

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 (U.S.T.T.B)**

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2016 - 2017

N°/

Thèse

**GROSSESSE EXTRA UTERINE: ASPECTS EPIDEMIO-
CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES AU CENTRE DE SANTE
DE REFERENCE DE LA COMMUNE II
DU DISTRICT DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le .../.../ 2017
devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par
Monsieur Fousseyni Bèye KONARE

Pour obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)



Président : Pr. SY Assitan SOW

Membre : Dr. Sakoba KONATE

Co-directeur : Dr. Seydou Z DAO

Directeur : Pr. Moustapha TOURE

DEDICACES

DEDICACES

BISSIMILAHİ RAHMANİ RAHİM

Au nom d'ALLAH, le TOUT MISERICORDIEUX, le TRÈS MISERICORDIEUX.

«GLOIRE à TOI ! Nous n'avons de savoir que ce que Tu nous as appris. Certes c'est Toi l'Omniscient, le Sage».

Louange et Gloire à ALLAH le Tout Puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et de voir ce jour que j'attendais tant.

Je dédie ce travail à Dieu, le Clément et Miséricordieux pour sa grâce.

Puisse Allah le Tout Puissant m'éclairer de sa lumière divine amen !

A notre **Prophète MOHAMED** ; Paix et Salut sur LUI, à toute sa Famille, tous ses compagnons, et à tous ceux qui Le suivent jusqu'au jour du jugement.

Après avoir rendu grâce à DIEU ;

Je dédie ce travail :

- A la mémoire de mon père : **Feu Bèye KONARE**

Tu as bien voulu me conduire sur le chemin de l'école et de faire de moi ce que je suis aujourd'hui. J'aurai tellement aimé que tu sois là aujourd'hui mais le destin en a décidé autrement. Aujourd'hui plus que jamais, j'apprécie la valeur de tes efforts ; la justesse de ton éducation et la précocité de tes conseils ; l'homme de vertu, tu resteras pour moi un exemple à suivre.

Tes bénédictions ont été pour moi une source intarissable de courage et de détermination au cours de ma formation.

Grâce à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, la probité, le respect de soi et des autres, la rigueur la loyauté ; je

restera toujours un enfant digne de toi et je me souviendrai toujours de tes sages conseils. Cher père trouve ici l'expression de ma grande affection et de ma profonde reconnaissance. Merci

Boi ! Que ton âme repose en paix. Amen.

A mes mères : Awa DIARRA et Maïmouna DIARRA

Ce travail est le couronnement de vos souffrances et de vos patiences. Nous avons bénéficié auprès de vous, toute la tendresse affectueuse qu'une mère doit à ses enfants.

Votre soutien moral et maternel ne nous ont jamais fait défaut.

Puisse ALLAH, le tout puissant vous faire bénéficier du fruit de votre patience. Amen

A mes frères et sœurs :

Vos soutiens et vos conseils n'ont jamais fait défaut.

Ce travail me permet de vous réitérer mon amour et c'est aussi l'occasion pour moi de vous rappeler que la grandeur d'une famille ne vaut que par son unité.

A ma fiancée : M^{me} KONARE Wouleïmatou dite Batoma

Ma très chère merci pour ton soutien.

Que Dieu le tout puissant bénit notre couple, nous accorde longue vie, bonne santé et surtout plein de bonheur. Amen

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Je remercie

- **Mon grand frère** : Karamoko KONARE

Vous m'avez donné une famille d'accueil chaleureuse, d'hospitalité et surtout de sécurité. Homme d'immense générosité. Cette thèse est le fruit de vos efforts et c'est l'occasion pour moi de te rappeler toute ma reconnaissance.

- **Mes frères** : Kamo, Daouda, Mahamadou, Fousseyni

- **Mes sœurs** : N'tantiè, Fatoumata Bintou, Mariam, Salimata Nya, Aminata

- **Mon Tonton** : Fansé Konaré

- **Mes amis et camarades**: Aboubacar Poudiougou , Hamed Coulibaly , Abou Coulibaly, Abou K Coulibaly ; Bakary Z Coulibaly, Sidy M Konaré. Je vous dis merci pour le sentiment amical. Notre amitié a été un exemple. Ce travail est le vôtre.

- **Tous les étudiants de la FMOS** singulièrement mes camarades de la 7ème promotion du Numérus Clausus, vous m'excusez pour ces quelques lignes seulement en témoignage de mes sincères remerciements. Les mots me manquent pour faire mieux. Je profite de cette occasion pour souhaiter à vous tous succès et courage.

- **Mes Maîtres**: Dr Bakary Abou ; Dr Dao Seydou Z ; Dr Sakoba Konate; Dr Traoré Daouda. Vous m'avez donné l'amour de la fonction médicale. Je suis très fière de l'encadrement que j'ai reçu de vous. Merci pour vos conseils et la qualité de l'encadrement.

- **L'ensemble des professeurs de la FMOS** recevez là ma profonde gratitude.

- **Mes aînés du service** : Pour vos soutiens et votre bonne collaboration.

- Tout le personnel du service de Gynécologie et d'obstétrique :

Votre accueil, votre collaboration me manquera à jamais. Soyez en remerciés.

- A tous mes collègues faisant fonction d'internes du CSRéf de la commune II :

Vous êtes bien placés pour comprendre toutes les difficultés que j'ai encourues tout au long de l'élaboration de ce document. Nous avons traversé ensemble de bons et de mauvais moments. Merci pour vos conseils, écoutes, soutiens et surtout votre bonne collaboration.

HOMMAGES
AUX
MEMBRES
DU JURY

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur SY ASSITAN SOW

- **Professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.**
- **Présidente de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO).**
- **Chevalier de l'ordre national du Mali.**

Honorable Maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait, en nous acceptant dans votre service avec enthousiasme. Nous avons beaucoup appris auprès de vous. La probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la faculté d'écoute sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand maître. Nous vous prions d'accepter l'expression de nos sentiments de reconnaissance et de profond respect. Qu'Allah vous accorde santé et longévité

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Moustapha TOURE

- **Maître de conférences de gynécologie obstétrique à la FMOS ;**
- **Diplômé d'échographie de la Faculté de Médecine de Brest;**
- **Titulaire d'un certificat de fécondation in vitro de Hambourg en Allemagne ;**
- **Titulaire d'un Certificat de cours Européen d'épidémiologie Tropicale de Bale en Suisse ;**
- **Titulaire d'un Master en recherche sur les systèmes de Santé de l'école de Santé Publique de l'Université libre de Bruxelles (Belgique)**
- **Chef de service de Gynécologie-obstétrique de l'hôpital du Mali ;**
- **Chevalier de l'Ordre national du Mali.**

Cher maître

Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre modestie, votre combat de tous les jours dans la lutte contre la mortalité maternelle et foetale et surtout votre dynamisme font de vous un maître admiré et respecté.

Acceptez ici cher maître notre sincère remerciement.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR

Dr Seydou Z DAO

- **Gynécologue-Obstétricien**
- **Chef de service de gynécologie-obstétrique du CSREF CII**

Cher Maître

La facilité avec laquelle vous nous avez acceptés comme élève ne nous a pas laissés indifférents.

Votre richesse intellectuelle, votre rigueur scientifique, votre souci constant du travail bien fait, votre simplicité font de vous un être remarquable ; soyez rassuré que vos conseils et vos recommandations multiples à notre égard n'ont pas été vains.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Sakoba KONATE

- **Gynécologue obstétricien**
- **Chef de service adjoint du Centre de Santé de Référence de la commune II**

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.

Votre disponibilité et votre simplicité font de vous un exemple à suivre.

Cher maître, sachez que même l'usure du temps ne pourra effacer vos souvenirs dans nos pensées.

Trouvez ici le manifeste de toute notre reconnaissance et de notre profond respect.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

GEU : Grossesse Extra Utérine

IST : Infection Sexuellement Transmissible

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

NFS : Numération formule sanguin

DIU : Dispositif Intra Utérin

HCG : Hormone Gonadotrophine Chorionique

MTX : Méthotrexate

RU 486 : Mifépristone

TV : Toucher vaginal

PVC: Pression veineuse centrale

RAI: Recherche Agglutines irrégulières

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CS Réf : Centre de Santé de Référence

CHU GT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

GIU : Grossesse Intra Utérine

% : pourcentage

CPN : Consultation prénatale

PF : Planning familial

PTME : Transmission mère-enfant du VIH

VIH : Virus immunodéficiences Humaine

ATCD : Antécédent

TSF : Téléphone sans fil

I. INTRODUCTION	1 - 2
OBJECTIFS -----	4-5
II. GENERALITES -----	6-24
III. METHODOLOGIE -----	25-31
IV. RESULTATS -----	32-55
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION -----	56-64
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS -----	65-67
VII. REFERENCES-BIBLIOGRAPHIQUES -----	68-73
VIII. ANNEXES -----	74-78

I. INTRODUCTION

I. 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.

Le terme de grossesse extra-utérine (GEU) ou localisation ectopique de l'œuf s'applique aux grossesses qui s'implantent et se développent en dehors de la cavité utérine.

Elle est considérée comme un problème de santé publique dans tous les pays du monde quelque soit le niveau de développement en raison de sa répercussion sur la fertilité ultérieure des patientes.

La très grande majorité des grossesses extra-utérines sont des grossesses qui s'implantent dans la trompe de Fallope ou grossesses tubaires, mais peuvent être abdominales ou ovariennes [1].

La survenue d'une GEU compromet gravement l'avenir obstétrical de la femme, en effet 1/3 des nidations ectopiques surviennent chez des nullipares dont 50% resteront stériles [3].

La GEU demeure la première cause de décès maternel au cours du premier trimestre de la grossesse dans les pays en développement et industrialisés [4,5] et représente près de 10% de la mortalité maternelle.

Les formes cataclysmiques menaçant le pronostic vital sont en nette régression grâce aux possibilités de diagnostic précoce données par l'échographie et le dosage des HCG plasmatiques [6].

La connaissance des facteurs de risque permet [2, 4] une prévention primaire et secondaire de la G E U et d'éviter les récives.

La GEU reste une affection grave [3], les erreurs de diagnostic pouvant mettre en péril la vie des patientes. Cette pathologie reste potentiellement létale.

En Afrique le problème est crucial, lié à un retard de consultation (au stade de rupture), ce qui est en fait une condition d'extrême urgence avec un pronostic maternel décevant [7].

En Afrique Occidentale notamment au Sénégal la GEU représentait 9,3% des laparotomies réalisées en urgence [5], avec une incidence de 0,8 pour 1000 grossesses. Elle représentait 39 % des activités de gynécologie obstétrique à Madagascar et en Afrique du sud.

La GEU occupe le deuxième rang des urgences gynécologiques et obstétricales après la césarienne au Mali [43].

Au Mali plusieurs études ont été consacrées à ce sujet [5 ; 8 ; 7 ; 22 ; 45]. L'absence d'étude de cette affection au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako nous a amené à initier ce travail qui a pour objectifs :

OBJECTIFS

OBJECTIFS

1. Objectif Général :

Etudier les aspects épidémiocliniques et thérapeutiques de la Grossesse extra-utérine dans le service de gynécologie-obstétrique du CSRèf CII du District de Bamako.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de la GEU.
- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patientes.
- Identifier les facteurs de risque de GEU.
- Déterminer les modalités thérapeutiques de la GEU.
- Etablir le pronostic maternel de la GEU.

II. GENERALITES

II. GENERALITES

1. Définition :

La grossesse extra utérine ou GEU est la nidation et le développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine [36].

2. Historique :

La GEU, il y a deux siècles, était considérée comme une fatalité, c'est **LAWSON TL** 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** montrait que le traitement conservateur de la GEU était possible par laparotomie.

Le traitement conservateur coelioscopique de la grossesse extra utérine a été proposé pour la première fois en **1977** par **HUBERT MANHES**, CES de gynécologie obstétrique. 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 est utilisé. La première tentative a été rapportée en **1982** par **TANAKA** 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 coelioscopie par injection intra tubaire et intra lutéale de prostaglandine F2 alpha. En France **FERNANDES** le pratique sous échographie.

3. Fréquence :

La GEU représente 1 à 2% des grossesses [3].

Sa fréquence augmente, passant dans une série de Sivin d'un taux de 38 en 1965 à 133 en 1983 pour 100000 femmes de 15-44ans. Le taux de mortalité par grossesse ectopique a diminué dans les vingt dernières années [3].

C'est une affection assez fréquente, une étude de Cissé H au Mali à trouver une grossesse extra-utérine sur 300 grossesses [26].

Dans ces 20 dernières années on assiste à un dédoublement de son incidence selon les rapports d'activités du service de gynéco-obstétrique du CHU de Cocody en côte d'ivoire.

4. Rappels anatomiques et physiologiques [3]

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.

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.

4-2 Les trompes :

a. 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'aile supérieur du ligament large.

b. 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.

c. Structure :

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

d. 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.

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 atrésiques.
- l'appareil progestatif ou corps jaune.

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

5. Physiologie de la fécondation, de la migration et de la nidation de l'œuf :

5.1 Cellules sexuelles :

5.1.1 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.

5.1.2 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 préformes et le capital folliculaire est constitué à la naissance.

5.2 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.

5.3. 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^e 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^e 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 6eme jour post ovulatoire, quelque 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.

6. 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 d' HCG urinaire est fonction de la vitalité de l'œuf [3].

- 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

7. Facteurs épidémiologiques :

- 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) [16].

D'autres maladies sexuellement transmissibles sont également incriminées, dues aux Mycoplasmes, à Neisseria gonorrhoeae [3].

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

Les autres facteurs de risque **[16]** sont :

- 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 (citrate de clomiphène, anti-oestrogène agissant sur la motricité tubaire) et les techniques d'assistance médicale à la procréation (polyovulation 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 **[16,13]**.

8. Localisation de la GEU: [34, 22, 16,]

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%),
- les localisations pavillonnaires (environ 5%).

Les autres localisations incluent :

- les grossesses abdominales ou 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 [44]
 - Les localisations beaucoup plus rares comme cervicale ou d'autres organes de l'abdomen : foie et rate.
- Il existe par ailleurs des GEU gémellaires, bilatérales et hétérotopiques associant une GIU et GEU.

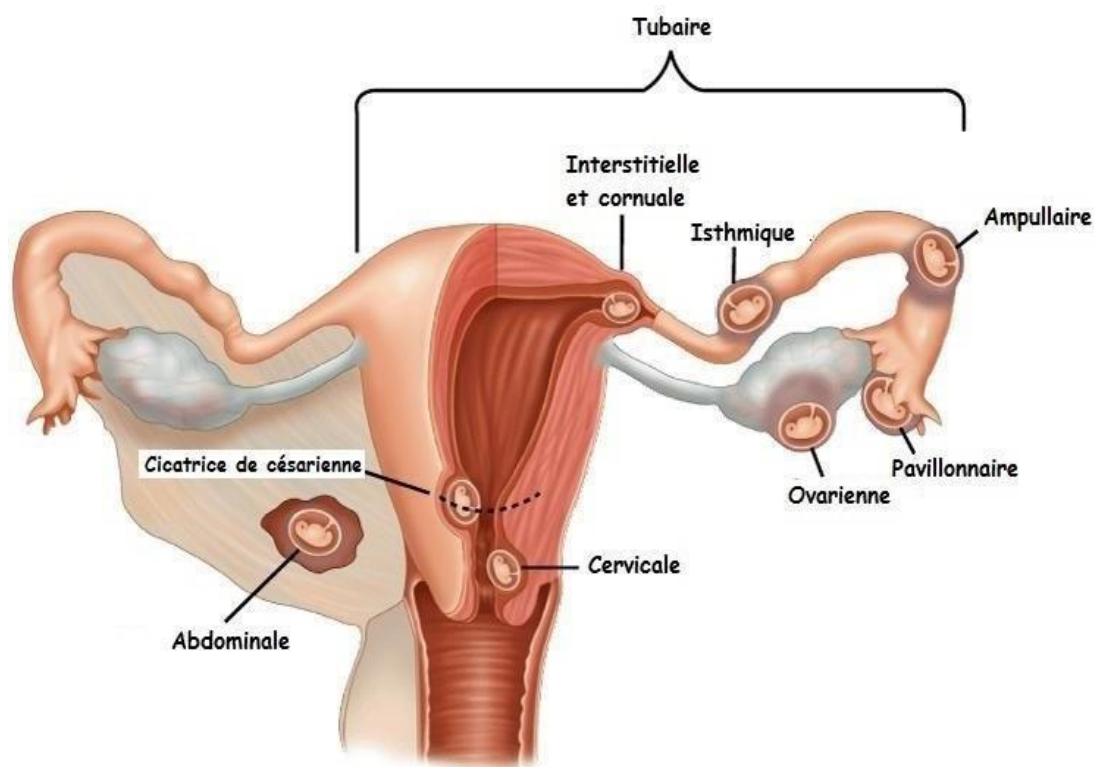


Figure 1 : Localisation des grossesses ectopiques [39]

9. Diagnostic :

1-Symptomatologie clinique : les signes cliniques sont trompeurs ; la symptomatologie classique ne s'observe que dans les formes déjà évoluées [16]. 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-masse annexielle n'est observée que dans 45 à 50% des cas [34].

L'examen gynécologique révèle un col sain (parfois violacé gravidé) 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 d'HCG qualitatif urinaire positif indique un traitement d'urgence [16].

Dans 95%, l'ubiquité du tableau clinique impose la réalisation d'examens complémentaires [22].

10. Etude clinique de la GEU :

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

a- 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.

b- 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.

c- 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.

d- Les examens complémentaires

- **L'hémogramme et le groupage 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 gonadotrophiques (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 l'HCG utilisant les anticorps monoclonaux, est plus sensible (HCG urinaire). L'HCG est retrouvé dans le sang maternel dès le 10^{ème} jour postovulatoire.

- **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 :

- Utérus vide (absence de sac gestationnel),
- Masse latéro-utérine contenant un embryon vivant (activité cardiaque positive),
- Petite collection liquidienne rétro-utérine signant l'hémorragie intrapéritonéale.

B. Formes cliniques :

1. Formes trompeuses

1.1. 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.

1.2. 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.

1.3. 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. 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.

3. Formes selon le tableau clinique :

3.1. 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 phénotypé (Rhésus) et la recherche des Agglutinines Irrégulières (RAI) sont importants, car il s'agit d'une pathologie hémorragique.

3.2 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, RAI et d'une numération sanguine de référence.

Intervention chirurgicale en urgence, car le pronostic vital est en jeu.

C-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.

D- Traitement :

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. Traitement curatif :

2.1. 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

2.2. 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 coeliochirurgie 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 indiquerait la coelioscopie. Le traitement médical fait appel au méthotrexate, antinéoplasique de type antifolique. 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.

2.3. 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, scapulalgie), 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.
- ✓ **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.
- ✓ **Chirurgie conservatrice** :

Le traitement conservateur est indiqué dans les autres cas (en cas de désir de grossesse et lorsque l'annexe controlatérale est pathologique).

- ✓ **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 de moins de 100cc).

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

Le methotrexate 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 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 [32 ; 33].

✓ **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 coelioscopie, 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:**

- Transfusion de sang iso-groupe iso-rhésus en cas d'instabilité hémodynamique liée à un hémopéritoine brutal et abondant.
- Perfusion de macromolécules à défaut du sang.

2.4 Pronostic :

Le pronostic des femmes opérées de GEU est sombre : 30% resteront stériles, 70% auront 1 ou plusieurs enfants, 15-30% feront une 2eme GEU [30].

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

Données cliniques et de laboratoire	1	2	3
Age gestationnel (jours d'aménorrhée)	>49	49-42	<42
Taux d'hCG (mUI/ml)	<1000	1000-5000	>5000
Taux de progestérone (ng/ml)	<5	5-10	>10
Douleurs abdominales	Absentes	Provoquées	Spontanées
Hématosalpinx (cm)	<1	1-3	>3
Hémopéritoine (ml)	0	1-100	>100

III. METHODOLOGIE

III. METHODOLOGIE :

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako

1.1. Aperçu Historique :

L'histoire de la Commune II se confond avec celle de la ville de Bamako.

La ville de Bamako a été créée vers le XVI^{ème} siècle par les Niakaté, actuel Niaré, originaire du Kaarta dans le Cercle de Nioro.

La ville s'est développée sur la rive gauche du Niger entre le marigot Woyowayanko et le marigot de Banconi.

En 1978 la Commune II comme toutes les communes du district de Bamako a été créée par l'ordonnance n°783 / CMLN du 18 août 1978 et la loi n° 96.025 du 18 février 1996 fixant statut spécial du district de Bamako.

1.2. Présentation :

1.2.1. Géographie :

Elle couvre une superficie de 17 km² soit $\approx 7\%$ de la superficie totale du district de Bamako avec une population de 196.101 habitants en 2015 soit une densité d'environ 11.535 hts/km² répartie entre 12 quartiers.

Elle est une collectivité administrative décentralisée.

Elle est répartie en 9 aires de santé, 1 CSRéf, 6 CSCom, 56 structures privées, parapublique, confessionnelle et mutualiste.

Elle abrite les vieux quartiers de Bamako, le centre-ville avec des grands marchés et grandes gares avec des caniveaux à ciel ouvert et une production excessive des déchets ordinaires avec comme corollaire l'hygiène précaire et importante population flottante. Elle est limitée au Nord par la colline du « Point G », à l'Est par la commune I, à l'Ouest par la commune III et au Sud par le fleuve Niger.

Les 1^{ers} quartiers lotis étaient :

- Niaréla
- Bagadadji
- Bozola

Ensuite suivent :

- Médina-coura en 1919
- Missira (initialement appelé socoura) 1953
- Hippodrome (initialement appelé N'datékoumana) en 1958
- Quinzambougou, TSF, Zone Industrielle en 1960
- Bakaribougou en 2002
- Bougouba en 2003

1.2.2 Description du cadre d'étude

Le service de gynécologie obstétrique comporte :

- une salle d'accouchement avec trois(03) tables d'accouchements
- un bureau pour les sages-femmes maitresses qui sert en même temps de salle de garde pour les sages-femmes ; les infirmières et les aides-soignantes ;
- une toilette externe pour le personnel ;
- une unité de consultation prénatale(CPN)
- une unité de planning familial(PF) ;
- une unité de consultation post natale ;
- une unité PTME (Prévention de la transmission Mère-enfant du VIH) ;
- une salle d'échographie ;
- une unité de gynécologie et de prise en charge des grossesses à risque :
- 18 lits répartis entre 4 salles d'hospitalisation

Le personnel comprend :

- Quatre spécialistes en gynécologie obstétrique dont un est le chef de l'unité de gynécologie obstétrique ;

- Des médecins en spécialisation en gynéco-obstétrique de nombre variable ;
- Des étudiants faisant fonction d'interne de nombre variable ;
- 27 sages-femmes dont l'une est la sage-femme maitresse ;
- 08 Infirmières obstétriciennes ;
- 22 aides-soignantes ;
- **Fonctionnement :**

Le service dispose d'une salle d'accouchement qui fonctionne vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesses à risques) sont assurées tous les jours sauf les vendredis par les gynéco-obstétriciens.

Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables. Une équipe de garde quotidienne travaille vingt-quatre/vingt-quatre en salle d'accouchement sous la supervision des gynécologues-obstétriciens. Elle est composée : d'un gynéco-obstétricien ; deux (02) médecins généralistes ; un (01) étudiant faisant fonction d'interne ; d'une sage-femme pour la journée et une pour la nuit ; d'une aide-soignante ; d'un chauffeur ; de deux manoeuvres ; d'un anesthésiste et d'un aide de bloc. Une réunion (staff) se tient tous les jours ouvrables à 08h30min pour discuter de la prise en charge des urgences admises la veille ainsi que des accouchements effectués .Il est dirigé par le chef de service.

2-Période d'étude :

L'étude s'est déroulée du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2016 soit trois (03) ans.

3-Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique

4- La population d'étude :

L'étude a porté sur l'ensemble des admissions pour affections gynécologiques dans le service de gynéco-obstétrique du CSRéf C2 pendant la période d'étude.

5- Echantillonnage :

5-1- Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans cette étude toutes les patientes admises et traitées dans le service pour GEU pendant la période d'étude.

5-2- Critères de non inclusion :

N'Ont pas été inclus dans cette étude toutes les patientes :

- Présentant une GEU mais non prises en charges dans le service ;
- Opérées de GEU dans d'autres services mais vues dans notre service pour d'autres motifs ;

6- Plan de collecte 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 et le registre de consultation gynécologique).
- Des dossiers des patientes traitées pour GEU dans le service

7-les variables:

Les variables utilisées sont : les facteurs socioéconomiques, la prise en charge et le pronostic maternel.

8- Analyse des données :

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées par le logiciel SPSS version 23 et le test de Chi 2 de Pearson (valeur < 0,5 pas d'association ; valeur>5,99 signifie qu'il y a association). Les graphiques ont été réalisés sur Excel office 2013 et le traitement de texte dans Word office 2013.

9- Définitions opératoires :

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

- **Salpingite:** inflammation de la trompe.
- **Evacuation:** c'est lorsque la patiente est adressée à un service de niveau supérieur dans un contexte d'urgence.
- **La référence:** c'est l'orientation d'une patiente vers un service de niveau supérieur sans notion d'urgence.
- **Salpingectomie :** intervention chirurgicale qui consiste à l'exérèse de la trompe avec ou sans résection cunéiforme de la corne.
- **Salpingectomie partielle:** intervention chirurgicale qui consiste à l'exérèse d'une portion de la trompe.
- **Hydrosalpinx :** épanchement liquidien dans la trompe.
- **Gestité:** c'est le nombre de grossesse.

- **Primigeste :** première grossesse ;
- **Pauci geste :** deux à trois grossesses ;
- **Multi geste :** quatre à cinq grossesses ;
- **Grande multi geste :** supérieure ou égale à six grossesses
 - **Parité :** c'est le nombre d'accouchement chez une femme.
- **Nullipare :** zéro accouchement ;
- **Primipare :** un accouchement ;
- **Pauci pare :** deux à trois accouchements ;
- **Multipare :** quatre à cinq accouchements ;
 - **Grande multipare :** supérieure ou égale à six accouchements.

- **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.

- **Suites simples:** les suites opératoires sont dites simples s'il n'ya pas eu de complication pendant la durée de séjour.
- **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.

IV. RESULTATS

RESULTATS

1. Fréquence de la grossesse extra-utérine dans le service :

Du 1er Janvier 2014 au 31 Décembre 2016, nous avons recensé dans le service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako 60 cas de grossesses extra-uterines sur 10087 cas de consultation en gynéco-obstétrique soit une fréquence de 0,6%.

2. Les caractéristiques sociodémographiques

2.1 Age

Tableau II : répartition des patientes selon l'âge (en année)

Age (en année)	Effectif	Pourcentage
≤19 ans	9	15
21 - 30 ans	34	57
31 - 40 ans	13	21
Plus de 40 ans	4	7
Total	60	100

2.2 Ethnie

Tableau III : répartition des patientes selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	14	23
Sarakolé	8	13
Sonrhäi	6	10
Peulh	12	21
Malinké	4	7
Dogon	3	5
Bozo	5	8
Autres	8	13
Total	60	100

(Autres: Bobo= 4 ; Wolof= 1 ; Minianka= 3)

2.3 Résidence

Tableau IV : répartition des patientes selon la résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
Missira	14	23
Medina-coura	14	23
TSF	5	9
Hippodrome	7	12
Niarela	7	12
Bozola	2	3
Bakaribougou	3	5
Bougouba	2	3
Zone industrielle	1	2
Autres	5	8
Total	60	100

(Autres : Dialakorodji = 2 ; Niamakoro= 1 ; Faladjè= 1 ;
Garantiguibougou= 1)

2.4 Niveau d'instruction

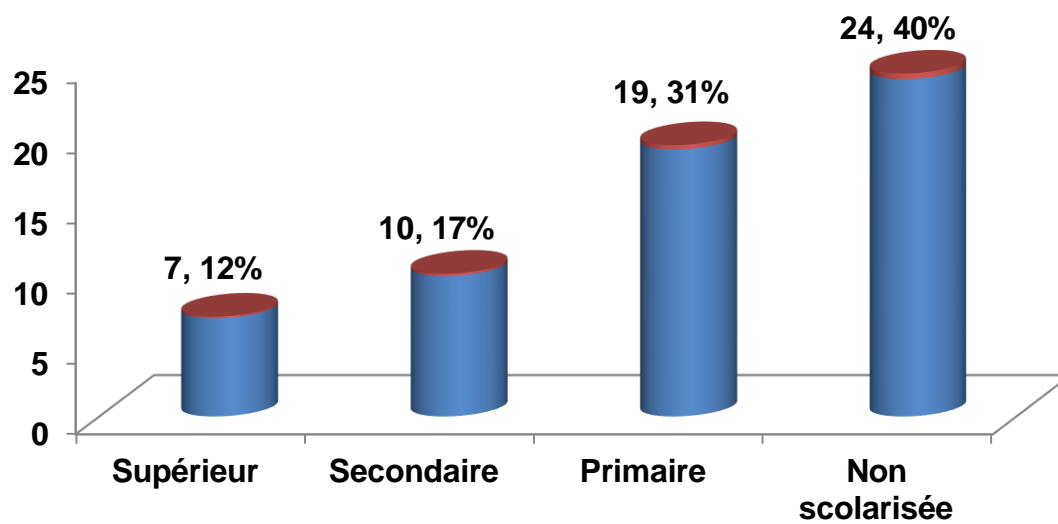


Figure 2 : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

2.5 La profession

Tableau V : répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Femme au foyer	24	40
Elève	11	18
Etudiante	5	8
Autres	20	34
Total	60	100

(Autres : Vendeuse = 10 ; Couturière = 4 ; Teinturière = 3 ; Infirmière d'état = 1 ; Coiffeuse = 2)

2.6 Statut matrimonial

Tableau VI : répartition des patientes selon l'état matrimonial.

Etat matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	36	60
Célibataire	24	40
Total	60	100

2.7 Mode d'admission

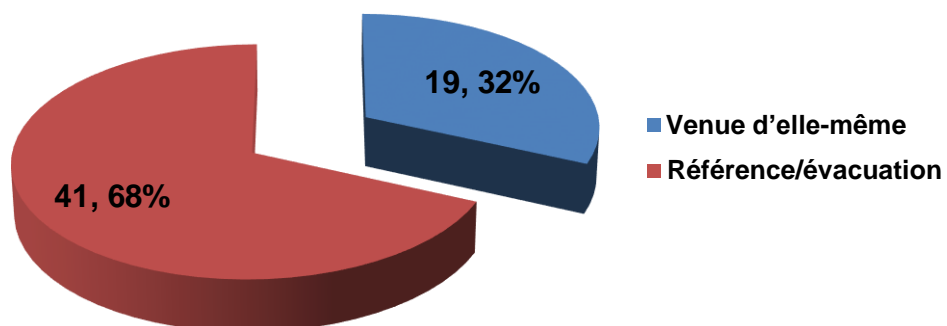


Figure 3 : Répartition des patientes en fonction du mode d'admission.

3. Antécédents

3.1 Antécédents chirurgicaux

Tableau VII : répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux.

ATCD chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Césarienne	5	8
Appendicectomie	1	2
Kystectomie	2	3
Antécédent de GEU	3	5
Néant	49	82
Total	60	100

3.2 ATCD obstétricaux

Tableau VIII : répartition des patientes selon la gestité.

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	11	18
Paucigeste	27	45
Multigeste	15	25
Grande multigeste	7	12
Total	60	100

Tableau IX : répartition des patientes selon la parité.

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	11	18
Primipare	17	28
Paucipare	20	33
Multipare	7	13
Grande multipare	5	8
Total	60	100

3.3 ATCD médicaux

Tableau X : répartition des patientes selon ATCD médicaux

ATCD médicaux	Effectif	Pourcentage
HTA	4	7
Néant	56	93
Total	60	100

4. ATCD gynécologiques

Tableau XI : répartition des patientes selon les ATCD gynécologiques.

ATCD gynécologiques	Effectif	Pourcentage
Avortement	7	12
Annexite	3	5
Néant	50	83
Total	60	100

Tableau XII : répartition des patientes selon le type de contraception utilisé avant la grossesse.

Type de contraception	Effectif	Pourcentage
Pilule oestroprogestative	15	25
Dépôt-provéra	4	7
DIU	5	8
Néant	36	60
Total	60	100

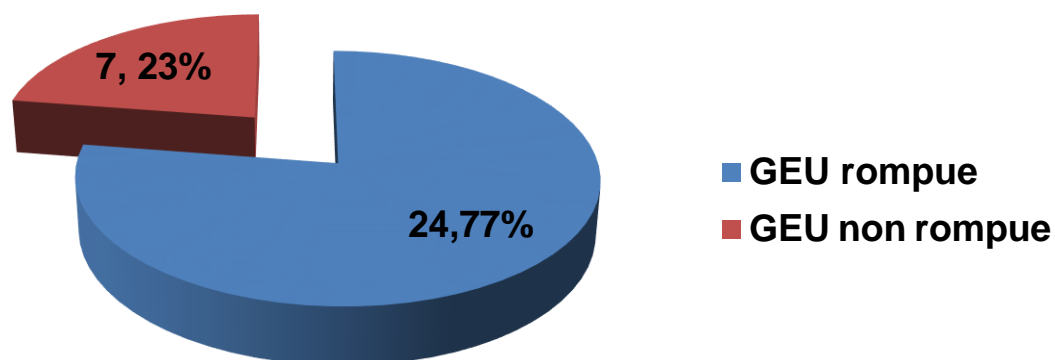


Figure 4 : Répartition des patientes selon la rupture ou non de la GEU.

Tableau XIII : répartition des patientes selon le moyen de déplacement utilisé au cas de l'évacuation

Moyen de déplacement utilisé	Effectif	Pourcentage
Taxi	14	24
Moto	8	13
Véhicule personnel	8	13
Ambulance	25	42
Indéterminé	5	8
Total	60	100

Tableau XIV : répartition des patientes selon la qualification de l'agent qui a évacué.

Qualification de l'agent qui a évacué	Effectif	Pourcentage
Médecin généraliste	20	49
Sage-femme	14	34
Infirmière obstétricienne	3	7
Non précisé	4	10
Total	41	100

Tableau XV : répartition des patientes selon la provenance.

Provenance	Effectif	Pourcentage
CSCom	20	33
Clinique ou cabinet médical privé(e)	9	15
Venue d'elle-même	19	32
Autres	8	13
Non précisé	4	7
Total	60	100

(Autres : Adressée par un gynéco-obstétricien = 5 ; Adressée par un parent personnel =3)

Tableau XVI : répartition des patientes selon le motif d'admission

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
Aménorrhée	20	33
Douleurs pelviennes	57	95
Métrorragie +Douleurs pelviennes	34	57
Aménorrhée + Métrorragie	17	28
Métrorragie	54	90

Tableau XVII : Répartition des patientes selon les signes généraux à l'admission

Signes généraux	Effectif	Pourcentage
Etat général bon	40	67
Pâleur cutano-muqueuse+ pouls accéléré + chute de la tension artérielle	25	42
Pâleur cutano-muqueuse+ chute de la tension artérielle +polypnée	12	20

**Tableau XVIII : répartition des patientes selon la durée
d'aménorrhée**

Durée d'aménorrhée	Effectif	Pourcentage
6-12 SA	33	55
15-23 SA	6	10
≥ 24 SA	1	2
Non précisée	20	33
Total	60	100

5. L'EXAMEN CLINIQUE

–Palpation :

Tableau XIX : répartition des patientes selon le résultat de la palpation abdominale.

Signes physiques	Effectif	Pourcentage
Signe de flot positif	22	37
Cri de l'ombilic	50	84
Masse annexielle	10	17

–Toucher vaginal :

Tableau XX : répartition des patientes en fonction du résultat du toucher vaginal.

Toucher vaginal	Effectif	Pourcentage
Douglas bombé et sensible	20	33
Douleur au toucher vaginal « Cri du douglas »	50	84
Masse latéro-utérine	8	13
Normal	40	67

Tableau XXI: répartition des patientes selon les examens complémentaires

Examens complémentaires	Effectif	Pourcentage
Test HCG urinaire	54	90
Dosage plasmatique des βHCG	1	2
Echographie pelvienne	56	93

Tableau XXII : répartition des patientes selon les résultats de l'échographie pelvienne

Résultats	Effectif	Pourcentage
Image latéro-utérine + hémopéritoine de moyenne abondance	20	33
Grossesse hétérotopique	6	10
Sac gestationnel extra- utérine	30	50
Total	56	93

Tableau XXIII : répartition des patientes selon les résultats du test HCG urinaire.

Résultats	Effectif	Pourcentage
Positif	50	83
Négatif	4	7
Non réalisé	6	10
Total	60	100

Tableau XXIV : répartition des patientes selon la localisation de la GEU.

Localisation	Effectif	Pourcentage
Droite	36	60
Gauche	28	40
Total	60	100

Tableau XXV : répartition des patientes selon le siège de la nidation.

Siège de la nidation	Effectif	Pourcentage
Interstitiel	3	5
Ampullaire	35	59
Isthmique	10	16
Pavillonnaire	6	10
Abdominale	6	10
Total	60	100

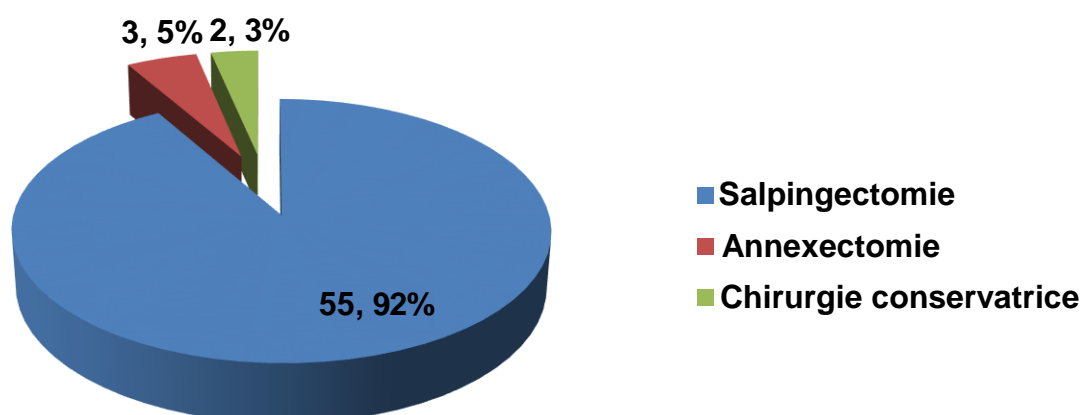


Figure 5: Répartition des patientes selon les gestes effectués.

Tableau XXVI : répartition des patientes selon la nature des lésions.

Nature des lésions	Effectif	Pourcentage
Rupture de la paroi tubaire	54	90
Avortement tubo-abdominal	6	10
Total	60	100

**Tableau XXVII : répartition des patientes selon l'état de la trompe
controlatérale à la laparotomie.**

L'état macroscopique de la trompe controlatérale.	Effectif	Pourcentage
Bon état	49	82
Adhérentielle	3	5
Inflammatoire	2	3
Total	60	100

Tableau XXVIII: répartition des patientes en fonction du taux d'hémoglobine.

Taux d'hémoglobine	Effectif	Pourcentage
≤ 4	2	3
5-7	4	7
8-10	34	57
≥ 11	20	33
Total	60	100

NB : Critères de la transfusion sanguine :

- **Etat de choc hémorragique ;**
- **Mauvaise tolérance à l'anémie.**
- **Taux d'hémoglobine < à 6g/dl**

Tableau XXIX: répartition des patientes selon la réalisation de l'examen anatomo-pathologique.

Examen anatomo-pathologique	Effectif	Pourcentage
Oui	47	78
Non	13	22
Total	60	100

Tableau XXX : répartition des patientes selon le résultat de l'examen anatomo-pathologique de la GEU.

Résultats	Effectif	Pourcentage
Salpingite chronique	40	67
Fibrose inflammatoire du produit de conception	6	10
Etiologie inconnue	1	2
Total	47	79

Tableau XXXI : répartition des patientes selon la transfusion.

Transfusion	Effectif	Pourcentage
Oui	6	10
Non	54	90
Total	60	100

**Tableau XXXII : répartition des patientes selon la durée
d'hospitalisation.**

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
< à 3 jours	58	97
3 à 5 jours	2	3
Total	60	100

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Fréquence de la GEU :

Du 1^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2016, nous avons enregistré dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako 60 cas de grossesses extra-utérines. Pendant la même période, nous avons effectué 10087 consultations en gynécologie-obstétrique soit une fréquence de 0,6%.

KEITA M A [7] dans son étude au CS Réf CIV en 2006 a trouvé une fréquence de 1,4%.

DEMBELE Y [43] a rapporté une fréquence de 1,89% au CS Réf CV de 2005-2006 ;

GUENDEBA D [5] en 2005 a trouvé une fréquence de 3% au CHU Gabriel Touré.

SANOGO B D [8] a trouvé dans son étude au centre de santé de référence de la commune VI en 2012 une fréquence de GEU de 0,75%.

BAMBI B [20] en 1980 à l'hôpital du Point G, a trouvé une fréquence de 1%.

Nous avons noté dans la littérature [5] une augmentation progressive de la fréquence de la GEU au cours des années. Ceci s'expliquerait en partie la propagation des facteurs de risque notamment les IST.

Dans les pays développés l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) a beaucoup contribué à l'augmentation de la fréquence de la GEU.

JOB-SPIRA de 1992- 1999 a trouvé une fréquence de 2% en France [12].

2 .Caractéristiques sociodemographiques

2.1 Âge

L'âge moyen de nos patientes a été de 24 ans avec des extrêmes de 15 et 40 ans. **DIARRA S [45]** a rapporté que les adolescentes de 16 à 19 ans représentaient 16,50%.

SANOGO B D [8] a trouvé dans son étude au CSREF CVI une tranche d'âge comprise entre 30-40ans soit un taux de 50%.

Dans notre étude, nous avons trouvé 15 % des adolescentes de moins de 19 ans.

La tranche d'âge la plus touchée dans notre étude est celle de 21 à 30 ans avec 57%. Cette tranche d'âge est identique à celle trouvée par **DIARRA S [45]** en 2012 et **DEMBELE Y [43]** en 2005 au CSRéf de la CV et **GUENDEBA [5]** en 2005 au CHU Gabriel Touré.

Dans l'étude de **Keita M.A [7]** en 2006 la tranche d'âge la plus représentée était celle de 19-33 ans, soit une fréquence de 66,14% des cas.

2.2 Mode d'admission :

Dans notre étude 32% des patientes sont venues d'elles-mêmes tandis que 68% ont fait l'objet d'une évacuation.

DIARRA S [45] en 2012 au CSRéf de la commune V a trouvé que 65% des patientes ont été évacuées tandis que 35% sont venues d'elles-mêmes. La plupart des patientes venues d'elles-mêmes ont bénéficié de la prise d'une voie veineuse, le groupage rhésus et le taux d'hémoglobine d'urgence au CSRéf.

Les évacuées avaient : une voie veineuse, le groupage rhésus et le taux d'Hb.

Le non conditionnement des patientes entraine un retard à la prise en charge dans le service d'accueil et pourrait compromettre le pronostic vital surtout si elles sont reçues dans un état de choc.

3. Les facteurs de risque :

3.1. Antécédents gynéco-obstétriques :

- Avortement :

Nous avons noté un antécédent d'avortement chez 12% de nos patientes.

KEITA M.A [7] en 2006 a trouvé un antécédent d'avortement de 42,52%. DIARRA S [45] en 2012 au CSRèf de la commune V a rapporté que 8,23% avaient un antécédent d'avortement à risque avec curetage. La plupart des avortements à risques sont pratiqués dans des conditions insalubres entraînant des infections qui détériorent la qualité des trompes.

- **Les infections pelviennes et IST :**

Dans notre étude 5% des patientes présentaient les IST et 95 % des douleurs pelviennes spontanées.

Plusieurs études ont montré une relation entre antécédent d'infection génitale et fréquence accrue des GEU.

Ainsi pour DUBUISSON [19] la sérologie Chlamydia est positive dans 52 à 69, 5% des cas de GEU.

KEITA M.A [7] a trouvé un antécédent d'infection génitale dans 55,11% des cas. Les antécédents d'infection à Chlamydia trachomatis semblent multiplier par deux le risque de GEU [19].

MEYE J [46] note que l'augmentation des GEU en SUEDE entre 1960 et 1970 a coïncidé avec l'augmentation de l'incidence des salpingites.

Pour MEYE J [46],69% des pièces opératoires analysées présentent une atteinte inflammatoire d'origine infectieuse.

- **Le traitement d'infertilité :**

Dans notre étude nous n'avons pas trouvé des patientes qui avaient été traitées pour infertilité.

DIARRA S [45] et KEITA M.A [7] ont trouvé respectivement 8,2% et 13,39% des patientes avec antécédent de traitement pour infertilité.

Le traitement d'infertilité apparait comme un facteur de risque important de GEU et est majoritairement causée par la chronicité des infections.

Fylstra DL [31], VITSE [48] et WEINTSEIN ont trouvé respectivement 18% ; 15,82% et 8,2% de GEU chez les patientes.

- **La Contraception**

Dans notre étude 40% des patientes faisaient une contraception parmi lesquelles 25% de pilule œstro-progestative ,7% de dépôt provera et 8% de DIU, 60% des patientes n'utilisaient pas de méthode contraceptive.

DIARRA S [45] en 2012 au CSREF de la commune V a rapporté que 10 patientes sur 85 qui utilisaient une contraception par voie orale ont fait une GEU après arrêt de la contraception soit 11,77%, et 5 patientes sur 85 qui utilisaient la voie injectable ont fait une GEU soit 5,88%.

Dans l'étude de KEITA M. A [7] 35,43% des patientes avaient un antécédent de contraception.

A noter que 70 sur 85 de ses patientes n'utilisaient pas une méthode de contraception soit 82,35%.

- **Parité :**

La GEU semble être associée à une faible parité dans notre étude.

Les primipares et les paucipares ont représenté respectivement 28% et 33% par contre, les multipares et les grandes multipares sont les moins affectées avec 13% et 8% des cas. Ce qui n'est pas fréquent d'après la littérature [48, 47].

KEITA M.A [7] a rapporté que les multipares constituaient dans sa série la classe prédominante avec un total de 40,94%, suivies par les primipares ce qui sous-entend que la grossesse extra-utérine peut survenir quel que soit la parité.

3.2 Antécédents chirurgicaux :

Les antécédents chirurgicaux ont été notés chez 10 de nos patientes, parmi lesquels nous avons noté 5 cas de césarienne soit 8%, 1 cas d'appendicectomie soit 2% et 2 cas de kystectomie soit 3%.

Nous avons trouvé un taux de récurrence de GEU de 5% supérieur à celui de GUENDEBA D [5] 3,6% ,sensiblement égale à celui de DIARRA S

[45] 4,71%, mais inférieur à celui de BAMBI B [20] 12,4%, et de ISABELLE B [47] 8,45%.

L'antécédent d'intervention chirurgicale sur le petit bassin a été noté chez 11 des patientes dans notre étude. Cette intervention favorise la survenue de GEU par les adhérences dont elle est génératrice.

4. Les manifestations cliniques :

Les patientes consultent en général lorsque l'évolution de la grossesse est anormale.

Les douleurs sont signalées par 95% des patientes et les métrorragies par 90% des patientes. Lorsque la consultation se fait tardivement, les complications surviennent.

Ainsi 77 % des GEU étaient rompues avec 10% de cas de transfusion sanguine dans notre étude,

DIARRA S [45] en 2012 a trouvé que 92,9% des GEU étaient rompues et 18,82% des patientes étaient en état de choc hypovolémie.

DEMBELE Y [43] au CS Réf de la CV en 2005 et GUENDEBA D [5] au CHU GT en 2007 ont trouvé respectivement 79,7% et 24,4% de cas de GEU rompue.

5. Les examens paracliniques :

Le test urinaire d'HCG couplé à l'échographie pelvienne ont été les deux (2) examens paracliniques de première intention.

L'échographie pelvienne a été réalisée dans 93%. Elle a évoqué un sac gestationnel en dehors de la cavité utérine dans 30 cas soit 50%, l'hémopéritoine + image latéro-utérine dans 20 cas soit 33% et 6 cas de grossesse hétérotopique soit 10%.

Pour MEYE J [46] l'échographie réalisée dans 75,2% a mis en évidence un sac gestationnel en dehors de la cavité utérine. Le dosage des β HCG a été fait dans 37,3% des cas.

SANOGO B D [8] a trouvé que 100% des patientes avaient un test urinaire de grossesse positif.

Ce qui explique que l'HCG et l'échographie restent des examens fiables pour le diagnostic de la GEU.

Il est à noter que le test urinaire de grossesse a été nécessaire pour une confirmation biologique de la grossesse dans certains cas après les résultats d'échographie douteux.

6. Aspects opératoires

6.1 Localisation

La GEU était tubaire dans 90% des cas, abdominale dans 10% des cas et il s'agissait de grossesse hétérotopique dans 10 % des cas.

La localisation était plus fréquente à droite (60%) qu'à gauche (40%) sans qu'on ne puisse donner une explication scientifique.

DIARRA S [45] en 2012 a trouvé que la localisation était plus fréquente à droite (62,35%) qu'à gauche (38,82%).

6.2 Siège de la GEU

Dans notre étude la GEU était ampullaire dans 59%, isthmique dans 16%, interstitielle dans 5%, et pavillonnaire dans 10% des cas. Cette tendance a été notée par GUENDEBA D [5] avec 92,8% et DEMBELE Y [43] avec 91,4%.

Selon COHEN J [27] les grossesses abdominales restent exceptionnelles dans les pays à faible densité médicale. Sa fréquence est de 1 grossesse abdominale pour 7000 à 15000 accouchements dans les pays développés.

Pour GUENDEBA D [5] elle est de 1 pour 1380 accouchements. Quand à DEMBELE Y [43], il a trouvé 1 grossesse abdominale pour 6784 accouchements.

7. Traitement

Le traitement a été chirurgical pour les 60 patientes soit 100% des cas. La laparotomie demeure le moyen thérapeutique largement utilisé en Afrique.

La coeliochirurgie, traitement de référence de la GEU dans les pays développés, reste de pratique limitée en Afrique en raison du sous

équipement et du recours tardif aux soins entraînant le diagnostic de GEU au stade de complication.

Dans notre étude la salpingectomie totale a été effectuée dans 92% des cas.

KEITA M.A [7] a trouvé une fréquence de salpingectomie de 90,4%.

SANOGO B D [8] a rapporté un taux de 100%.

DIARRA S [45] en 2012 a trouvé 96,4% de cas de salpingectomie totale.

Cette technique est la plus pratiquée selon plusieurs auteurs [20, 5, 47].

Elle est de 2,4% pour GUENDEBA D [5], 8,6% pour BAMBI B [20], et

11,32% pour ISABELLE B [47].

L'annexectomie a été réalisée dans 5% des cas.

Elle est de 16,9% pour GUENDEBA [5] ; 1,88% pour ISABELLE B [47] et

1,2% pour DIARRA S [45].

La transfusion a été nécessaire dans 10% des cas parce que le taux d'hémoglobine était compris entre 4 et 7 g/dl avec une mauvaise tolérance à l'anémie et/ou un état de choc hémorragique

8. Suites opératoires

Nous n'avons enregistré aucun décès par GEU 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 National de Transfusion Sanguine (CNTS) et dans d'autres Centres de Santé de Référence ont certainement favorisé cette situation.

La présence permanente d'une équipe opérationnelle dans le service et la mise en place d'un kit de GEU 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 D [5], n'a pas enregistré de cas de décès. Par contre BAMBI B [20] a enregistré 1,92% de taux de mortalité et DEMBELE Y [43] 0,8%.

Le traitement post- opératoire est bien codifié avec la prescription d'antalgique et une antibiothérapie systématique.

Un rendez- vous de suivi post opératoire était donné 3 semaines après l'intervention.

Les suites post opératoires ont été simples chez les 60 patientes.

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 4 jours.

L'examen anatomopathologique a été réalisé chez 47 patientes soit 78%.

Dans notre étude, le résultat de l'examen anatomo-pathologique a montré que la pathologie tubaire était en cause dans 77% des cas notamment la salpingite chronique soit 67% et de fibrose inflammatoire du produit de conception avec 10% des cas.

Aucune cause n'a été retrouvée dans 2% des cas.

Dans la plupart des cas le produit de conception était constitué de plages de caillots sanguins parsemés de villosités placentaires de taille variable et de cellules déciduales sans atypies cytonucléaires et souvent des infiltrations de polynucléaires neutrophiles associées à des hémorragies.

Dans notre étude, 22% des patientes n'ont pas bénéficié d'examen anatomopathologique.

La principale raison de non réalisation de cet examen évoquée est le manque de moyen financier.

9. Le pronostic obstétrical :

La trompe controlatérale était porteuse d'anomalie (séquelles de salpingite 2%, adhérences 5%).

En ce qui concerne la fertilité ultérieure, son étude reste difficile car la plupart des patientes sont perdues de vue après leur sortie du centre. Dans la littérature le taux de fertilité après GEU varie de 20 à 60% [35]. Trois (3) de nos patientes étaient à leur deuxième salpingectomie ce qui compromet sérieusement leur avenir obstétrical

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

La grossesse extra-utérine (GEU) de par sa fréquence, son diagnostic tardif dans notre contexte, son risque souvent mortel et le traitement chirurgical qu'elle impose constitue un problème de santé publique dans notre pays.

Dans notre étude nous avons trouvé une fréquence de 0,6%.

Cette dernière peut diminuer davantage si une attention particulière est accordée aux facteurs de risque.

Ce diagnostic presque toujours tardif, au stade de rupture, conduit à la réalisation d'une chirurgie mutilatrice et influence négativement aussi bien le pronostic vital immédiat que fonctionnel ultérieur.

Le dépistage précoce et la prise en charge par la coelioscopie dont le besoin se fait sentir dans le service permettrait d'augmenter les chances de conservation tubaire des patientes prises en charge pour GEU.

RECOMMANDATIONS

A l'endroit des autorités :

- Equiper le centre d'une unité de cœliochirurgie et assurer la formation du personnel.
- Renforcer les programmes de lutte contre les IST.

A l'endroit de la population :

- Eviter et traiter efficacement les infections sexuellement transmissibles.
- Consulter précocement dès constatation de troubles du cycle menstruel afin d'éviter à la femme, le tableau d'urgence avec les hémorragies cataclysmiques.

A l'endroit du personnel :

- Assurer le dépistage et la prise en charge correcte des IST.
- Penser à la GEU devant tout trouble du cycle menstruel.
- Renforcer la surveillance des facteurs favorisant la survenue de GEU.

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VII. REFERENCES/BIBLIOGRAPHIES

- 1. Coste J, Bouyer J, Germain E, Ughetto S, Pouly JL, Job-spira N.** Recent declining trend in ectopic pregnancy in France: evidence of two clinic Epidemiologic entities fertile steril 2000, 74, 881- 6.
- 2. Dupuis O, Camagna O, Benifla JI, Batallan A, Dhainaut-Renolleau C, Madelona P.** Grossesse extra-utérine, encycl méd chir (édition scientifique et médicale Elsevier SAS), gynécologie-obstétrique, 5-032-A-30, 2001, 18p
- 3. Lansac J, Gallet C, Rochet Y.** La grossesse extra-utérine et son pronostic obstétrical. J gynécol obstet Biol Reprod, 1975, 4, 65-74
- 4. Desolle, Detchev R, Darai E.** Chirurgie de la grossesse extra-utérine. Encycl Méd Chir (éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, tous droits réservés), techniques chirurgicales. Gynécologies, 41-530-2002, 11p.
- 5. Guendeba D.** La GEU dans le service de Gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré. Thèse Med, Bamako, 2007. M-101.
- 6. Bernard Blanc, Boubli I.** Préface de Roger Henrion : gynécologie : ISBN2-907516-03-5 (édition pradel), 2-89130-177-x(Edisem)
- 7. Keita M A.** 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, 2006. 69P-6M258.

8. Sanogo B D. 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 2012.12m147.

9. Fernandez H, Lelaidier C, Baton C, Bourget P, Frydman R.
Return of reproductive performance after expectant management and local treatment forectopic pregnancy Hum Reprod 1991; 6: 1474-7.

10. Risquez F, Forman R, Maleika F, Foulot H, Chapman M, Zorn Jr.
Transcervical cannulation of the fallopian tube for the management of ectopic pregnancy : prospective multicenter study. Fertil Steril 1992; 58: 2131-50.

11. Goldner Te, Lawson Hw, Xia Z, Atrasch Hk.
Surveillance for ectopic pregnancy-United States 1970-1989. MMWR 1993; 42:73-35.

12. Job-Spira N, Fernandez H, Bouyer J, Pouly JI, Germain E, Coste J.
Ruptured tubal ectopic pregnancy: risk factors and reproductive outcome: results of a population-based study in France. Am J. Obstet Gynecol 1999; 180 (4): 938- 44.

13. Doyle MB, Decherney AH, Diamond MP. Epidemiology and etiology of ectopic pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am 1991; 18: 1-17.

14. Xiong X, Buekens P, Wollast E, IUD. Use and the risk of ectopic pregnancy; a meta- analysis of case- control studies, contraception 1995; 52: 23-34.

- 15. Bouyer J, Coste J, Shojaei T, Pouly JI, Fernandez Gerbaud L.** Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis. Based on a large case-control population based study in France. *Am J Epidemiology* 2003; 157: 185-95.
- 16. Zilber U, Pansky M, Bukovsky I, Golan A.** Laparoscopic salpingostomy versus laparoscopic local methotrexate injection in the management of unruptured ectopic gestation. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 600-2
- 17. Pouly JI, Chapron C, Mage C, Manhes H, Canis M, Wattiez A, Bruhat Ma.** Multifactorial analysis of fertility following conservative laparoscopic treatment of ectopic pregnancy through a 223 case series. *Fertil Steril* 1991; 56:453-60.
- 18. Fernandez H.** Grossesse extra-utérine, étiologie, diagnostic, évolution, traitement, page 2303 ; in *Revue du praticien*, 2000.
- 19. Chapron C, Fernandez H, Dubuisson Jb.** Le traitement de la grossesse extra-utérine en l'an 2000. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000; 29:351-61.
- 20. Bambi B.** La grossesse extra-utérine en milieu noir africain à propos de 104 cas observés à Bamako. Thèse méd, Bamako, année 1980 M2.
- 21. Beral V.** An epidemiological study of recent Trends in Ectopic Pregnancy. *Br J Obstet Gyn*, 1975, 82, 775- 782

- 22. Diarra, S.** Aspects épidémiologique, Clinique et pronostic de la GEU au CSRéf de la CV. Thèse méd 2012, N° 12M 137.
- 23. Berger MJ, Taymor ML.** Simultaneous intra uterine and tubal pregnancies following ovulation induction. Am J obstet gyn, 1975, 82, 775-782.
- 24. Bernoux A, Job-spira N, Germain E, Ughetto, Pouly JL.** Fertility out come after ectopic pregnancy and use of intra uterine device at the time of the index ectopic pregnancy. Hum reprod 2000; 15; 1173-7.
- 25. Bruhat MA, Mage G, Pouly JL, Manhes H, Canis M, Wattiez A.** Operative laparoscopy. Medsi Mac Grew Hill 1992.
- 26. Cissé H.** Etude épidémio-clinique des grossesses extra-utérines au CRéf CIV du District de Bamako : à propos de 175 cas. Thèse méd, Bamako 2007M148.
- 27. Cohen J, Quist CH.** Grossesse extra utérine et intra utérine simultanées après induction de l'ovulation. Rev Franc Gynec, 1977, 72, 2, 121- 125.
- 28.** <http://e-santé.Futura-sciences.Com/grossesse-fiv-enfanta.html>
- 29. Fernandez H, Bouvier-Colle Mh, Varnoux N, Breat G.** Mortalité maternelle par hémorragie obstétricale Paris : INSERM 1994 :51-62.

30. Anguenot, J-L; Bretones, S; Dumps, S; Campana, A. Traitement médical des grossesses extra-utérines par méthotrexate

31. Fylstra DL, Tubal pregnancy. A review of current diagnosis and treatment. *Obstet Gynecol Surv* 1998; 53: 320-8.

32. Ransom MX, Garcia AJ, Bohrer M, Corsan GH, Kemmann E. Serum progesterone as a predictor of methotrexate success in the treatment of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1994; 83 : 1033-7.

33. Glock JL, Johnson JV, Brumsted JR. Efficacy and safety of single-dose systemic methotrexate in the treatment of ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1994; 62 : 716-21.

34. Lipscomb GH, Bran D, McCord ML, Portera JC, Ling FW. Analysis of three hundred fifteen ectopic pregnancies treated with single-dose methotrexate. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178: 1354-8

35. Gervaise A. Conduite à tenir en cas de prise en charge non chirurgicale d'une grossesse extra-utérine. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003;32:64-74.

36. P Madelenat (Président), F Goffinet (Coordonnateur), M Dreyfus. Collège National des Gynécologues et obstétriciens français. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003; 32 (supplément au n°7): 3S6-3S112.

37. Ferkous G. La grossesse extra-utérine (à propos de 117cas). Thèse méd. Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat 2011, N°110.

- 38. Lawson, TL** : Ectopic pregnancy criteria and accuracy of ultra-sonic diagnosis. Am J Roentgerenol 1978: 153- 156?
- 39. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Rouse DJ, Spong CY.** Ectopic pregnancy. Williams obstetrics 23rd edition. New York, 2010. P: 238-46.
- 40. Mage G.** Traitement coelochirurgical de la GEU. Chirurgie en gynécologie, 2^{ème} édition. Masson 2013 ,51- 62.
- 41. Site du Dr ALY Abbara.** WWW.aly-abbara.com
- 42. Site Docteur Benchimal @gmail.com**
[WWW.docteur](http://WWW.docteur-benchimol.com) -benchimol.com. Traitement de la grossesse extra-utérine.
- 43. Dembélé Y.** Grossesse extra-utérine : Aspects épidémiologique, Clinique, diagnostique, thérapeutique et pronostic de la grossesse extra utérine au CS Réf V. Thèse Med, Bamako, 2006. M- 242.
- 44. Rothe DJ, Birnbaum SJ.** Cervical pregnancy: diagnostic and management. Obstet Gynecol 42; 675; 1973
- 45. Diarra. S** : Aspects épidémiologique, Clinique et pronostic de la GEU au CSREF de la CV. Thèse méd 2012, N° 12M 137.
- 46. Meye. J F, Adieu Sima-Zue, Boniface So, Eric Kendjo, Toussaint Engougah.** Aspects actuels de la grossesse extra utérine à Libreville (Gabon): A propos de 153 cas. Cahier de Santé 2002, 12, 405-408.

47. Isabelle, B. Avenir obstétrical des patientes opérées de grossesse extra-utérine à propos de 106 cas. Thèse Méd, Bamako1992.

48. Vitse. Aspect épidémiologique de la GEU.
J. Gynecol Obstet Biol Reprod 1998 ; 17 : 991-1001

VIII. ANNEXES

FICHE SIGNALETIQUE

NOM : KONARE

PRENOM : Fousseyni

TITRE DE LA THESE : La grossesse extra utérine : aspects épidémiocliniques et thérapeutiques au CSRèf CII du district de bamako de Janvier 2014 à décembre 2016 à propos de 60 cas.

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la FMPOS

SECTEUR D'INTERET : Gynécologie-Obstétrique

RESUME

Notre étude est une étude rétrospective descriptive qui s'est déroulée au CSRèf CII du district de bamako de Janvier 2014 à décembre 2016 soit une durée de 3 ans.

Nous avons recensé 60 GEU sur 10087 accouchements soit une fréquence de 1,98%(1 GEU/51 accouchements).

La grande majorité de nos patientes a été reçue en urgence après la rupture de GEU (68%).

La tranche d'âge la plus représentée est de 21- 34 ans (57%).

Toutes les parités étaient concernées avec une prédominance chez paucipares (33%) et les primipares (28%).

Les facteurs favorisant sont essentiellement l'infection génitale, l'antécédent d'intervention chirurgicale sur le petit bassin.

67% de nos patientes avaient un taux d'Hb inférieur à 11g/dl.

L'échographie couplée au test urinaire de grossesse a été l'examen complémentaire de première intention.

L'ensemble de nos patientes ont bénéficié une laparotomie et la salpingectomie a été la technique chirurgicale la plus pratiquées soit 92% des cas ce qui peut compromettre l'avenir obstétrical des patientes.

Nous n'avons enregistré aucun cas de décès maternel.

Mots clés : GEU, prise en Charge, pronostic materno-foetal.

Fiche d'enquête

Fiche N° :----- Année : -----

I-Données sociodémographiques

1-Nom : ----- 2-Prénom : -----

3-Age : -----

4-Ethnie: (1=Bambara, 2=Sarakolé, 3=Sonrhäï, 4=Peulh, 5=Malinké,
6=Dogon, 7=Bozo, 8=autres)

5-Adresse : (1= Missira, 2= Médina-coura, 3= TSF, 4=Hippodrome, 5=
Niaréla, 6= Bozola, 7= Bakaribougou, 8= Bougouba,
6=Zone industrielle, 10= N'gomi, 11=autres quartiers)

7-Niveau d'instruction : (1=supérieur, 2= secondaire, 3= primaire,
4= non scolarisée)

8-Profession : (1= femme au foyer, 2= élève, 3=étudiante, 4=autres)

9-Etat matrimonial : (1= Mariée, 2= célibataire, 3= Divorcée, 4=Veuve)

II-Antécédents

1 Médicaux :

10 HTA : (1=oui ; 2=non) 10 diabète : (1=oui ; 2=non)

11 drepanocytose : (1=oui ; 2=non) 12 asthme : (1=oui ; 2=non)

12 bilharziose : (1=oui ; 2=non)

2 Chirurgicaux :

13 Appendicectomie : (1=oui ; 2=non)

14 Plastie tubaire : (1=oui ; 2=non)

15 ATCD de GEU : (1=oui ; 2=non)

16 Péritonite : (1=oui ; 2=non)

17 Kystectomie : (1=oui ; 2=non) 19 Césarienne : (1=oui ; 2=non)

18 Chirurgie des voies urinaires : (1=oui ; 2=non)

19 Chirurgie conservatrice des trompes : (1=oui ; 2=non)

20 Autres : (1=oui ; 2=non), si oui préciser ()

3 Gynéco-obstétricaux :

21 gestités :(1= primigeste ; 2= pauci geste ; 3=multi geste ; 4= grandemulti geste)

22 parités : (1=nullipare ; 2= primipare ; 3= pauci pare ; 4= multipare ; 5= grande multipare)

23 Avortement : (1=oui ; 2=non)

24 fausse couche : (1=oui ; 2=non)

25 IVG : (1=oui ; 2=non) 32 Annexite : (1=oui ; 2=non)

26 Traitée pour stérilité : (1=oui ; 2=non)

27 Contraception : (1=pilule oestroprogestative ; 2= pilule progestative ; 3=DIU ; 4=dépôt provera ; 5=pilule du lendemain ; 6=implant de jadelle)

III-Mode d'admission :

28-Date d'admission :

29 Venue d'elle-même : (1=oui ; 2=non)

30 référée /évacuée: (1=oui ; 2=non)

31-Motif d'évacuation : (1= GEU rompue, 2= GEU non rompue, 3= douleurs pelviennes, 4= métrorragies, 5=douleur pelvienne + métrorragie, 6= autres)

32- Moyen de déplacement utilisé : (1=taxi, 2=motocyclette, 3=véhicule personnel, 4=ambulance, 5= autres)

33- Qualification de l'agent qui a évacué : (1= médecin, 2=sage-femme, 3=infirmier, 4 =indéterminé), 36-provenance (1=cscom ,2=cabinet médical et /ou clinique privé(e)), 3=autres ,4=indéterminée)

IV-Données cliniques à l'admission

34- Signes fonctionnels :

35- Notion de retard des règles/d'aménorrhée : (1=oui ; 2=non)

36-Douleurs pelviennes spontanées : (1=oui ; 2=non)

37-métrorragies : (1=oui ; 2=non)

38-Hyperthermie : (1=oui ; 2=non)

39-Lipothymie et syncopes : (1=oui ; 2=non)

Signes sympathiques de grossesse

40-Sialorrhée: (1=oui ; 2=non) nausées : (1=oui ; 2=non)

41-Vomissement : (1=oui ; 2=non)

42-tension mammaire : (1=oui ; 2=non)

43-Constipation : (1=oui ; 2=non)

44- Signes physiques :

45- Pâleur : (1=oui ; 2=non) 49-Fièvre : (1=oui ; 2=non)

46- Signe de flot : (1=oui ; 2=non) 51-Cri de l'ombilic :

(1=oui ; 2=non) ; 52-Météorisme : (1=oui ; 2=non) ,53- Cri du Douglas :
(1=oui ; 2=non)

47- Masse latéro-utérine : (1=oui ; 2=non)

Examens para cliniques :

Groupage Rhésus

NFS

48- HCG urinaire : (1=oui ; 2=non)

49- béta HCG plasmatique : (1=oui ; 2=non)

Echographie pelvienne

V-Traitement de la grossesse extra-utérine

50- Evacuation à l'échelon supérieur : (1=oui, 2=on)

Motif :.....

Moyen utilisé :.....

Qualification de l'agent qui a évacué :.....

51-Chirurgie radicale : (1=oui ; 2=non)

52-Annexectomie : (1=oui ; 2=non) 70-Salpingectomie :(1=oui ; 2=non)

53-Chirurgie conservatrice : (1=oui ; 2=non)

54-Chirurgie tubaire partielle : (1=oui ; 2=non)

55-Chirurgie tubaire totale: (1=oui ; 2=non)

VI-4-Aspects per opératoires :

56-Localisation : (1= droite, 2= gauche)

57-Siege de la nidation : (1 = Interstitiel, 2 = Ampulo-isthmique,
3 =Ampullaire, 4 = Isthmique, 5 = pavillonnaire ,6=Ovarien, 7= Cervical,
8= Abdominal)

58-GEU bilatérale : (1=oui ; 2=non), 77- GEU+GIU :
(1=oui ; 2=non)

59-Nature des lésions : (1= rupture ou fissuration de la paroi tubaire, 2
=Avortement tubo-abdominal complet ou en cours, 3 =Intégrité de la
paroi tubaire, 4 =Hemosalpinx, 5 =Hématocèle retro-utérine)

60-Etat du pelvis et de la trompe controlatérale à la laparotomie : (1 =
Trompe controlatérale saine, 2 =Trompe unique, 3 =adhérent e,
4=inflammatoire)

61-Etat de l'ovaire controlatéral : (1 = bon, 2 = mauvais)

62-Anatomie pathologie : (1=oui, 2=non)

VII-Autres traitements :

63-Antibiotiques : (1=oui ; 2=non) Antalgiques : (1=oui ; 2=non)

64-Anti-inflammatoire : (1=oui ; 2=non),84-Transfusion : (1=oui ; 2=non)

VIII-Evolution et suites opératoires :

65-Complications : (1=oui ; 2=non)

66-Affections associées : (1=oui ; 2=non)

67-Nombre de jours d'hospitalisation :.....

68-Etat à la sortie :.....

Autres :.....

SERMEN 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 sa conception.

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

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

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

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

Je le jure.