque de récurrence, peut être réalisée par une hystérosalpingographie, environ trois mois après le traitement. Si le pronostic de fertilité de la patiente apparaît défavorable, celle-ci sera alors adressée à un centre de procréation médicalement assistée.



Figure 6 : Pièce opératoire d'une GEU rompue au niveau ampullaire

3. Méthodologie

3.7. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie-Obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako.

Sa situation géographique rend son accès facile pour la population de la commune V et ses environs.

3.8. Description du centre de sante de référence de la commune v (csref cv)

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako : communes I, II, III, IV, V et VI.

C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le Centre de Santé de Référence de la Commune V (service socio-sanitaire de la commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales.

La carte sanitaire de la commune V comprend quatorze aires de santé ayant chacune son Association de Santé Communautaire (ASACO). Dix sur les quatorze aires de santé disposent d'un Centre de Santé Communautaire (CSCOM) fonctionnel. Les aires de santé se répartissent comme suit :

- Trois aires de santé à Daoudabougou disposant d'un CSCOM avec un PMA (plateau minimal d'activités) complet,
- Trois aires de santé à Sabalibougou disposant chacune d'un CSCOM avec un PMA complet,
- Trois aires de santé à Kalaban-Coura dont une seule dispose d'un CSCOM avec PMA complet,
- Une aire de santé à Garantibougou disposant d'un CSCOM avec un PMA complet,

- Une aire de santé pour les quartiers de Torokorobougou et Quartier-Mali disposant d'un CSCOM avec un PMA complet,
- Deux aires de santé à Baco-Djicoroni dont une seule dispose d'un CSCOM avec un PMA complet,
- Une aire de santé à Badalabougou SEMA I ne disposant pas de CSCOM.

Trois Associations de Santé Communautaire disposent de Centre de Santé Communautaire en location dont l'ASCODA, l'ASACOKALA ACI et l'ASACOKAL KO. Les CSCOM de L'ASACOKALA ACI et l'ASACOKAL KO ne fournissent pas le PMA complet.

L'ASACOBADA SEMA I et l'ASACOMBADJI-ACI ne disposent pas de CSCOM.

La population de la Commune V du district de Bamako est répartie entre les 10 Centres de Santé Communautaire avec un PMA complet :

- Le CSCOM de Baco-Djicoroni couvre 15% de la population de la Commune ;
- Le CSCOM du Quartier-Mali/Torokorobougou couvre 12% ;
- Les trois CSCOM de Daoudabougou qui couvrent 22% ;
- Les CSCOM de Kalaban-Coura et Garantibougou couvrent 19 % ;
- Les trois CSCOM de Sabalibougou couvrent 23% de la population ;
- La population non couverte dans la Commune représente 9 %.

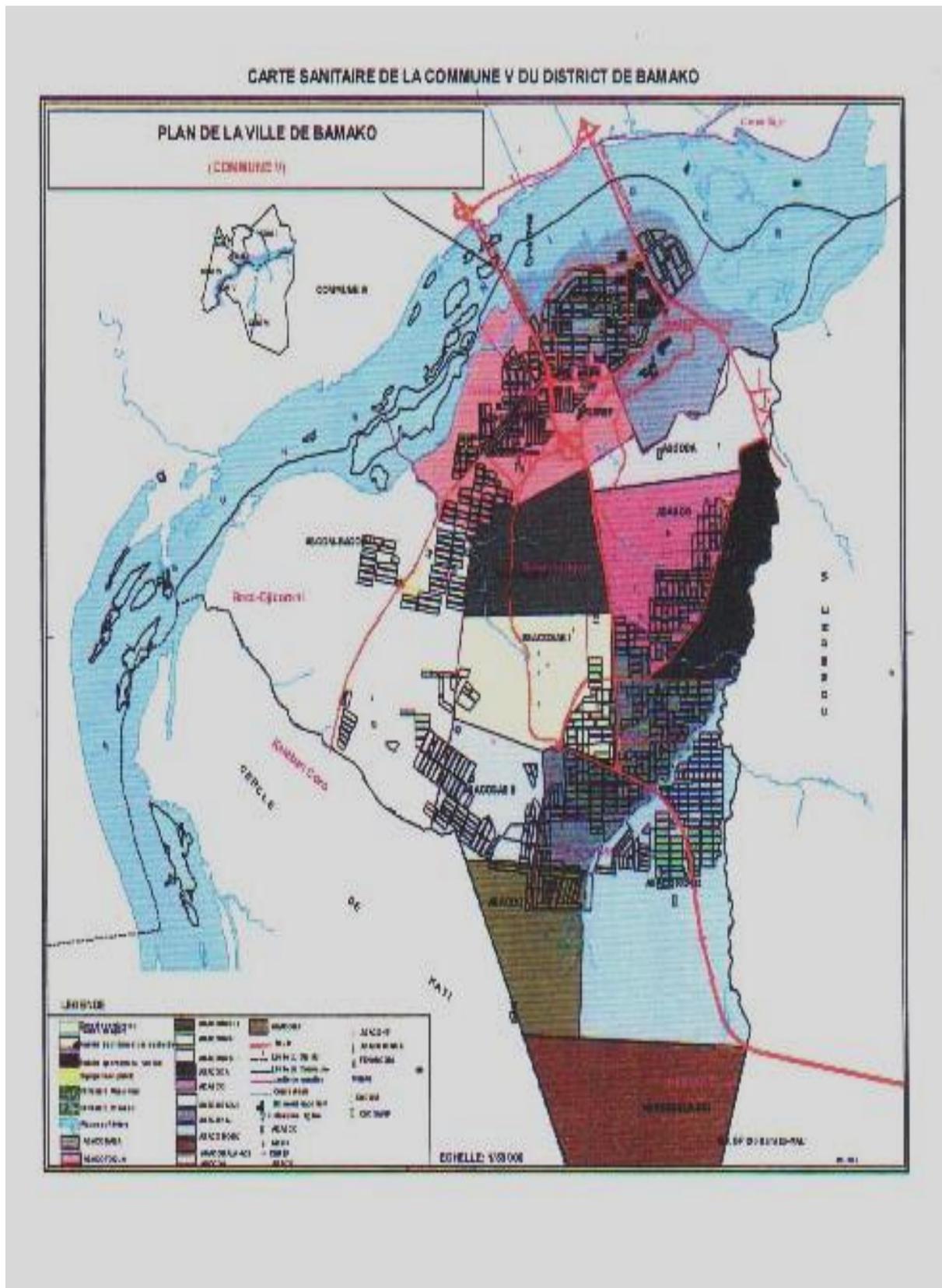


Figure 7: Carte sanitaire de la commune v du district de Bamako:

A la faveur de l'essor du centre par ses bonnes prestations, il fut choisi en 1993 pour tester le système de référence décentralisée. Toujours dans le cadre de la

politique sectorielle de santé, le mode de fonctionnement interne du centre fut un succès, ce qui a fait de lui le centre de santé de référence de la commune V. Partant de ce succès, le système de référence a été instauré dans les autres communes du district de Bamako.

En 1997, le Centre de Santé de Référence de la Commune V a reçu le prix de « *CIWARA D'EXCELLENCE* » décerné par l'Institut Malien de Conseil en Management (IMCM) pour ses bonnes performances dans les activités gynécologiques et obstétricales.

En 1999, le Médecin Chef du centre de santé de référence de la commune V a reçu un diplôme honorifique du ministère de la promotion de la famille et de l'enfant pour son engagement en faveur de la promotion de la santé de la femme et de l'enfant. Il a reçu la même année la médaille du Mérite national du Mali.

Actuellement le CSREF-CV comporte plusieurs services et unités qui sont :

**a- Liste des services du Centre de Santé de Référence de la Commune V
du District de Bamako**

- 1- Service de Gynécologie Obstétrique ;
- 2- Service d'Ophtalmologie ;
- 3- Service d'Odonto-Stomatologie ;
- 4- Service de Médecine ;
- 5- Service de Pédiatrie/Néonatalogie ;
- 6- Service de Comptabilité ;
- 7- Service de Pharmacie-Laboratoire ;
- 8- Service de l'USAC ;
- 9- Service de Chirurgie ;
- 10- Service d'Anesthésie-Réanimation

**b- Listes des unités du Centre de Santé de Référence de la Commune V
du District de Bamako**

- 1 Unité Technique Bloc Opératoire (Anesthésie) ;
- 2 Unité Hospitalisation Bloc Opératoire ;
- 3 Unité Imagerie Médicale ;
- 4 Unité Médecine Générale ;
- 5 Unité Pharmacie ;
- 6 Unité Laboratoire ;
- 7 Unité Ressources Humaines ;
- 8 Unité Système Locale d'Information Sanitaire (SLIS) ;
- 9 Unité Brigade d'Hygiène ;
- 10 Unité Néonatalogie ;
- 11 Unité Pédiatrie Générale ;
- 12 Unité d'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) ;
- 13 Unité Tuberculose ;
- 14 Unité Lèpre ;
- 15 Unité Consultation Postnatale (CPON) ;
- 16 Unité Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) ;
- 17 Unité Consultation Périnatale (CPN) ;
- 18 Unité Nutrition ;
- 19 Unité Suite de Couches ;
- 20 Unité du Programme Élargi de Vaccination (PEV) ;
- 21 Unité Gynécologie ;
- 22 Unité Soins Après Avortement (SAA) ;
- 23 Unité Ophtalmologie ;
- 24 Unité Odontostomatologie ;
- 25 Unité Planification Familiale (PF).
- 26 Unité de réanimation
- 27 Unité Urologie

c- Le Personnel

Il comporte :

- Un médecin spécialiste en dermatologie (chef de service) ;
- Cinq médecins spécialisés en gynécologie obstétrique ;
- Un médecin anesthésiste réanimateur ;
- Des résidents en gynécologie obstétrique pour le diplôme d'études spécialisées (DES) ;
- Des médecins généralistes ;
- Des étudiants en médecine en année de thèse ;
- Des pédiatres ;
- Des techniciens supérieurs en anesthésie réanimation ;
- Des sages-femmes ;
- Des instrumentistes ;
- Des infirmières obstétriciennes ;
- Des aides-soignantes ;
- Des chauffeurs d'ambulance ;
- Des infirmiers d'État ;
- Le secrétariat du Médecin-chef ;
- Des manœuvres ;
- Des gardiens ;
- Des techniciens de surface.

d-Le fonctionnement du service de gynécologie obstétrique

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les jours ouvrables.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au jeudi par les Gynécologues-Obstétriciens.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré du lundi au samedi par deux sages-femmes et des infirmières aux nombres de trois ayant reçu une formation dans le domaine.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynéco-obstétricales.

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours ouvrables et vingt-quatre heures sur vingt-quatre, pour les interventions chirurgicales gynéco-obstétricales.

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours ouvrables à partir de huit heures quinze minutes pour discuter des événements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par le Chef de Service ou par un médecin Gynécologue-Obstétricien ou par un médecin en spécialisation.

Les ambulances assurent la liaison entre le Centre et les CSCOM, les CHU Gabriel Touré, Point G, Kati, CHU Mère-Enfant le Luxembourg, Hôpital du Mali et le CNTS.

Une séance d'audit de décès maternel a lieu au moins une fois par mois.

1. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale avec collecte prospective des données allant du 1^{er} Juillet 2022 au 30 Novembre 2023.

2. Echantillonnage

2.1. Population d'étude

L'étude a porté sur toutes les admissions pour causes obstétricales dans le Service de Gynécologie-Obstétrique au Centre de Santé de Référence de la commune V du district de Bamako durant la période d'étude.

2.2. Type d'échantillonnage :

$$n = z^2 \cdot p \cdot q / i^2$$

n = taille de l'échantillon ;

z = niveau de confiance selon la loi normale centrée réduite (pour un niveau de confiance de 95%, $z = 1.96$) ;

P = fréquence dans une étude similaire ($P = 3,45\%$) [1].

q = $1 - p$; prévalence attendue des personnes ne présentant pas le phénomène étudié,

i = la précision souhaitée

$$n = (1,96)^2 \times (0,0345) (1 - 0,0345) / (0,04)^2 = 79,97 \approx 80$$

La taille minimale de notre échantillon **n** était **80** patientes. Nous avons pu collecter en tout **89** échantillons.

2.3. Critères d'inclusion

Nous avons incluses dans cette étude, toutes les patientes admises et traitées dans le Service pour GEU durant la période d'étude.

2.4. Critères de non inclusion

N'étaient pas incluses dans cette étude, toutes les patientes :

- Présentant une GEU mais non prise en charge dans le service,
- Opérées pour GEU mais vue dans notre service pour d'autres motifs

2.5. Types de variables étudiés

Variables Qualitatifs	Variables quantitatives
Profession	Age gestationnel
Situation matrimoniale	Taille de la masse
Gestité	Taille de l'hématosalpinx
Parité	Taux des BHCG plasmatiques initial
Mode d'admission	Score de Fernandez
Motif d'admission	Taux de progestérone
Mode de vie	Taux d'hémoglobine
Antécédents médicaux	La dose de méthotrexate administré
Antécédents chirurgicaux	La cinétique des B HCG plasmatiques
Antécédent d'avortement	Taux d'hémoglobine en postopératoire
Notion de contraception	Spoliation sanguine
Etat général	Quantité de sang transfusé
Cri de l'ombilic	
Cul de sac de Douglas sensible	
Masse annexielle	
Aspect échographique	
Activité cardiaque visible	

Test HCG urinaire

Echec du traitement médical

Le motif d'arrêt du traitement médical

Type de grossesse extra-utérine en
peropératoire

Hémopéritoine

Localisation de la GEU

L'aspect de la trompe controlatérale

L'existence de l'embryon

Geste Chirurgical réalisé

Anémie

Transfusion sanguine

Complication

2.6. Collecte et analyse des données

La collecte des données a été effectuée à partir :

- des registres des différentes activités menées au Service (le registre de compte rendu opératoire, le registre d'admission des urgences).
- des dossiers des patientes traitées pour GEU dans le service
- une fiche d'enquête élaborée

Les données ont été analysées avec les logiciels Excel, Epi info 7.2 et le logiciel SPSS.

2.7. Définitions opératoires

Dans le cadre de cette étude, nous avons adopté les définitions suivantes à savoir :

a- Salpingite : c'est une inflammation de la trompe.

b- Hémopéritoine : c'est un épanchement de sang dans la cavité péritonéale.

- c- Evacuation** : c'est lorsque la patiente est adressée à un service de niveau supérieur dans un contexte d'urgence.
- d- La référence** : c'est l'orientation d'une patiente vers un service de niveau supérieur sans notion d'urgence.
- e- Salpingectomie** : c'est une intervention chirurgicale qui consiste à l'exérèse de la trompe avec ou sans résection cunéiforme de la corne.
- f- Salpingectomie partielle** : c'est une intervention chirurgicale qui consiste à l'exérèse d'une portion de la trompe.
- g- Hydrosalpinx** : c'est un épanchement liquidien dans la trompe.
- h- Gestité** : c'est le nombre de grossesse.
- i- Primigeste** : il s'agit des femmes qui sont à leur première grossesse.
- j- Pauci geste** : il s'agit des femmes qui ont fait deux à trois grossesses.
- k- Multigeste** : il s'agit des femmes qui ont fait quatre à cinq grossesses.
- l- Grande multi geste** : les femmes qui ont fait six grossesses ou plus.
- m-Parité** : c'est le nombre d'accouchement chez une femme.
- n- Nullipare** : Il s'agit des femmes n'ayant pas fait d'accouchement.
- o- Primipare** : les femmes qui sont à leur premier accouchement.
- p- Pauci pare** : il s'agit des femmes ayant fait deux à trois accouchements.
- q- Multipare** : les femmes ayant fait quatre à cinq accouchements.
- r- Grande multipare** : les femmes ayant fait six accouchements ou plus.
- s- Traitement conservateur de la trompe** ou encore appelé **Salpingotomie** : est une intervention chirurgicale qui consiste à une ouverture tubaire et à l'extraction de la grossesse extra- utérine par aspiration le plus souvent.
- t- Suites simples** : les suites opératoires sont dites simples s'il n'y a pas eu de complication pendant la durée de séjour.
- u- Suites compliquées** : les suites opératoires sont dites compliquées en cas de suppuration pariétale ou de saignement ou d'autres complications directement imputables à l'intervention.

4. Résultats

4.1. Fréquence

Durant la période d'étude nous avons recensé **89** cas de grossesses extra-utérines pour **17 192** grossesses soit une fréquence de **0,52%**.

4.2. Profil sociodémographique

Le plus grand nombre de patiente avaient un âge compris entre 20 et 34 ans (84,3%), les ménagères étaient les plus représentées avec 57,3% et les femmes mariées étaient majoritaires à 84,3%.

Tableau I : répartition des patientes selon le profil des patientes

Profil des patientes	Effectifs	Pourcentages
Tranche d'âge		
≤19	7	7,9%
(20-34]	75	84,3%
≥35	7	7,9%
Profession		
Ménagère	51	57,3%
Etudiante/Elève	15	16,9%
Fonctionnaire	13	14,6%
Vendeuse	10	11,2%
Situation matrimoniale		
Célibataire	13	14,6%
Mariée	76	85,4%

4.3. Gestité /Parité

Les primigestes étaient les plus représentées avec une fréquence de 40,4% et les primipares dans 30,3%

Tableau III: Répartition des patientes selon la gestité et la parité

	Effectifs	Pourcentages
Gestité		
Primigeste	36	40,4%
Pauci geste	23	25,8%
Multi geste	17	19,1%
Grande multi geste	13	14,6%
Parités		
Nullipare	26	29,2%
Primipare	27	30,3%
Pauci pare	22	24,7%
Multipare	14	15,7%

4.4. Facteurs de risque

4.4.1. Antécédents

L'antécédent d'avortement était représenté à 27%,
L'antécédents de salpingectomie pour GEU était le plus représentée à 6,74%, Les
leucorrhées pathologiques représentaient 11,24%.

Tableau IV: répartition des patientes selon les antécédents

Antécédents	Effectif	Pourcentage
Antécédent D'avortement spontané		
Oui	24	27,0%
Non	65	82,02%
Antécédents Gynécologiques		
Fibrome utérin	3	3,37%
Hydrosalpinx	1	1,12%
Leucorrhée Pathologiques	10	11,24%
Pas d'antécédent	75	84,27%
Antécédents chirurgicaux		
Salpingectomie pour GEU	6	6,74%
Myomectomie	5	5,62%
Pas d'antécédent	78	87,64%

4.4.2. Contraception

Tableau V: répartition des patientes selon la notion de contraception antérieur

Contraception	Effectifs	Pourcentages
Implant	14	15,7%
Pilule	8	9%
DIU	1	1,1%
Progestatif	4	4,5%
Aucune	62	69,7%
Total	89	100%

L'implant progestatif était la méthode contraceptive la plus dominante à 15,7%.

4.5. Méthodes diagnostics

4.5.1 Mode et motif d'admission

Les patientes venues d'elle-même représentaient 57,3%

Le motif de consultation le plus fréquent était dominé par les évacuations reçu pour Grossesse Extra-Utérine à l'échographie avec un pourcentage allant de **31,5%**.

Tableau VI: répartition des patientes selon le mode et le motif d'admission

	Effectif	Pourcentage
Motif d'admission		
Venue d'elle-même	51	57,3%
Evacuation	38	42,7%
Motif d'admission		
Algie pelvienne sur retard des règles	27	30,3%
Métrorragies	24	27%
Vertiges et B HCG urinaire positif	5	5,6%
GEU rompue à l'échographie	28	31,5%
GEU non rompue à l'échographie	5	5,6%

4.5.2. Examen clinique

L'algie pelvienne était le signe fonctionnel dominant dans 50,7%, Le cul de sac de Douglas était sensible dans 85,40%.

L'état de choc était présent dans 12,36% de cas.

Tableau VII: répartition des patientes selon le signe fonctionnel évoqués

Examen cliniques	Effectifs	Pourcentages
Signe fonctionnel		
Algie pelvienne	45	50,7%
Métrorragies	26	29,2%
Vertiges	18	20,2%
Palpation abdominale		
Abdomen sensible	oui 72	80,9%
	Non	
Cri de l'ombilic	69	77,5%
Saignement endo-utérin	60	67,4%
Cul de Douglas sensible	76	85,4%
Masse annexielle	63	70,8%
Etat de choc		
Oui	11	12,36%
Non	78	84,64%

4.5.3. Examens para cliniques

Seule 59,60% des patientes admises pour grossesse extra-utérines rompue ont réalisés le test urinaire de grossesse (HCG) et 70,79 % étaient en possession d'une fiche échographique ou l'ont réalisé après leur admission. Nous avons trouvés que 23,6% de grossesse extra-utérine étaient entre 06 et 08 semaine d'aménorrhée.

La taille de la grossesse extra-utérine était de 1 à 4cm dans 62,50%

Tableau VIII: Répartition les patientes selon le test urinaire de grossesse (HCG) effectué et la réalisation ou non d'une échographie

Examens paracliniques	Effectifs	Pourcentages
Test urinaire de grossesse positif		
Oui	53	59,60%
Non fait	36	40,40%
Echographie		
Faite	53	59,60%
Non faite	36	40,40%
Age gestationnel (SA)		
[6-8]	21	23,6%
[>8]	2	2,2%
Non calculé	66	74,2%
Taille de la masse(cm)		
[1-4]	15	16,9%
[>4]	9	10,1%
Non trouvé	65	73%

4.5.2.1. Taux d'hémoglobine en préopératoire

Le taux d'hémoglobine à l'admission était de 8g/dl et de 10 g/dl dans 55,06%.

Tableau IX: Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine initial

Taux d'hémoglobine Initial (g/dl)	Effectifs	Pourcentages
< 8	19	21,35%
(8-10]	49	55,06%
>=11	21	23,60%
Total	89	100%

Tableau X: Répartition des patientes selon le dosage des B HCG plasmatiques initial

Dose des B HCG plasmatiques initial	Effectifs	Pourcentages
[0-1000]	3	33,3%
[1000-5000]	4	44,4%
>5000	2	22,2%
Total	9	100%

Le taux des B HCG plasmatique initial était de 1000 à 5000 mUI/ml dans 44,4%
Moyen de 1273,89_+3599,08 mUI/ml

4.6. Méthodes thérapeutiques

Tableau XI: répartition des patientes selon traitement médical de la GEU non rompue

Type de traitement	Effectifs	Pourcentages
Traitement chirurgical	82	92,13%
Traitement médical	6	6,74%
Abstention thérapeutique	1	1,12%
Total	89	100%

La majorité des patientes a bénéficié un traitement chirurgical soit 92,13%

Le taux des B HCG plasmatiques était de 0 à 1000 mUI/ml dans 50% de cas à J4 après administration du méthotrexate.

Le taux des B HCG plasmatique hebdomadaire était négatif à 100%.

Tableau XII: répartition des patientes selon les doses de méthotrexate administrés à la première cure

	Effectifs	Pourcentages
Dose de méthotrexate administrée (mg) à la première cure		
≤ 80	4	50,0%
[90-150]	3	37,5%
≥200	1	12,5%
Dosage des B HCG plasmatique à J4		
[0-1000]	4	50,0%
[1000-5000]	3	37,5%
>5000	1	12,5%
Dose de méthotrexate administrée (mg) à la deuxième cure		
>=80	4	50,0%
[90-150]	3	37,5%
>=200	1	12,5%
Dosage des B HCG plasmatique à J7		
[0-1000]	5	83,33%
[1000-5000]	1	16,67%
Dosage des B HCG plasmatiques hebdomadaire		
[0-1000]	6	100%

4.6.1. Traitement médical par méthotrexate

Le taux de réussite du traitement médical était à 66,67% contre 33,33% cas d'échec sur un total de 9 cas.

Tableau XIII: répartition des patientes selon traitement médical et le motif d'arrêt du traitement médical de la GEU

Traitement médical par méthotrexate	Effectifs	Pourcentages
Réussite	6	66,67%
Echec	3	33,33%

Le motif d'arrêt du traitement médical	Effectifs	Pourcentages
Douleur pelvienne Atroce	1	33,33%
Activité cardiaque visible	1	33,33%
Syndrome d'inondation et d'irritation péritonéal	1	33,33%

Le motif d'arrêt du traitement médical était représenté par : la douleur pelvienne atroce, l'activité cardiaque visible et le syndrome d'inondation et d'irritation péritonéal

4.6.2. Abstention Thérapeutique

Seule une patiente a bénéficié d'un traitement par abstention thérapeutique pour grossesse extra-utérine arrêté

4.6.3. Prise en charge chirurgicale

4.6.3.1. Per Opérateur

En peropérateur le siège de la GEU rompue était majoritaire au niveau ampullaire dans 84,27%, la trompe controlatérale était inflammatoire dans 4,82% contre 2,41% d'adhérences. La salpingectomie totale fut l'acte chirurgical posé dans 97,44%.

Tableau XIV: Répartition des patientes selon l'aspect de la trompe controlatérale en per opératoire

Peropérateur	Effectifs (N=83)	Pourcentages
Aspect de la Trompe Controlatérale		
Inflammatoire	4	4,82%
Adhérence	2	2,41%
Sain	77	92,77%
Siège de la GEU		
Ampullaire	75	84,27%
Isthmique	3	3,61%
Interstitielle	3	3,61%
Ovarienne	2	2,4%
Geste chirurgical réalisé		
Salpingectomie totale	79	95,2%
Salpingotomie	2	2,4%
Expression tubaire	2	2,4%

4.6.3.2. Transfusion sanguine

La spoliation sanguine durant une GEU rompue était en moyenne de 440 ml avec des extrêmes de **100 ml** et de **1800 ml** dont 31,46% ont été transfusés avec une unité de sang isogroupe-isorhésus dans **51,10%**, deux unités (35,70%) et trois unités (7,10%).

Tableau XV: répartition des patientes selon la spoliation sanguine et la réalisation ou non d'une transfusion sanguine

Spoliation sanguine(ml) /Transfusion sanguine	Effets	Pourcentages
Spoliation sanguine (ml)		
[100-500]	52	69,33%
[500-1000]	18	24%
>10000	5	6,67%
Transfusion sanguine (CGR)		
Oui	28	31,46%
Non	61	68,54%
Unité de concentré Globulaire (CGR)		
Une unité	16	57,10%
Deux unités	10	35,70%
Trois unités	2	7,10%

4.6.3.3. Complications/ Évolution

La complication à type d'anémie représentait 31,46% dont l'évolution était favorable dans 83,15% de cas.

Tableau XVI: répartitions des patientes selon l'évolution et la survenu de complication en post-opératoire

Complication	Effets	Pourcentages
Anémie	28	31,46%
Pas de complication	61	68,53%
Evolution	Effets	Pourcentages
Favorable	74	83,15%
Défavorable	15	16,85%

4.6.4. Résultats des examens anatomo-pathologiques

Tableau XVII: résultats de l'examen Anatomo-pathologiques

Résultats des examens anat. Pathologiques	Effectifs	Pourcentages
Salpingite chronique sur GEU	5	5,62%
Résultat normal	2	2,25%
Non demandé	3	3,37%
Non reçu	79	88,76%
Total	89	100%

Les résultats anatomopathologiques n'ont pas été retrouvé dans 88,76% de cas.

5. Discussion et commentaires

5.1. Fréquence de la Grossesse utérine rompue

Pendant la période d'étude, nous avons enregistré **89** cas de GEU pour **17 192** grossesses soit une fréquence de **0,52%**.

Il est inférieur à ceux de **DIOP N.F.N [43]** lors d'une étude hospitalière menée à l'hôpital Régional de Thiès au Sénégal en 2015, de **GABKIKI B.M** et collaborateurs à l'hôpital du district de N'Djamena sud au Tchad en 2015 [44] qui ont trouvé respectivement 7.2% et 2.4%.

Notre taux est supérieur à ceux de **KEBA B [48]**, **KONARE F.B [14]** dans une étude réalisée en 2019 au CSREF de Bougouni, en 2018 dans le CSREF de la commune II du district de Bamako et de **SANOGO B.D[12]** au CSREF de la commune CVI du district de Bamako en 2012 qui ont respectivement trouvé 1,03%, 0.6% et 0.75%.

Nous avons noté dans la littérature une augmentation progressive de la fréquence de la GEU au cours des années [9, 13, 15].

5.2. Profil sociodémographique

5.2.1. Age

La tranche d'âge la plus touchée était comprise entre 20-34 ans soit 84,27%, notre résultat est différent de celui de **BAMBA K [48]** en 2019 au CSREF de Bougouni et de **SANOGO B.D [12]** lors d'une étude au CSREF de la commune CVI en 2012 qui ont respectivement trouvé une tranche d'âge différente comprise entre 20-30 ans et de 30-40 ans mais ayant tous deux le même pourcentage soit 50%.

Ceci s'explique par la durée et le lieu d'étude.

5.2.2. Profession

La profession de ménagère était la plus représentée avec un taux de 57,3%. Notre résultat diffère de par son infériorité à celui de **BAMBA K [48]** qui a rapporté 79.6%, ceci pourrait s'expliquer par la non scolarisation de la plupart des femmes dans notre pays.

5.2.3. Statut matrimonial

Les femmes mariées ont représenté 85,4% durant notre étude. Ce taux est légèrement inférieur à celui de **KONARE F.B [14]** lors d'une étude en 2018 au CSREF de la commune II du district de Bamako qui rapportait 92%.

Ceci s'explique par le nombre élevé de fréquentation dans le CSREF de la CV malgré la courte durée de notre étude.

5.3. Mode d'admission

57,30% des patientes admises venaient d'elle-même, par contre 42,70% provenaient des structures privées.

Ceci s'explique par la qualité de la prise en charge et du fait d'un faible taux de complications post-opératoires.

5.4. Facteurs de risque

5.4.1. Antécédents Gynéco-obstétricaux

5.4.2. Avortement

Nous avons noté un antécédent d'avortement chez 26,97% de nos patientes. Ce taux est supérieur à ceux de **BAMBA K [48]** lors d'une étude réalisée au CSREF de Bougouni en 2019, de **KONARE F.B [14]** lors de son étude au CSREF de la commune CII en 2018 et de **DIAARA S [11]** en 2012 au CSREF de la commune CV qui ont trouvé respectivement 14,8%, 12% et 8.23%.

5.4.3. Mode de vie

Durant notre période d'étude, les leucorrhées de type pathologiques étaient prédominantes avec un pourcentage de 11,24%. Ceci pourrait s'expliquer par la toilette intime faite de façon excessive du fait de la pratique de la douche vaginale qui s'élevait à 58%.

5.4.4. Traitement d'infertilité et du trouble du cycle

Nous n'avons pas trouvé une notion de traitement pour infertilité et troubles du cycle durant notre étude.

En 2019, selon une étude réalisée au CSREF de Bougouni par **BAMBA K [48]** aucune des patientes admises dans le Service pour GEU rompue n'ont pas reçu de traitement pour infertilité ; par contre 8.2% et 13.39% des patientes avaient un antécédent de traitement d'infertilité selon les résultats rapportés par **DIAARA S [11]** et **KEITA M.A [10]**.

5.4.5. Contraception

Dans notre étude 30,3% des patientes faisaient une contraception dont la plus dominante était l'implant qui s'élevait à 15,7%.

Ce taux est différent de ceux trouvés dans les études réalisées par **BAMBA K [48]**, **KONARE F.B [14]** et **KEITA M.A [10]** qui ont rapporté respectivement : 24,1% 40% et 35.43%.

5.4.6. Parité

Les primipares étaient les plus représentées dans notre étude soit 30,3% et suivies de très près par les nullipares et les pauci-pares qui ont respectivement un pourcentage de 29,2% et 24,7%. Le taux pour la pauci-parité est légèrement inférieur à celui de **BAMBA K [48]** qui a obtenu 44,4%, ceci pourrait s'expliquer par la courte durée de notre étude qui était d'une année.

KEITA M.A[10] a rapporté que les multipares constituaient dans sa série la classe prédominante avec un taux de 40.94%, suivies par les primipares ce qui sous-entend que la GEU peut survenir quel que soit la parité.

5.4.7. Antécédents chirurgicaux

Les antécédents chirurgicaux ont été notés chez 11 de nos patientes, parmi lesquels nous avons noté 6 cas de myomectomie soit 6,64%, 05 cas de salpingectomie pour grossesse extra-utérine/fibrome utérin soit 5,62% et aucun cas d'Appendicectomie/Péritonite.

Notre taux d'antécédent de GEU est nettement inférieur à celui qu'a trouvé **BAMBA K [48]** lors d'une étude réalisée au CSREF de Bougouni en 2019 qui était de 6 cas soit 11,1% ; par contre notre taux était est légèrement supérieur à celui réalisé par **KONARE F.B [14]** qui était de 5% également.

5.5. La Symptomatologie clinique évocatrice de la GEU rompue

5.5.1. Motif de consultation

Les motifs de consultation les plus fréquents étaient principalement dominés par : des diagnostics échographiques évoquant d'ores le problème dès l'arrivée dans 31,5% par contre l'algie pelvienne sur retard des règles avec une fréquence de 30,3%, d'autres non encore rompues soit 5,6% ; la consultation pour les cas de saignements et de vertiges étaient respectivement 27% et 5,6%.

Pour des raisons de préférences dans les structures privées, les consultations à notre niveau avaient lieu en derniers recours, ainsi 90% de nos GEU étaient déjà rompues.

Lors d'une étude réalisée en 2019 au CSREF de Bougouni par **BAMBA K [48]** et en 2018 au CSREF de la commune II du district de Bamako par **KONARE F.B [14]**, ils ont respectivement trouvé que 87% et 77% des GEU étaient rompues.

DIARRA S[11] en 2012 au CSREF de la commune CV et **GUENDEBA D [15]** au CHU Gabriel TOURE en 2007 trouvent 92.9% et 79.7% de cas de GEU rompue.

5.6. Méthodes de diagnostics

Le test β HCG urinaire et l'échographie pelvienne étaient les deux examens paracliniques de première intention.

L'échographie pelvienne a été réalisée chez 59,60% de nos patientes qui présentaient cliniquement un état hémodynamique stable.

L'échographie réalisée évoquait la présence d'une masse latéro-utérine ou encore la présence d'un sac gestationnel associé à un hémopéritoine parfois non quantifié du fait qu'elle n'était pas contenue dans une cavité creuse.

Pour **BAMBA K. [48]** en 2019, l'échographie fut réalisée chez 90,1% qui a évoqué un sac gestationnel extra utérine plus un hémopéritoine de grande abondance dans 21 cas soit 41.6%, une image latéro-utérine associée à un hémopéritoine de moyenne abondance dans 15 cas soit 27.8%, une image latéro-utérine dans 13 cas soit 23.4%.

KONARE F.B [14] en 2018, l'échographie réalisée dans 50% a mis en évidence un sac gestationnel en dehors de la cavité utérine.



Figure 8: Image échographique d'une grossesse extra utérine rompue avec hémopéritoine.

5.7. Traitement Médical par méthotrexate

10,11% de nos patientes ont bénéficiées d'un traitement médical avec un taux de succès de 66,67% contre 89,89%. Ce taux est supérieur à ceux de **Foumane et al.** dans leur étude sur la place du traitement peu ou non invasif dans la prise en charge de la grossesse extra-utérine à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé ressortent un taux de 62,71% de succès du traitement médical [4, 8].

5.8. Aspects opératoires

Localisation de la grossesse extra-utérine rompue :

La GEU rompue était tubaire dans 97,5% des cas et ovarienne dans 2,53% des cas.

5.8.1. Siège de la GEU rompue

Nous avons trouvé dans notre étude que la GEU rompue était ampullaire dans 75%, interstitielle et isthmique dans 10%, et ovarienne dans 5% des cas.

Ce taux est supérieur à celui de **BAMBA K.** [48] et de **KONARE F.B** [14] qui ont rapporté respectivement 74,1% et 59% des GEU ampullaires.

5.9. Prise en charge chirurgicale

Le traitement a été chirurgical pour les 83 patientes soit 90% des cas.

La laparotomie demeure le moyen de traitement largement utilisé en Afrique.

Dans notre étude la Salpingectomie totale a été effectuée dans 97,44% des cas. Ce taux est supérieur de celui de **BAMBA K [48]** lors d'une étude réalisée en 2019 au CSREF de Bougouni et de **KONARE F.B[14]** dans une étude en 2018 au CSREF de la commune II du district de Bamako qui ont respectivement rapporté 93% et 92%

Chez **SANOGO B.D [12]**, la totalité des patientes ont bénéficié d'une salpingectomie totale soit 100%.

Cette technique est la plus pratiquée selon plusieurs auteurs.

L'expression tubaire et la salpingotomie été réalisée dans 2,56% des cas. Nous n'avons pas retrouvé de cas de l'annexectomie. **BAMBA K [48]**, **KONARE F.B [14]** et **GUENDEBA D [15]** ont rapporté respectivement 7%, 5% et 16.9%.

Durant notre période d'étude, la spoliation sanguine était en moyenne de 400 ml avec une maximale de 1800 ml et d'une minimale de 100 ml.

Ceci pourrait s'expliquer en grande partie par le retard de la prise en charge de différentes manières à savoir :

- la plus grande partie de nos patientes admises pour GEU rompues consultaient tardivement sans oublier le contexte sociodémographique du fait de leurs préférences pour les cliniques d'à côté ;
- en second lieu, cela serait dû aux différentes réalisations échographiques faites avant l'intervention chirurgicale qu'est la laparotomie, car durant notre période d'étude, plus de deux tiers de nos patientes faisaient face à la réalisation d'une échographie de confrontation pour plus de certitude diagnostique ;
- et troisièmement, cette perte sanguine massive serait également due aux difficultés financières liées à des obligations de dépense d'argent soit pour les investigations paracliniques, l'obtention de produits sanguins pour la transfusion, l'obtention du kit opératoire et produit d'anesthésie.



Figure 9: Spoliation sanguine au cours d'une GEU rompue

La transfusion a été nécessaire dans 31,46% des cas, en outre 68,54% de nos patientes ne furent pas transfusées.

Selon une étude réalisée au CSREF de Bougouni en 2019 par **BAMBA K [48]** 100% de ces patientes opérées pour GEU rompues furent transfusées du fait de leur intolérance à l'anémie.

5.10. Suites opératoires

Nous n'avons enregistré aucun décès dans le service au cours de notre période d'étude. La disponibilité du sang dans le service dans la majorité des cas et quelques fois la mobilisation d'un interne avec l'ambulance pour chercher du sang au Centre Nationale de Transfusion Sanguine (CNTS) et dans d'autres Centre de Santé de Référence ont certainement favorisé cette situation.

La présence permanente d'une équipe opérationnelle dans le service et le renouvellement systématique des produits d'urgence (soluté de remplissage) ont joué un rôle fondamental dans la prise en charge immédiate de nos urgences. Les délais d'accès aux soins ainsi réduits ont amélioré le pronostic vital.

GUENDEBA [35], n'a enregistré aucun cas de décès.

Le traitement post opératoire est bien codifié avec la prescription d'antalgique et une bi-antibiothérapie systématique aux cyclines et aux 5 nitro-imidazolés en raison de 200 mg/j de *Doxycycline* pendant 21 jours et de Métronidazole en spécialités sur la base de la fréquence des infections à *Chlamydiae* et leur retentissement sur les trompes sans oublier la prescription de fer élément à dose préventive et/ou curative en fonction de l'état clinique de la patiente.

Un rendez- vous de suivi post opératoire était donné à **6** semaines soit 45 jours après l'intervention.

Les suites post opératoires ont été simples chez **70%** de nos patientes.

La durée d'hospitalisation a été de **3** jours dans plus de 83% des cas.

5.10.1. Procédés d'évaluation pour l'estimation de la quantité de sang perdu

Au cours de notre étude, l'estimation sanguine procédait essentiellement par quelques étapes aux nombres de quatre qui étaient :

- L'estimation échographique (qui pour la plupart du temps nous permettait de comparer les différents résultats)
- Le saignement de la cavité abdominale aspirée tout en prenant en compte les liquides de lavage
- Le décompte des nombres de compresse effectué après l'intervention chirurgicale (à noter qu'une feuille de compresse imbibée équivaut à 20ml)
- La pesée de caillots en gramme et dont la conversion en ml devrait être multipliée par trois

Vouloir estimer de façon précise la quantité de sang perdu au cours d'une GEU rompue durant l'intervention chirurgicale est extrêmement difficile en raison de quelques difficultés rencontrées à savoir : le champ abdominal mouillé durant l'intervention, la perte sanguine inestimable se trouvant par terre, certaines feuilles de compresse n'étant pas trop mouillées comme il le fallait pour une meilleure estimation en raison de leur mauvaise utilisation ou gestion.

6. Conclusion et Recommandations

6.1. Conclusion

Dans notre contexte nous pouvons retenir que la GEU reste un problème de santé publique au Mali, lié à une augmentation croissante de sa fréquence et met en jeu le pronostic maternel.

La triade symptomatique classique à savoir : douleur ou algie pelvienne, métrorragie (de couleur sépia) le tout dans une notion de retard des règles a constitué le principal tableau clinique.

L'insuffisance de plateau technique pour la Coeliochirurgie offre peu de choix thérapeutique.

L'issue de cette pathologie est favorable dans la majorité des cas si le diagnostic est précoce avec prise en charge adéquate. Un diagnostic précoce des GEU permet d'augmenter la chance de des patientes de bénéficier d'un traitement médical bien menée et un suivi conséquent. La prise en charge correcte des étiologies en amont pourrait améliorer la situation.

7. Recommandations

-A l'endroit des autorités

Renforcer les programmes de lutte contre les IST.

Equiper les CSREF d'une unité de réanimation.

Equiper les CSREF d'un mini banque de sang.

Mettre à la disposition un appareil échographique dans le Service de Gynécologie-Obstétrique pour un meilleur résultat et une prise en charge immédiate

Assurer la formation des agents de santé dans le domaine d'échographie.

-A l'endroit du personnel

Assurer le dépistage et la prise en charge correcte des IST.

Penser à une GEU devant toute douleur pelvienne, une perte de connaissance brutale, une métrorragie chez une femme en âge de procréer.

Renforcer la surveillance des facteurs favorisant la survenue de GEU.

-A l'endroit de la population :

Consulter pour toute infection génitale.

Eviter l'automédication en cas d'IST.

Consulter précocement dès constatation de troubles du cycle menstruel afin d'éviter à la femme, le tableau d'urgence avec les hémorragies cataclysmiques.

8. Références

- Kitchin J, Wein R, Nley W, Thiagarajah S, Thornton W. Ectopic pregnancy: current clinical trends. *Obst Gynéco*. 1979;(134, 8) :(870-876) BERGER, M.J. and TAYMOR, M.L. (1972) 'Simultaneous intra-utérine and tubal Pregnancies following ovulation induction', *obste Gynéco*, (113, 6), p. (812-813).
- BERRY, C.M., THOMPSON, J.B. and HATCHER, R. (1979) 'The radio receptor assay for hcg in ectopic pregnancy.', *Obst Gynéco* 54, (54), p. (143-146).
- BREMOND, A., BONVALLOT, D. and MAGNIN, P. (1977) 'Devenir de la grossesse sur stérilet', (3), p. (189-192).
- Cissé, H. (2007) *Etude épidémio-clinique des grossesses extra-utérines au CSRéf CIV du District de Bamako: à propos de 175 cas*. Thèse méd. FMPOS.
- COSTE, J. and JOB SPINA, N. (1988) 'Les aspects épidémiologiques des Grossesses Extra-utérines', *Gynécol Obstétri Biol Reprod*, 17, (17), p. (916-1001).
- DE STEFANO, F. *et al.* (1982) 'Risk of ectopic pregnancy following tubal stérilisation', (60), p. (326-330).
- DECHERNEY, A. and KASE, N. (1979) 'Conservative surgical management of a ruptured ectopic pregnancy.', (54, 4), p. (451-455).
- DIQUELOU, J.Y. *et al.* (1985) 'La place de chlamydia trachomatis dans l'étiologie infectieuse des grossesses extra-utérines .', *Gynécol. Obstet Biol ,Réprod*, (17), p. (325-332).
- Doyle, M.B., Decherney, A.H. and Diamond, M.P. (1991) 'Epidemiology and etiology of ectopic pregnancy', *Obst Gyneco*, 18, p. (1-17).
- GRUBER, K., GELVEN, P.L. and AUSTIN, R.M. (1997) 'Chorionic villi or trophoblastic tissus in utérus samples of four women with ectopic Pregnancies', *Intenationl journal of gynaecological pathology*, 16,1, (16,1), p. (28-32).
- HALLATT, J.G. (1975) 'Repeat ectopic pregnancy: a study of 123 consecutive cases', *Obst Gyneco*, (122, 4), p. (520-524).
- HERNANDEZ, A.G. and ET COLL (1972) 'Endometriosis, y embarozo ectopico.', *Madrid obste-gynéco*, (23), p. 231.
- ICHINOE, K. *et al.* (1987) 'Non surgical therapy to preserve oviduct function in patients with tubal pregnancies', *Gynécol Obstet Biol Reprod*, (156), p. (484-487).

ISBALLE, P. (1992) *Avenir obstétrical des patientes opérées de grossesse extra-utérine: à propos de 106 cas.* Thèse Med 18, 5.

Judlin, P. *et al.* (1986) 'Avenir genital apres GEU. A propos d'une serie continue de 330 cas.' *J. Gynecol obstet Biol. Reprod.*

Kenfack, B. *et al.* (2012) 'La grossesse extra-utérine dans une région semi-rurale en Afrique: Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à propos d'une série de 74 cas traités à l'Hôpital de District de Sangmelima au Sud-Cameroun', *The Pan African Medical Journal*, 13, p. 71.

KITCHIN, J. *et al.* (1979) 'Ectopic pregnancy: current clinical trends', *Obst Gynéco*, (134, 8), p. (870-876).

Lansac, J., Gallet, C. and Rochet, Y. (1975) 'La grossesse extra-utérine et son pronostic obstétrical.', (4), p. (65-74).

LARUE, S. *et al.* (1978) 'A propos d'une rupture de grossesse ectopique après ligature tubaire bilatérale', *Revue Franc Gyneco*, (73, 6), p. (483-485).

Lipscomb, G.H. *et al.* (1998) 'Analysis of three hundred fifteen ectopic pregnancies treated with single-dose methotrexate.', *Obstet Gynecol*, 178, p. (48-135).

MAC BAIN, J.C. and EVANS, J.H. (1980) 'An unexpectedly high rate of ectopic pregnancy following the induction of ovulation with humain pituitary and chorionic gonadotrophin', *Obst Gyneco* 87, (87), p. (5-9).

MAJMUDAR, B., HENDERSON, P. and SEMPLE, E. (1983) 'Salpingitis isthmica nodosa : a high – risk factor for tubal pregnancy', *Obst Gynéco*, (62), p. (73-78).

MEIRIK, O. and NYGREN, K. (1980) 'Ectopic pregnancy and incidence, risk rate and predisposing factors Acta Obstet Gynécol', (59), p. (425-427).

MORRIS, J.M. and VAN WAGENEN, G. (1973) 'Interception: the use at post ovulatory oestrogen to prevent implantation.', *Obstet Gynécol*, 101, 115.

PALMER, R. *et al.* (1980) 'Etude du pronostic à un an de la chirurgie tubaire restauratrice dans le traitement de la Stérilité', *Gynécol Obstet Biol Reprod*, 9, (9), p. (713-719).

Rothe, D.J. and Birnbaum, S.J. (1973) 'Cervical pregnancy: diagnostic and management.', *Obst Gyneco*, 42, p. 675.

SMYTHE, A. and UNDERWOOD, P.B. (1975) 'Ectopic pregnancy after post coital diethylstilbestol', *Obst Gynéco*, (121), p. (284-285).

STANGEL, J., REYNIK, J. and STONE, M. (1976) 'Conservative surgical management of tubal pregnancy', p. (241-244).

WAHLEN, T. (1983) 'Pregnancy in communicating rudimentary horn.', *Obstet Gynecol*, (61, 2), p. (698-701).

Zilber, U. *et al.* (1996) 'Laparoscopic salpingostomy versus laparoscopic local methotrexate injection in the management of a ruptured ectopic gestation.', *Obste Gynecol*, (2), p. (175-178).

1. .
2. Coste J, Bouyer J, Germain E, Ughetto S, Pouly J, Job-spira N. Recent declining trend in ectopic pregnancy in France: evidence of twoclinic Epidemiologic entities fertile steril Hum Reprod 9. 2000 ; 74.
3. Lansac J, Gallet C, Rochet Y. La grossesse extra-utérine et son pronostic obstétrical, France, gynéco-Obsté. 1975;(4) :(65-74).
4. Desolle P, Detchev R, Darai E. Chirurgie de la grossesse extra-utérine, encycl.-médchir. 11. 2002;(41-530).
5. Bernard B, Boubli I. Préface de gynécologie. Édition pradel.France, Vol. 289(130- 177). Roger Henrion.
6. Dupuis O, Camagna O, Benifla J, Batallan A, Dhainaut-Renolleau C, Madelona P. Grossesse extra-utérine, encylmédchir, France. (édition scientifique et médicale Elsevier SAS). 2001 ; p18.
7. Fernandez H. Grossesse extra-utérine, étiologie, diagnostic, évolution, traitement, Edition Pradel, France. 2000 ; page 2303.
8. Coste J, Job-spira N, Aublet-Cuveller B, Germain E, GlowacZower E, Fernandez H, et al. incidence of ectopic pregnancy, first results of a populationbased register in France. Hum Reprod 9. 1994;(5-742).
9. Dembélé Y. Grossesse extra-utérine : Aspectépidémiologique, Clinique, diagnostique, thérapeutique et pronostique de la grossesse

- extra utérine au CSREF V. [Thèse Med]. [Bamako] :FMPOS ; 2006.06M242, (121p).
10. Keita MA. Aspects épidémio-cliniques et thérapeutique des grossesses extra-utérines au centre de santé de référence de la commune IV à propos de 127 cas. [Thèse Méd]. [Bamako] :FMPOS ; 2006. 06M148, (98p).
 11. Diarra S. Aspects épidémiologique, Clinique et pronostic de la GEU au CSREF de la CV. [Thèse méd]. [Bamako] :FMPOS ; 2012. 20M137, (100p).
 12. Sanogo BD. Aspects épidémiologiques et anatomopathologiques de la grossesse extra-utérine au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako [Thèse Méd]. [Bamako] :FMPOS ; 2012. 20M147, (78p).
 13. Cissé H. Étude épidémio-clinique des grossesses extra-utérines au CSREF CIV du District de Bamako : à propos de 175 cas. [Thèse méd]. [Bamako] :FMPOS ; 2007. 07M98, (102p).
 14. Konare FB. Grossesse extra-utérine : Aspects Epidémio-Cliniques et Thérapeutiques au CSREF de la commune II du district de Bamako [Thèse Med]. [Bamako]: FMPOS; 2018. 18M118, (102p).
 15. Guendeba D. La GEU dans le service de Gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré. [Thèse Med]. [Bamako] :FMPOS ; 2007. 07M138, (101p).
 16. Bambi B. La grossesse extra-utérine en milieu noir africain à propos de 104 cas observés à Bamako [Thèse Med]. [Bamako] :FMPOS ; 1980. 8M98, (97p).
 17. Bremond A, Bonvallot D, Magnin P. Devenir de la grossesse sur stérilet. Revu Franc Gynéco. 1977;(3) :(189-192).

18. Destefano F, Peterson H, Layde P, Rubin G. Risk of ectopic pregnancy following tubal stérilisation. *obsté-gynéco*, 1982 ;(60) :(326-330).
19. Meiriko O, Nygren K. Ectopic pregnancy and incidence, risk rate and predisposing factors *ActaObstetGynécol*. 1980;(59) :(425-427).
20. Stangel J, Reyniak J, Stone M. Conservatrice chirurgicale management of tubal pregnancy. *Obsté-gynéco*, 1976;(241-244).
21. Judlin P, Leguin T, Zaccabri A, Landes P. Avenir genitalaprès GEU. A propos d'une série continue de 330 cas. *J. GynecolobstetBiol. Reprod*; 1986.
22. Decherney A, Kase N. Conservative surgical management of a ruptured ectopic pregnancy. *Obsté-gynéco*. 1979;(54, 4) :(451-455).
23. Zilber U, Pansky M, Bukovsky I, Golan A. Laparoscopic salpingostomy versus laparoscopic local methotrexate injection in the management of a ruptured ectopic gestation. *ObsteGynecol*. 1996;(2) :(175-178).
24. Doyle MB, Decherney AH, Diamond MP. Epidemiology and etiology of ectopic pregnancy. *ObstGynéco*. 1991;18:(1-17).
25. Berger MJ, Taymor ML. Simultaneous intra-utérine and tubal Pregnancies following ovulation induction. *ObsteGynéco*. 1972 ;(113, 6) :(812 – 813).
26. Hernandez AG, ET COLL. Endometriosis, y embarzoectopico. *MadrObste-Gynéco*. 1972;(23):231.
27. Smythe A, Underwood PB. Ectopic pregnancy after post coital diethylstilbestol. *Obst Gynéco*. 1975;(121) :(284-285).
28. Majmudar B, Henderson P, Semple E. Salpingitisisthmicanodosa : a high – risk factor for tubal pregnancy. *Obst Gynéco*. 1983;(62) :(73-78).

29. Ichinoe K, Wake N, Shinkai N, Shina Y, Miyazaki Y, Tanaka T. Non-surgical therapy to preserve oviduct function in patients with tubal pregnancies. *GynécoObstetBiolReprod.* 1987;(156) :(484-487).
30. Isballe P. Avenir obstétrical des patientes opérées de grossesse extra-utérine: à propos de 106 cas. [Thèse Med]. 1992. 02M98, (105p).
31. Hallat JG. Repeat ectopic pregnancy: a study of 123 consecutive cases. *ObstGynéco.* 1975;(122, 4) :(520-524).
32. Berry CM, Thompson JB, Hatcher R. The radio receptor assay for hcg in ectopic pregnancy. *Obst Gynéco* 54. 1979;(54) :(143-146).
33. Mac Bain JC, Evans JH. An unexpectedly high rate of ectopic pregnancy following the induction of ovulation with human pituitary and chorionic gonadotrophin. *ObstGynéco* 87. 1980;(87) :(5-9).
34. Diquelou JY, Pia P, Tesquier L, Henry-Suchet J, Cicquel JM. La place de chlamydia trachomatis dans l'étiologie infectieuse des grossesses extra-utérines. *GynécoObstetBiolRéprod.* 1985;(17) :(325-332).
35. Wahlen T. Pregnancy in communicating rudimentary horn. *ObstetGynéco.* 1983;(61, 2) :(698-701).
36. Palmer R, Rumeau-Rouquette C, Cohen J, RABARISON Y. Etude du Pronostic à un an de la chirurgie tubaire restauratrice dans le traitement de la Stérilité. *GynécoObstetBiolReprod* 9. 1980;(9) :(713-719).
37. Coste J, Job Spina N. Les aspects épidémiologiques des Grossesses Extra-utérines. *GynécoObstétricalBiolReprod* 17. 1988;(17) :(916-1001).
38. Gruber K, Gelven PL, Austin RM. Chorionic villi or trophoblastic tissues in uterus samples of four women with ectopic Pregnancies.

Intenationl Journal GynecologyPathol 161. Janv1997 ;(16,1):(28-32).

39. 1.
40. Kenfack B, Noubom M, Bongoe A, Tsatedem FA, Ngono M, Tsague GN, et al. La grossesse extra-utérine dans une région semi-rurale en Afrique: Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à propos d'une série de 74 cas traités à l'Hôpital de District de Sangmelima au Sud-Cameroun. Pan Afr Med J. 30 nov 2012;13:71.
- 41.
42. Larue S, Saurel S, Gonnet JM, Brunt G. A propos d'une rupture de grossesse ectopique après ligature tubaire bilatérale. Revu Franc Gynéco. 1978;(73, 6):(483-485).
43. Morris JM, Van Wagenen G. Interception: the use at post ovulatory estrogen to prevent implantation. ObstetGynéco. 1973;101, 115.
44. Lipscomb GH, Bran D, McCord ML, Portera JC, Ling FW. Analysis of three hundred fifteen ectopic pregnancies treated with single-dose methotrexate. ObstetGynecol 178. 1998;(48-135).
45. Rothe DJ, Birnbaum SJ. Cervical pregnancy: diagnostic and management. ObstGynéco 42. 1973;675.
46. Diop N. Prise en charge de la Grossesse extra-utérine à la maternité de l'hôpital Régional de Thiès (Sénégal) [Thèse Med]. [Thiès]: Sénégal; 2015.15S131, (1-131).
47. Gabkika B, Abdelsalam S, Ilboudo Serge R, Adoum T, Domga K. Grossesse extra-utérine: Aspects épidémiologiques et pronostic maternel à l'hôpital de district de N'djaména sud (Tchad). KisMed. Juin 2015;6(1):(111116).
48. Kanté B. Etude de la Mortalité Maternelle au CSREF de Bougouni [Thèse Med]. [Bougouni]: FMPOS; 2016.16M138, (98p).
49. Meyer J, Adieu Sima Z, Boniface S, Eric K, Toussaint E. Aspects actuels de la grossesse extra utérine à Libreville (Gabon): A propos de 153 cas. Cah Santé 12. 2002;(12):(405-408).

50. Gervaise A. Conduite à tenir en cas de prise en charge non chirurgicale d'une grossesse extra-utérine. GynécoObsteBiolReprod. 2003;74(1):(3264).
51. Bamba K. Grossesse extra-utérine : Aspects Épidémio-cliniques, Thérapeutiques, et Pronostics au Centre de Santé de Référence de Bougouni. Th : Méd : USTTB (Bamako) ; 2019.

9. Annexes

Fiche d'enquête :

I. Identité de la patiente :

- 1) Nom : _____ Prénom : _____
- 2) Age : _____
- 3) Profession :
- a. Ménagère
 - b. Elève/Étudiante
 - c. Commençante/Vendeuse
 - d. Autres
- 4) Situation matrimoniale :
- a. Célibataire
 - b. Mariée
 - c. Divorcée
 - d. Veuve
- 5) Niveau d'instruction :
- a. Primaire
 - b. Secondaire
 - c. Supérieure
 - d. Non scolarisée
- 6) Adresse : _____
- 7) Mode et motif d'admission :
- a. Venue d'elle-même :
 - b. Évacuée:
motif.....
- 8) Traitement reçu avant transfert :

II. Antécédents :

A. Médicaux :

- | | | |
|-------------------------------|-------|-------|
| 9) Tuberculose : | 1 oui | 2 non |
| 10) Bilharziose : | 1 oui | 2 non |
| 11) Hypertension artérielle : | 1 oui | 2 non |
| 12) Diabète : | 1 oui | 2 non |
| 13) Autres : | | |

B. Chirurgicaux :

- | | | |
|-------------------------------------|-------|-------|
| 14) Appendicectomie : | 1 oui | 2 non |
| 15) Péritonite : | 1 oui | 2 non |
| 16) Coelioscopie : | 1 oui | 2 non |
| 17) Chirurgie des voies urinaires : | 1 oui | 2 non |
| 18) Laparotomie pour GEU : | 1 oui | 2 non |
| 19) Césarienne : | 1 oui | 2 non |
| 20) Plastie tubaire : | 1 oui | 2 non |
| 21) Curetage : | 1 oui | 2 non |
| 22) Kyste ovarien : | 1 oui | 2 non |
| 23) Stérilisation tubaire : | 1 oui | 2 non |

C. Gynécologiques :

- | | | |
|---------------------------------|------------|--------------|
| 24) Ménarche : | 1 oui | 2 non |
| 25) Régularité du cycle : | 1 Régulier | 2 Irrégulier |
| 26) Durée : | | |
| 27) Leucorrhée : | 1 oui | 2 non |
| 28) Dyspareunie : | 1 oui | 2 non |
| 29) Dysménorrhée : | 1 oui | 2 non |
| 30) Date des dernières règles : | | |
| 31) Infections pelviennes : | | |
| a. Salpingite | | |
| b. Pelvipéritonite | | |

c. Autre.....

32) Contraception :

a. Pilule

b. Progestatif

c. Implant

d. Dispositif intra-utérin

33) Traitement d'infertilité : 1 oui 2 non

34) Traitement de troubles du cycle : 1 oui 2 non

D. Obstétricaux :

35) Gestité :

36) Parité :

37) Vivant :

38) Décédé :

39) Avortement spontané :

40) Interruption volontaire de grossesse :

III. Mode de vie :

41) Tabagisme : 1 oui 2 non

42) Douche vaginale : 1 oui 2 non

IV. Méthodes de diagnostics : cliniques et paracliniques

43) Motif de consultation :

44) Date et heure d'admission :

Interrogatoire

45) Perturbation du cycle : 1 oui 2 non

46) Aménorrhée récente : 1 oui 2 non

47) Durée :

48) Douleurs pelviennes : 1 oui 2 non

Si oui, préciser : le type : La localisation :

49) Métrorragies : 1 oui 2 non

- 50) Lipothymie ou malaise : 1 oui 2 non
51) Syncope : 1 oui 2 non
52) Hyperthermie : 1 oui 2 non

Signes sympathiques de la grossesse

- 53) Nausées : 1 oui 2 non
54) Vomissements : 1 oui 2 non
55) Tension mammaire : 1 oui 2 non
56) Hyper sialorrhée : 1 oui 2 non

Examen Général

- 57) Appréciation de l'Etat Général : 1 Bon 2 Altéré
58) Pâleur conjonctivale : 1 Colorée 2 Pâle
59) Etat de la conscience : 1 Claire 2 Obnubilée 3 Inconsciente
60) Pression artérielle :
61) Fréquence cardiaque :
62) Température :
63) Etat du choc : 1 oui 2 non

Si oui, préciser

Examen physique

- 64) Douleur pelviennes provoquées : 1 oui 2 non
Si oui : Type : Localisation :
65) Masse annexielle : 1 oui 2 non
66) Abdomen fluctuant : 1 oui 2 non
67) Cri de l'ombilic : 1 oui 2 non
68) Matité déclive dans les flancs : 1 oui 2 non

Examen sous spéculum

- 69) Métrorragies : 1 oui 2 non 3 non effectué
70) Col fermé : 1 oui 2 non

71) Col violacé : 1 oui 2 non

Toucher Vaginal

72) Utérus de taille normale : 1 oui 2 non

73) Masse annexielle sensible : 1 oui 2 non

74) Douleur au niveau du cul de sac de Douglas : 1 oui 2 non

Examen paraclinique

75) Test de BHCG urinaire : 1 Positif 2 Négatif

76) Test de BHCG plasmatique : Résultat (valeur)

77) Ponction abdominale : 1 effectuée 2 non effectuée

Si effectué, décrire le résultat :

78) Echographie : 1 oui 2 non

Si oui, résultat :

Age de la grossesse :

Grossesse hétérotopique : 1 oui 2 non

Augmentation du volume utérin :

Taille de la masse annexielle :

Quantité d'Hémopéritoine :

Localisation de l'épanchement :

1 Cul de sac de douglas 2 Espace de Morisson 3 Espace péri-splénique

V. Traitement de la grossesse extra-utérine :

Chirurgicaux

1. Prise en charge anesthésique :

Type d'anesthésie utilisé : 1 Rachianesthésie 2 Anesthésie Générale 3 Autres :

2. Chirurgie proprement dite :

Aspects Opératoires

- 79) Siège de la nidation :
- a. Interstitiel
 - b. Isthmique
 - c. Ampullaire
 - d. Ovarienne
 - e. Cervicale
 - f. Abdominale
- 80) Rupture et fissure de la paroi tubaire :
- 81) Avortement tubo-abdominal complet ou en cours :
- 82) Hématocèle retro-utérine :
- 83) Hématosalpinx :

Etat du pelvis et de la trompe controlatérale

- 84) Pelvis : 1 adhérence 2 pasd'adhérence
- 85) Trompe controlatérale : 1 saine 2 Lésée
- Si lésée, préciser :
- 86) Etat de l'ovaire controlatéral : 1 saine 2 Lésée

Gestes réalisés en Peropératoires

Chirurgie radicale :

1 Annexectomie 2 Salpingectomie totale

Chirurgie conservatrice :

1 Salpingotomie 2 Expression tubo-abdominale :

Transfusion sanguine : 1 oui 2 non

Si oui, nombres de poches utilisées :

VI. Estimations des pertes sanguines :

- a. Nombres de compresses utilisés :
- b. Quantités de sang aspirées à la cœliotomie :
- c. Pesée de caillots sanguins :
- d. Total :

VII. Suites post-opératoires :

- | | | | |
|-----|------------------------------|----------------|-------------|
| 87) | Durée de l'hospitalisation : | 1 moins de 72h | 2 sup à 72h |
| 88) | Complications : | 1 oui | 2 non |
| 89) | Etat à la sortie : | 1 bon | 2 mauvais |
| 90) | Décédée : | 1 oui | 2 non |
| 91) | Pronostic : | 1 Favorable | 2 Sombre |
| 92) | Conseil : | 1 oui | 2 non |

VIII. Examen anatomo-pathologique :

- | | | | |
|-----|---------------|-------|-------|
| 93) | Microscopie : | 1 oui | 2 non |
|-----|---------------|-------|-------|

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : COULIBALY

PRENOM : Issa

TITRE : Prise en charge de la GEU dans le Service de Gynécologie-
Obstétrique au CSREF-CV de Bamako

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2022-2023

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la FMOS

SECTEURS D'INTERET : Gynécologie-Obstétrique.

RESUME :

Introduction :

Les hémorragies du premier trimestre de la grossesse sont des motifs fréquents de consultation en gynécologie obstétrique. Parmi ces causes la grossesse extra utérine est la complication la plus redoutable et menace sérieusement le pronostic vital et obstétrical de la femme.

L'objectif de cette étude était d'Analyser la prise en charge de la grossesse extra-utérine

Matériel et méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive transversale avec collecte prospective des données portant sur la période allant du 1^{er} Juillet 2022 au 30 Novembre 2023 soit une période d'un 17 Mois.

Résultats : Sur un total de 89 grossesses extra-utérines, 83 GEU rompues ont été enregistrées (86,45%) et dont 6 GEU non rompue ont reçu un Traitement médical par méthotrexate. L'âge moyen était 26,84+/-5,602 avec des extrêmes de 17ans et 40 ans.

Les BHCG plasmatiques, l'échographie et le test urinaire HCG ont contribué au diagnostic.

La salpingectomie totale a été pratiquée chez 95,2% des patientes

Les principaux moyens d'estimations des pertes sanguines étaient :

L'échographique, l'épanchement intra-abdominal de sang associé au poids des caillots sanguins multiplié par 3, le nombre de compresses imbibées de sang multiplié par 20 ml.

La moyenne de perte sanguine a été estimée à 380 ml avec des extrêmes de 60 ml et de 1300ml.

En dépit du traitement chirurgical assurant l'hémostase, nous avons procédé à une restitution de la masse sanguine perdue par des moyens de réanimation (il s'agissait entre autres : des cristalloïdes, des macro molécules et la transfusion sanguine).

Nous n'avons pas enregistré de décès maternel.

Mots clés : Bamako, GEU rompue, Hémopéritoine, Mali.

DATA SHEET

NAME: COULIBALY

NAME: ISSA

TITLE: Management of the GEU in the Gynecology-Obstetrics department at the CSREF-CV in Bamako

ACADEMIC YEAR: 2022-2023

SUPPORTING CITY: BAMAKO

COUNTRY OF ORIGIN: MALI

LOCATION: FMOS Library

AREAS OF INTEREST: Gynecology-Obstetrics.

ABSTRACT:

INTRODUCTION: Ectopic pregnancy (EEG) causes cataclysmic intra-abdominal hemorrhage that can be life-threatening to the mother.

This is a medico-surgical emergency that may require heavy resuscitation despite surgical treatment.

The objective of this study was to estimate the blood loss in the event of a ruptured GEU.

Material and method: This was a cross-sectional descriptive study with prospective data collection covering the period from May 1, 2023 to April 30, 2021, that is a period of one year.

Results: Out of a total of 96 ectopic pregnancies, 83 ruptured GEUs were recorded (86,45%). The average age was 27 with extremes of 17 and 40.

Ultrasound and urine β HCG test contributed to the diagnosis.

General anesthesia was the most used technique with 71% of cases.

Total salpingectomy was performed in 94% of patients and the route of first choice in all cases was laparotomy.

The main ways of estimate in blood loss were:

Ultrasound, intra-abdominal blood effusion associated with the weight of blood clots multiplied by 3, the number of pads soaked in blood multiplied by 20 ml.

The mean blood loss was estimated at 380 ml with extremes of 60 ml and 1300 ml.

Despite the surgical treatment ensuring hemostasis, we proceeded to restore the lost blood mass by means of resuscitation (these included: crystalloids, macro molecules and blood transfusion).

We have not recorded any maternal deaths.

Keywords : Bamako, GEU ruptured, Hemoperitoneum, Mali.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être 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.

Admis à 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 mœurs, 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 la 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 leurs pères.

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

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

Je le jure !