

MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



U.S.T.T-B

**Université des Sciences,
des Techniques et des Technologies
de Bamako**

Année universitaire : 2018 - 2019



**Faculté de Médecine et d'Odonto-
stomatologie**

Thèse N °.....

TITRE

**GROSSESSE EXTRA-UTERINE : ASPECTS
EPIDEMIO-CLINIQUES, THERAPEUTIQUES
ET PRONOSTIC AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE BOUGOUNI.**

THESE

**Présentée et soutenue publiquement / / devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie**

Par

M. Kéba BAMBA

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

JURY

Président : Pr. Alhassane TRAORE

Membre : Dr Tioukani Augustin THERA

Dr. Seydou FANE

Co-directeur : Dr Brahim BAMBA

Directeur : Pr. Youssouf TRAORE

**DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS**

DEDICACES :

BISSIMILAHY RAHMANY RAHIM

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 mes mères : Maïmouna COULIBALY et Fatoumata SANGARE

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 fait bénéficier du fruit de votre patience. Amen

A mon père : Abdoulaye BAMBA

Je ne saurai jamais vous remercier à juste valeur, l'éducation que vous m'avez donnée a été la meilleure et je remercie le bon Dieu de m'avoir donné le privilège d'être votre fils, vous avez inculqué en nous, la cohésion, le travail, le partage, la justice et l'équité. Si je suis arrivé là c'est grâce à vous, ce travail est le votre, et merci pour tout Père puisse le bon Dieu vous donne longue vie.

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 : Gabdo COULIBALY

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

A ma tante : Maouta BAMBA

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

REMERCIEMENTS :

A l'Afrique toute entière

Que la recherche de la paix et du développement soient la priorité de tes fils. Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de ta population.

A mon pays natal, le Mali

Tu m'as vu naître, grandir, et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une éducation. Tu m'as donné un savoir incommensurable.

Profonde gratitude à toi, mon cher Mali.

A la FMOS :

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie. Nous ferons partout ta fierté.

Remerciements infinis :

A mes enseignants du premier et second cycle de l'école fondamentale de Garalo, de Manankoro et du Lycée Kalilou Fofana de Bougouni :

Merci pour la qualité de votre enseignement. Je ne cesserai de vous remercier

Au corps professoral de la FMOS

Merci pour la qualité de vos cours et votre souci de former des jeunes africains compétitifs sur le plan médical.

Au personnel du centre de santé de référence de Bougouni.

Merci de votre encadrement de qualité que Dieu vous paye pour tout ce que vous faites pour la population.

A tous nos aînés du centre de santé de référence de Bougouni :

C'est un grand plaisir et un grand honneur pour nous d'avoir appris à vos côtés. Merci pour la formation de qualité que nous avons bénéficié. Les bonnes manières de l'apprentissage de la Gynéco/Obstétrique sont à acquérir à vos côtés ; merci encore de nous en avoir initiés.

Aux internes et externes du centre de santé de référence de Bougouni

Merci pour tout le bon moment passé ensemble, pour votre soutien et votre collaboration à l'élaboration de ce travail. Recevez, chers collègues, mes meilleures salutations.

A toutes les personnes qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à l'élaboration de ce travail :

A tous ceux qui me sont chers et dont les noms ont été omis, l'erreur est humaine, je vous porte tous dans mon cœur. Merci.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY :

Pr Alhassane TRAORE

- **Maître de conférences agrégé en chirurgie générale à la FMOS**
- **Spécialiste en chirurgie hépatocellulaire**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique Francophone**
- **Membre de la société de Chirurgie du Mali**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité et votre humilité sont des qualités qui font de vous un maître envié de tous.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre profond respect.

Puisse Allah le bon Dieu, vous accorder une longue vie et une très bonne santé.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DE JUGE :

Dr Tioukani Augustin THERA

- **Maître assistant de gynéco-obstétrique à la FMOS**
- **Ancien chef de service de l'Hôpital Nianakoro Fomba de Ségou**
- **Chef de service de gynéco-obstétrique du CHU Point G.**

Cher Maitre

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

Votre richesse intellectuelle, votre rigueur scientifique, votre souci constant du travail bien fait, votre simplicité font de vous un être remarquable.

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

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DE JURY :

Dr Seydou FANE

- **Maître Assistant en gynéco-obstétrique a la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Spécialiste en Santé Publique**

Cher Maitre

La spontanéité avec la quelle vous avez accepté de siéger dans ce jury nous est allé droit au cœur.

Votre courage, votre grande amitié pour vos collaborateurs et vos étudiants, vos qualités d'homme de science et votre enthousiasme à transmettre votre savoir ont forcé l'admiration de tous.

Cher maître soyez rassuré de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :

Dr Brahima BAMBA

- ✓ **Spécialiste en chirurgie générale**
- ✓ **Ancien Médecin chef du Centre de Santé de Référence de Bougouni**
- ✓ **Praticien au Centre de Santé de Référence de Kalaban-coro**
- ✓ **Membre de la Société Malienne de Chirurgie (SOCHIMA).**

Cher Maitre

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

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.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Pr Youssouf TRAORE

- **Professeur agrégé de gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie;**
- **Praticien Hospitalier au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré;**
- **Responsable de la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) du Mali;**
- **Titulaire d'un diplôme universitaire de Méthodologie de recherche clinique Bordeaux II,**
- **Membre de la Société Africaine Gynécologie Obstétrique(SAGO),**
- **Président de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO),**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA),**
- **Enseignant-chercheur.**

Cher maître,

C'est pour nous un grand honneur et un réel plaisir de vous avoir comme directeur de ce travail malgré vos multiples occupations. L'accueil que vous nous avez réservé ne nous a pas laissé indifférent. Votre gentillesse, votre chaleur humaine, votre ardeur et votre rigueur scientifique font de vous un homme aux qualités indéniables.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre sincère reconnaissance. Qu'ALLAH vous prête longue vie et santé.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

ATCD : Antécédent

β HCG : Hormone Gonadotrophine Chorionique Humaine

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CS Réf : 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 Gonadotrophine Chorionique

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MTX : Méthotrexate

NFS : Numération formule sanguin

% : 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

TV : Toucher vaginal

VIH : Virus immunodéficience Humaine

G/DL : Gramme par décilitre

P : Probabilité

DDL : Degré de Liberté

SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Score de Fernandez pour le traitement médical de la GEU.	42
Tableau II: les variables	53
Tableau III: Répartition des patientes selon les tranches d'âge (en année).	57
Tableau IV : répartition des patientes selon l'ethnie.....	58
Tableau V : répartition des patientes selon la profession.....	58
Tableau VI: répartition des patientes selon le statut matrimonial.....	59
Tableau VII: répartition des patientes selon leur provenance.....	60
Tableau VIII répartition des patientes selon la distance séparant l'établissement référence-CSRéf.	60

Tableau IX: Répartition des patientes selon la distance et le type de GEU	61
Tableau X: répartition des patientes selon la qualification de l'agent ayant fait l'évacuation	61
Tableau XI: répartition des patientes selon le moyen de déplacement.....	62
Tableau XII: répartition des patientes selon le mode d'admission	62
Tableau XIII: répartition des patientes selon le type de GEU et le mode d'admission.	63
Tableau XIV: répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux	63
Tableau XV: répartition des patientes selon les ATCD médicaux	64
Tableau XVI: répartition des patientes selon les ATCD d'avortements et les infections génitales.....	64
Tableau XVII: répartition des patientes selon la Gestité.	65
Tableau XVIII: répartition des patientes selon la Parité.....	65
Tableau XIX: répartition des patientes selon le type de contraception utilisée.	66
Tableau XX: répartition des patientes selon le motif d'admission	66
Tableau XXI: répartition des patientes selon la durée d'aménorrhée.....	67
Tableau XXII: répartition des patientes selon les signes généraux.	67
Tableau XXIII: Répartition des patientes selon le type de GEU et l'état. de choc.....	68
Tableau XXIV: répartition des patientes selon la palpation abdominal.	68
Tableau XXV: répartition des patientes en fonction du résultat du toucher vaginal	69
Tableau XXVI: répartition des patientes selon les examens complémentaires.	69
Tableau XXVII: répartition des patientes selon le résultat du test β HCG urinaire.	70
Tableau XXVIII: répartition des patientes selon les résultats de l'échographie pelvienne.....	70
Tableau XXIX: répartition des patientes en fonction du taux d'hémoglobine..	71
Tableau XXX: répartition des patientes selon la transfusion.....	71
Tableau XXXI: Répartition des patientes selon le type de GEU et la transfusion.	72
Tableau XXXII: répartition des patientes selon le siège de la nidation.....	72
Tableau XXXIII: répartition des patientes selon la localisation de la GEU	73
Tableau XXXIV: répartition des patientes selon la nature des lésions.....	74
Tableau XXXV: répartition des patientes selon l'état de la trompe controlatérale à laparotomie	75
Tableau XXXVI: répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation.....	75

Tableau XXXVII: Répartition des patientes selon le type de GEU et la durée d'hospitalisation. 76
Tableau XXXVIII: répartition des patientes selon le pronostic vital 76

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Localisation des grossesses ectopiques : 35
Figure 2 : répartition des patientes selon le niveau d'instruction 59
Figure 3: répartition des patientes selon le type de GEU 73
Figure 4: répartition des patientes selon les gestes effectués74

TABLE DE MATIERE

1	INTRODUCTION	19
2	OBJECTIFS.....	22
2.1	Objectif Général :.....	23
2.2	Objectifs spécifiques :.....	23
3	GENERALITES	24
3.1	Définition	25
3.2	Historique :	25
3.3	Fréquence :.....	26
3.4	Rappels anatomiques et physiologiques	30
3.5	Physiologie de la fécondation, de la migration et de la nidation de l'œuf	32
3.6	Anatomie pathologie de la GEU :.....	34

3.7	Localisation de la GEU:	34
3.8	Diagnostic :.....	36
3.9	Etude clinique de la GEU :.....	36
4	METHODOLOGIE :	46
4.1	Cadre d'étude :.....	47
4.2	Période d'étude :	52
4.3	Type d'étude :.....	52
4.4	La population d'étude :	52
4.5	Echantillonnage :.....	52
4.6	Plan de collecte des données:.....	52
4.7	Les variables:	52
4.8	Analyse des données :	54
4.9	Définitions opératoires :	54
5	RESULTATS	56
5.1	Fréquence de la grossesse extra-utérine dans le service :	57
5.2	Caractéristiques sociodémographique.....	57
5.3	Les Antécédents.....	63
5.4	Examens cliniques.....	66
5.5	Examens complémentaires	69
6	COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	77
6.1	La Fréquence :	78
6.2	profil épidémiologique.....	78
6.3	Les manifestations cliniques :	81
6.4	Les examens paracliniques :	81
6.5	Aspects opératoires :	82
6.6	Traitement :	82
6.7	Suites opératoires :.....	83
6.8	Le pronostic obstétrical :.....	83
7	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	84
7.1	CONCLUSION :	85
7.2	RECOMMANDATIONS	85
8	REFERENCES/BIBLIOGRAPHIQUES	87
9	ANNEXES	93

INTRODUCTION

1 INTRODUCTION

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[1].

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 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[2].

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 et représente près de 10% de la mortalité maternelle[4].

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 β HCG plasmatiques[5].

La connaissance des facteurs de risque permet une prévention primaire et secondaire de la G E U et d'éviter les récurrences[4,6].

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

Aux Etats-Unis, malgré la haute technologie, la GEU demeure un problème de santé publique[7].

En Afrique Occidentale notamment au Sénégal la GEU représentait 9,3% des laparotomies réalisées en urgence, avec une incidence de 0,8 pour 1000 grossesses[8].

La laparotomie pour GEU occupe le deuxième rang des urgences gynécologiques et obstétricales après la césarienne au Mali[9].

Au Mali plusieurs études ont été consacrées à ce sujet[9–16]. Devant l'ampleur et le degré de gravité de la pathologie et les résultats des revues SONU à Bougouni, nous avons initié ce travail pour faire le point sur la GEU dans le Centre de Santé de Référence de Bougouni, Aucune étude n'a été menée sur le sujet dans le dit centre.

Pour atteindre notre but, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

OBJECTIFS

2 OBJECTIFS

2.1 Objectif Général :

Etudier la Grossesse extra-utérine dans l'unité de gynécologie-obstétrique au Centre de Santé de Référence de Bougouni.

2.2 Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de la GEU.
- Préciser le profil épidémiologique et clinique des patientes.
- Déterminer les modalités thérapeutiques de la GEU.
- Etablir le pronostic maternel de la GEU.

GENERALITES

3 GENERALITES

3.1 Définition :

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

3.2 Historique :

La GEU, il y a deux siècles, était considérée comme une fatalité, c'est **LAWSON TL** [17] 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** [17,18] 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** [19], 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** [20] 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 réalisées en coelioscopie par injection intra tubaire et intra lutéale de prostaglandine F2 alpha. En France **FERNANDES** le pratique sous échographie[21].

L'abstinence thérapeutique est évoquée par certains auteurs **DARGENT**[22].

3.3 Epidémiologie :

3.3.1 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 a trouvé une grossesse extra-utérine sur 300 grossesses[13].

3.3.2 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) [23].

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 sont : [23]

- 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 clomiphène, anti-œstrogène 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[23,24].

3.3.3 Etiopathogénies des Grossesses Extra Utérine :

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 [1] :

- **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[25–27].

- **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[1].

- **Remaniement tubaire inflammatoire** : la salpingite a comme conséquence une destruction des cils vibratiles de l'épithélium tubaire[28]. Cette affection serait responsable dans environ 30-50% des cas de grossesses extra-utérine [29].

- **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[30].

- **Statuts post opératoire** : Les statuts après plastie tubaire sont considérés comme facteurs importants. Le traumatisme post-opératoire vient s'ajouter aux lésions préexistantes[1].

- **Tuberculose** : Il s'agit d'une affection tubaire qui aboutit dans la majorité

des cas à la stérilité[1].

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[31].

- **Malformations tubaires** : diverticules et hypoplasie, ainsi qu'une longueur exagérée de la trompe[1].

- **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,[32] Il 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[33] a montré que si le DIU= dispositif intra-utérin est de moindre efficacité contre la GEU, il réduit cependant sa fréquence. WEI[34] affirme que le stérilet n'a aucune incidence sur la survenue des GEU, ce qui n'est pas retenu par d'autres auteurs.

ASPAGNO[34] 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[35] 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 Dispositif Intra-utérin semble avoir une importance capitale dans la survenue de la grossesse extra-utérine :

Pour BURILE [11], il existe une différence selon que le Dispositif Intra-utérin 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[26]** remarque que sur 70 Grossesses extra-utérines sur Dispositif Intra-utérin, les 2/3 sont survenues sur des Dispositifs Intra-utérins en place depuis deux ans maximum.

Pour **ORY[36]**, 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[37]** le Dispositif Intra-utérin prévient beaucoup plus efficacement la Grossesse intra-utérine que la grossesse extra-utérine.

Pour **FERRAND S** et **P MADELENAT[38]** 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.

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[39]** 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 micro-progestatifs 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 [38,40]. 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 bilatérales, 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.

3.4 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.

3.4.1 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 musculieuse 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.

3.4.2 Les trompes :

3.4.2.1 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.

3.4.2.2 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.

3.4.2.3 Structure :

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

3.4.2.4 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.

3.4.3 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).

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

3.5.1 Cellules sexuelles :

3.5.1.1 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.

3.5.1.2 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 préformés et le capital folliculaire est constitué à la naissance.

3.5.2 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.

3.5.3 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 4e jour.

La nidation dans l'endomètre a lieu au 6ème 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 10e 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, qu'elle qu'en soit la cause.

3.6 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 de β 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

3.7 Localisation de la GEU: [23,41]

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 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[42]
- Les localisations beaucoup plus rares comme cervicale ou d'autres organes de l'abdomen : foie et rate[1].

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

Types de grossesses extra-utérine

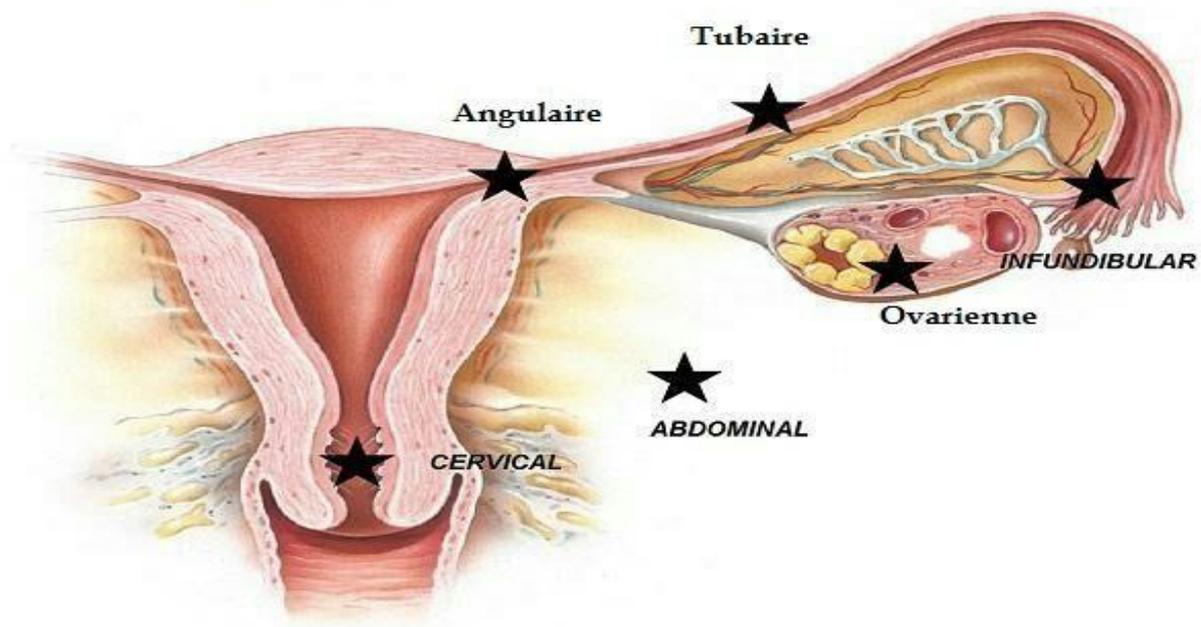


Figure 1 : Localisation des grossesses ectopiques : [4]

3.8 Diagnostic :

3.8.1 Symptomatologie clinique :

Les signes cliniques sont trompeurs ; la symptomatologie classique ne s'observe que dans les formes déjà évoluées[23]. 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[41].

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 [23].

Dans 95%, l'ubiquité du tableau clinique impose la réalisation d'examens complémentaires[3] .

3.9 Etude clinique de la GEU :[5]

3.9.1 Type de description : " Forme clinique typique de GEU au début"

3.9.1.1 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.

3.9.1.2 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.

3.9.1.3 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 molle mais fait essentiel, douloureuse.

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

3.9.1.4 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 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 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.

3.9.2 Formes cliniques :

3.9.2.1 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.

3.9.2.2 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.

3.9.2.3 Formes selon le tableau clinique :

➤ GEU fissurée :

Le tableau clinique est marqué par des douleurs pelviennes avec lipothymies et scapalgies 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 intrapéritonéale 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.

➤ **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.

3.9.3 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.

3.9.4 Traitement :

3.9.4.1 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.

3.9.4.2 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 Coelioscopie 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 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.

3.9.4.3 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, 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.

Tableau I: Score de Fernandez pour le traitement médical de la GEU [7].

	1	2	3
Semaine d'aménorrhée SA	>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

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 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 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 antiprogéstérone 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.

3.9.5 Pronostic :

Le pronostic des femmes opérées de GEU est sombre : 30% resteront stériles, 70% auront 1 ou plusieurs enfants, 15-30% feront une 2^{ème} GEU[3]

METHODOLOGIE

4 METHODOLOGIE :

4.1 Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans l'unité de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de Bougouni.

4.1.1 Description du cadre d'étude

Le service de gynéco-obstétrique comporte:

Six salles d'hospitalisation avec quinze lits.

Une salle d'accouchement avec deux salles

Une salle de suite de couche

Une salle de salle de travail avec réanimation du nouveau-né

Une salle de grossesses pathologiques

Une salle des pathologies gynécologiques

Une salle de soins après avortement

Une salle de soins mère-kangourou

Le personnel se compose de:

-Trois médecins dont deux spécialistes en gynéco-obstétrique et un généraliste

- Des étudiants en année de thèse de nombre variable ;

-Neuf sages-femmes

-Cinq infirmières obstétriciennes

-Deux matrones

-et un manœuvre

Les principales activités de l'unité sont: CPN, PTME/VIH, PF, le suivi des malades hospitalisées, les accouchements.

Fonctionnement:

L'unité dispose de deux salles d'accouchement comportant chacune une table d'accouchement, qui fonctionne vingt-quatre heures sur vingt-quatre, deux blocs opératoires à la disposition de l'unité de gynéco-obstétrique et de l'unité de chirurgie pour les urgences chirurgicales, gynécologiques et obstétricales qui fonctionnent également vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

L'équipe de garde est composée de médecins, d'étudiants en année de thèse, de sages-femmes, d'infirmières obstétriciennes, d'anesthésistes réanimateurs, de matrones, de manoeuvres, d'un chauffeur d'ambulance.

Régulièrement un staff se tient chaque matin du lundi au vendredi excepté le jeudi. Le staff est dirigé tous les jours par le médecin chef et les autres médecins. Le jeudi est consacré pour la grande visite des malades hospitalisés.

Une fois par semaine (jeudi à 11 heures) un exposé est organisé pour discuter de la prise en charge de certaines pathologies fréquemment rencontrées dans le service.

4.1.2 Aperçu Historique :

Etymologiquement, Bougouni signifie: « petite hutte ». Cette appellation est héritée d'une hutte qui servait de lazaret lors des épidémies de variole, dont fut victime la famille de l'ancêtre des peulhs Diakité de la localité, feu Médian Diakité; qui s'était installé auprès des premiers occupants qui étaient les Coulibaly. Le site du lazaret s'étant révélé propice aux activités pastorales et de chasse, la famille Diakité s'installa définitivement au Lazaret et prospéra tout en entretenant des rapports avec les voisins, notamment les liens de mariage. Les différents contacts entre les Diakité et leurs voisins d'une part et d'autre part avec les caravaniers de la route du cola (vers le sud de la RCI) et du sel (vers le nord), se faisant sous le vocable « à la petite hutte, Bougouni ».

A la longue, Bougouni donna naissance à un village qui conserva le nom de Bougouni. Sous l'occupation coloniale et en raison de sa position stratégique entre les troupes de Samory Touré, celles de Babemba Traoré du Kéné Dougou au sud et le front de pénétration française du nord, le village bénéficia du statut de chef lieu de cercle en 1893.

Il devient la capitale du canton « Bani Monotiè », littéralement entre le Bani (Affluent du fleuve Niger) et le Mono (Marigot), sous le mandat des peulhs Diakité, à travers le chef de canton Sakoro Méry DIAKITE.

4.1.3 Présentation :

4.1.3.1 Géographie :

Situé entre le «Bani» et le «Mono» Bougouni est un véritable carrefour.

La route nationale N°7 traverse la ville et rejoint de part et d'autre Bamako à 160 km et Sikasso à 210 km.

Il est limité:

- Au Nord par les cercles de Kati et Dioila, (région de Koulikoro)
- Au Sud par la république de Côte d'Ivoire
- Au Sud-Est par les cercles de Kolondiéba et Sikasso
- A l'Ouest par le cercle de Yanfolila

La ville est située dans un bas-fond et a une superficie de 20028 km².

Configuration du CSRéf:

Situé au centre de la ville de Bougouni au bord droit de la route bitumée allant du quartier de Massablacoura à la préfecture.

Le personnel du centre de santé de référence:

Sept (07) Médecins spécialistes : un en chirurgie, deux en gynéco-obstétrique ; un en santé communautaire ; un en pédiatrie ; un en odontostomatologie, et un en ophtalmologie

1 Médecin santé publique ;

1 Pharmacien ;

8 Médecins généralistes repartis entre les unités ;

2 Assistant Médical en Santé publique ;

1 Assistant Médical en Santé Mentale ;

1 Assistant Médical en bloc opératoire ;

1 Assistant Médical en Anesthésie Réanimation ;

1 Assistant Médical en Ophtalmologie ;

1 Assistant médical en ORL

1 Assistant médical en radiologie

2 techniciens supérieurs de santé en laboratoire

3 Technicien de Santé en Laboratoire

2 Technicien Supérieur de Santé en Hygiène Assainissement ;

9 Sages-femmes ;

5 Infirmières Obstétricienne ;

12 Techniciens de Santé en Santé Publique ;

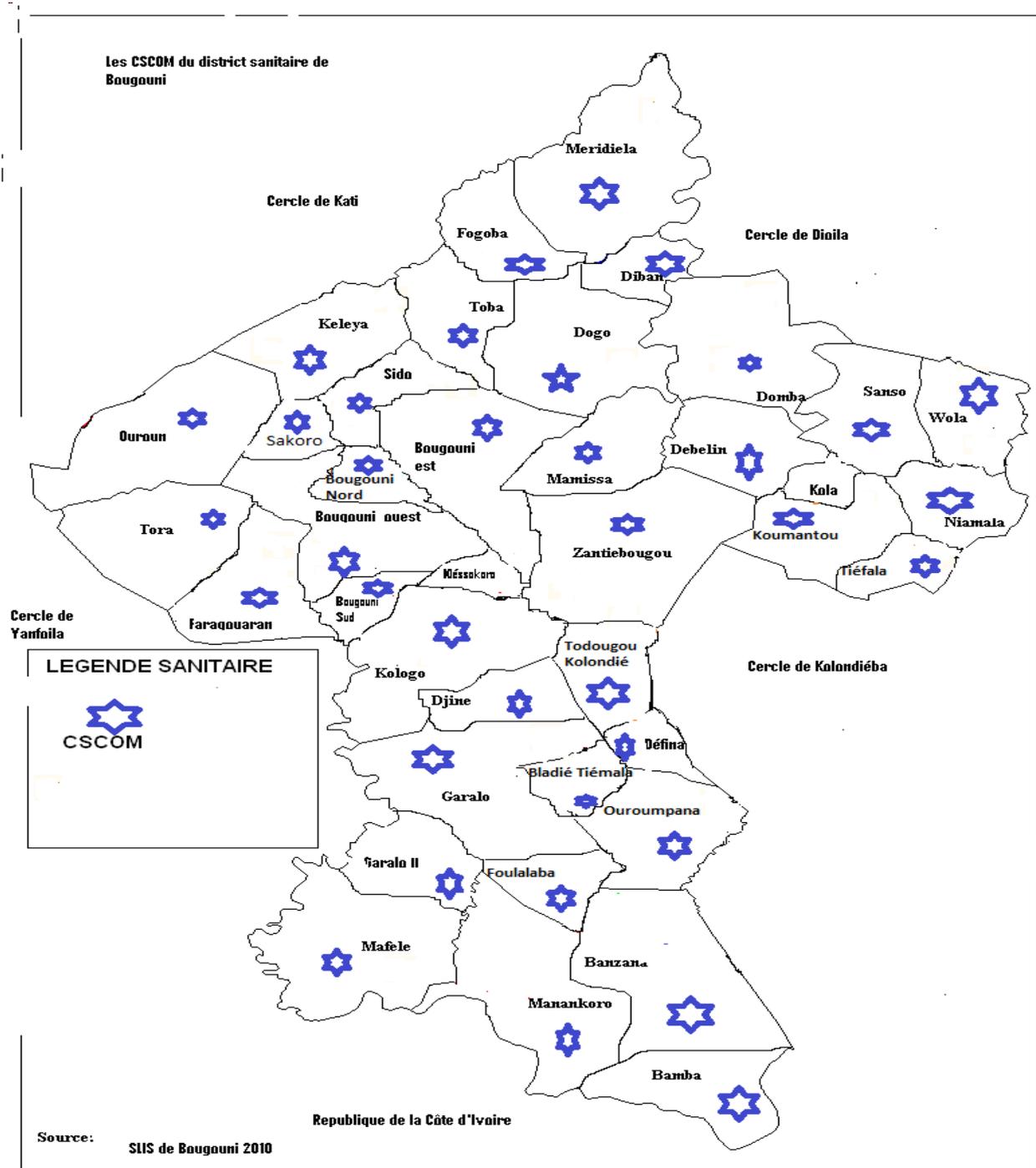
2 Matrones ;

6 Chauffeurs ;

4 Comptables ;

1 Secrétaire ;

4 Techniciens de surface



Description du district sanitaire de Bougouni

4.2 Période d'étude :

L'étude s'est déroulée du 1^{er} Septembre 2016 au 30 Août 2018 soit deux (2) ans.

4.3 Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale avec collecte prospective des données.

4.4 La population d'étude :

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

4.5 Echantillonnage :

4.5.1 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.

4.5.2 Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluse 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 ;

4.6 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

4.7 Les variables:

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

Tableau II: les variables

Variable	Type	Echelle de mesure	Technique de collecte
Age	Quantitative discontinue	Année à partir du dernier anniversaire	Lecture
Statut matrimonial	Qualitative nominative	1=mariée 2=célibataire 3=divorcée 4=veuve	
Niveau d'instruction	Qualitative ordinale	1= non scolarisé 2= primaire 3=secondaire 4=supérieur	
Résidence	Qualitative nominative	Exemple= Manankoro	
Profession	Qualitative nominative	1= ménagère 2=élève 3= étudiante 4= enseignante	Lecture
Provenance	Qualitative nominative	1= CSCom de la ville 2= CSCom hors de la ville 3= structure privée 4= venue d'elle même	Lecture
La distance de la résidence	Quantitative continue	En km	Lecture
Moyen de déplacement	Qualitative nominative	1= ambulance 2= moto 3= taxi 4= véhicule personnel	
Antécédents	logique	Existence ou absence d'évènements spécifiques dans le passé	Lecture
Traitement	Qualitative nominative	1= chirurgical 2= médical	Lecture
Pronostic	Qualitative Nominale	1= favorable 2= non favorable	Lecture

4.8 Analyse des données :

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées par le logiciel SPSS version 23. Les graphiques ont été réalisés sur Excel office 2007 et le traitement de texte dans Word office 2007.

Les tests statistiques utilisés ont été le test de Khi^2 pour étudier les associations entre variables qualitatives l'Odds ratio pour la quantification du risque et son intervalle de confiance. Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

4.9 Définitions opératoires :

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

- **Salpingite:** C'est une 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 :** C'est une intervention chirurgicale qui consiste à l'exérèse de la trompe avec ou sans résection cunéiforme de la corne.
- **Salpingectomie partielle:** C'est une intervention chirurgicale qui consiste à l'exérèse d'une portion de la trompe.
- **Hydrosalpinx :** C'est un épanchement liquidien dans la trompe.
- **Gestité:** c'est le nombre de grossesse.
- **Primigeste :** Il s'agit des femmes qui sont à leur première grossesse
- **Pauci geste :** Il s'agit des femmes qui ont fait deux à trois grossesses ;
- **Multi geste :** Il s'agit des femmes qui ont fait quatre à cinq grossesses ;
- **Grande multi geste :** les femmes qui ont fait six grossesses ou plus.
- **Parité :** c'est le nombre d'accouchement chez une femme.

- **Nullipare** : Il s'agit des femmes n'ayant pas fait d'accouchement,
- **Primipare** : Les femmes qui sont à leur premier accouchement
- **Pauci pare** : Il s'agit des femmes ayant fait deux à trois accouchements ;
- **Multipare** : Les femmes ayant fait quatre à cinq accouchements ;
- **Grande multipare**: Les femmes ayant fait six accouchements ou plus.

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.

RESULTATS

5 RESULTATS

5.1 Fréquence de la grossesse extra-utérine dans le service :

Durant la période d'étude, nous avons recensé dans le service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de Bougouni 54 cas de grossesses extra-utérines pour 5200 accouchements soit une fréquence **1.03%**.

5.2 Profil épidémiologique

5.2.1 Age

Tableau III: Répartition des patientes selon les tranches d'âge (en année).

Age (en année)	Effectifs	Pourcentage
≤19 ans	15	27,8
20-30 ans	27	50,0
31-40 ans	9	16,7
plus de 40 ans	3	5,5
Total	54	100

La tranche d'âge la plus touchée était comprise entre 20-30 ans soit 50% avec une moyenne d'âge de 25 ans et des extrêmes de 16-42 ans.

5.2.2 Ethnie

Tableau IV : Répartition des patientes selon l'ethnie

Ethnie	Effectifs	Pourcentage
Bambara	37	68,5
Malinké	1	1,9
Peulh	14	25,9
Autres	2	3,7
Total	54	100

L'ethnie bambara représentait plus de la moitié de nos patientes soit 68,5%.

5.2.3 Profession

Tableau V : Répartition des patientes selon la profession.

Profession	Effectifs	Pourcentage
Elève	6	11,1
Enseignante	2	3,7
Etudiante	3	5,6
Femmes au foyer	43	79,6
Total	54	100

Plus de 3/4 des patientes étaient des femmes au foyer soit 79,6%.

5.2.4 Niveau d'instruction

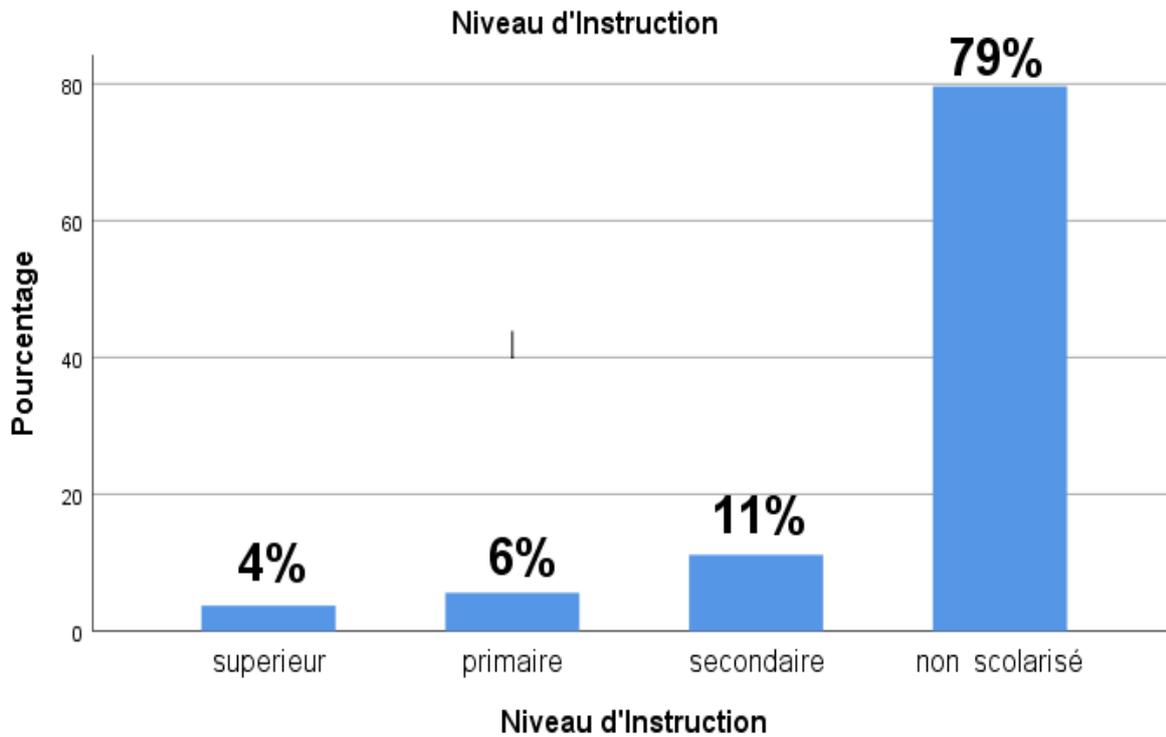


Figure 2 : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction
Les non scolarisés ont été les plus représentées avec 79%.

5.2.5 Statut matrimonial

Tableau VI: Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut Matrimonial	Effectifs	Pourcentage
Célibataire	9	16,7
Mariée	45	83,3
Total	54	100

Les femmes mariées étaient majoritaires avec 83,3%.

5.2.6 Provenance

Tableau VII: Répartition des patientes selon leur provenance

Provenance	Effectifs	Pourcentage
CSCCom de la ville de Bougouni	7	13,0
CSCCom hors de la ville	32	59,3
Structures Privées	9	16,6
Venue d'elle-même	6	11,1
Total	54	100

Les patientes provenaient des CSCCom hors de la ville de Bougouni dans 59,3% des cas.

5.2.7 La distance de la résidence

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la distance séparant l'établissement référence-CSRéf.

Distance	Effectifs	Pourcentage
0-30 km	27	50,0
31-60 km	14	24,1
61-90 km	2	3,7
91-120 km	2	3,7
121-150 km	9	18,5
Total	54	100

La distance comprise 0-30 km à représenté la moitié des effectifs soit 50%, avec une moyenne de 15 km.

5.2.8 Les types de GEU selon la distance

Tableau IX: Répartition des patientes selon la distance parcourue et le type de GEU

Distance	Type de GEU		Total(%)
	Non Rompue	Rompue	
≤ 30 km	4(57,1%)	23(48,9%)	27(50%)
≥ 31 km	3(42,9%)	20(51,1%)	27(50%)
Total	7(100%)	43(100%)	54(100%)

Khi2= 0, 83

ddl=4

p> 0, 05

Ce résultat montre que la distance n'influe pas trop sur le type de GEU, mais la probabilité n'est pas significative.

5.2.9 Responsable de l'évacuation

Tableau X: Répartition des patientes selon la qualification de l'agent ayant fait l'évacuation

Qualification agent	Effectifs	Pourcentage
Médecin généraliste	39	72,2
Sage femme	1	1,9
Infirmière obstétricienne	5	9,3
non précisé	9	16,6
Total	54	100

Les médecins généralistes ont évacués près de 3/4 de nos patientes soit 72,2%

5.2.10 Moyen de déplacement

Tableau XI: Répartition des patientes selon le moyen de déplacement

Moyen de déplacement	Effectifs	Pourcentage
Taxi	10	18,5
Moto	7	13,0
Véhicule personnel	10	18,5
Ambulance	27	50,0
Total	54	100

La moitié de nos patientes est venue par ambulance soit 50%.

5.2.11 Mode d'admission

Tableau XII: Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectifs	Pourcentage
Référence/Évacuation	48	88,9
venue d'elle même	6	11,1
Total	54	100

88.9% de nos patientes ont bénéficiée du système de référence/évacuation.

5.2.12 Les types de GEU selon le mode d'admission :

Tableau XIII: Répartition des patientes selon le type de GEU et le mode d'admission.

Mode d'admission	Type de GEU		Total(%)
	Non Rompue	Rompue	
Référence/évacuation	6(85,7%)	42(89,4%)	48(88,9%)
Venue d'elle même	1(14,3%)	5(10,6%)	6(11,1%)
Total	7(100%)	47(100%)	54(100%)

Kih²=0,08

ddl=1

p > 0.05

Malgré le système de référence/évacuation, la GEU rompue reste plus élevée, mais la probabilité n'est pas significative.

5.3 Les Antécédents

5.3.1 Antécédents chirurgicaux

Tableau XIV: Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

ATCD chirurgicaux	Effectifs	Pourcentage
Césarienne	4	7,4
Appendicectomie	2	3,7
Kystectomie	4	7,4
Salpingectomie (GEU)	6	11,1
Néant	38	70,4
Total	54	100

Plus de la moitié de nos patientes était sans antécédent chirurgical. L'antécédent de salpingectomie était présente chez 6 patientes soit 11,1%.

5.3.2 Antécédents médicaux

Tableau XV: Répartition des patientes selon les ATCD médicaux

ATCD médicaux	Effectifs	Pourcentage
HTA	3	5,5
Méconnu	51	94,5
Total	54	100

L'antécédent d'HTA était présente chez 3 patientes soit 5,5%, le reste était méconnu.

5.3.3 Antécédents gynécologiques et obstétricaux

5.3.3.1 Antécédents d'avortements et les infections génitales

Tableau XVI: Répartition des patientes selon les ATCD d'avortements et les infections génitales

ATCD gynécologique	Effectifs	Pourcentage
Avortement	8	14,8
Annexite	4	7,4
IST	5	9,3
Néant	37	68,5
Total	54	100

L'antécédent d'avortement à été retrouvé chez 8 patientes soit 14,8%, et 5 patientes avaient un antécédent d'IST soit 9,3%.

5.3.3.2 Gestité

Tableau XVII: Répartition des patientes selon la Gestité.

Gestité	Effectifs	Pourcentage
Primigeste	15	27,8
Pauci geste	27	50,0
Multigeste	10	18,5
Grande multigeste	2	3,7
Total	54	100

Les pauci gestes représentaient la moitié de nos patientes soit 50%.

5.3.3.3 Parité

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon la Parité

Parité	Effectifs	Pourcentage
Nullipare	14	25,9
Primipare	5	9,3
Paucipare	24	44,4
Multipare	11	20,4
Total	54	100

Les paucipares étaient les plus représentées soit 44,4%.

5.3.3.4 Contraception

Tableau XIX: Répartition des patientes selon le type de contraception utilisée.

Type de contraception	Effectifs	Pourcentage
Pilule oestroprogestative	6	11,1
Dépôt provéra	7	13,0
Néant	41	75,9
Total	54	100

1/5 de nos patientes utilisait des contraceptifs dont 13% type dépôt provéra et 11,1% type oestroprogestative.

5.4 Profil clinique

5.4.1 Motif d'admission

Tableau XX: Répartition des patientes selon le motif d'évacuation

motif d'évacuation	Effectifs	Pourcentage
Douleur abdomino-pelvienne+Aménorrhée	10	18,5
Métrorragie+douleur abdomino-pelvienne	16	29,6
Métrorragie seule	28	51,9
Total	54	100

La métrorragie était le motif d'admission chez plus de 1/2 de nos patientes soit 51,9%.

5.4.2 Durée d'aménorrhée

Tableau XXI: Répartition des patientes selon le terme de la grossesse.

Durée d'aménorrhée	Effectifs	Pourcentage
6-12 SA	12	22,2
13-24 SA	2	3,7
non précisée	40	74,1
Total	54	100

Près de 3/4 de nos patientes n'ont pas pu déterminer le terme de la grossesse soit 74,1%.

5.4.3 Signes généraux

Tableau XXII: Répartition des patientes selon les signes généraux.

signes généraux	Effectifs	Pourcentage
Bon état général	8	14,8
Etat général passable	42	77,8
Etat de choc	4	7,4
Total	54	100

77,8% de nos patientes avaient un état général passable.

5.4.6 Toucher vaginal

Tableau XXV: Répartition des patientes en fonction du résultat du toucher vaginal.

Toucher vaginal	Effectifs	Pourcentage
Douglas bombé et non sensible	5	9,3
Masse latéro-utérine	6	11,1
Douglas bombé+ cri de Douglas	43	79,6
Total	54	100

Le Douglas était bombé et le cri du Douglas était présent Chez 79,6% de nos patientes.

5.5 Examens complémentaires

Tableau XXVI: Répartition des patientes selon les examens complémentaires.

Examens complémentaires	Effectifs	Pourcentage
Test HCG urinaire+échographie pelvienne	49	90,1
Test HCG urinaire seulement	5	9,9
Total	54	100

La totalité de nos patientes ont réalisé le Test β HCG urinaire et 90,1% de nos patientes ont bénéficié une échographie pelvienne.

5.5.1 Le test β HCG

Tableau XXVII: Répartition des patientes selon le résultat du test β HCG urinaire.

Résultat HCG	Effectifs	Pourcentage
Positif	50	92,6
Négatif	4	7,4
Total	54	100

Le test β HCG urinaire était positif chez 92,6% de nos patientes.

5.5.2 Echographie pelvienne

Tableau XXVIII: Répartition des patientes selon les résultats de l'échographie pelvienne

Résultat Echographie	Effectifs	Pourcentage
Image latéro-utérine	13	23,1
Image latéro-utérine+ Hémopéritoine de moyenne abondance	15	27,8
Sac gestationnel extra- utérine+hémopéritoine de grande abondance	21	41,6
Non réalisé	5	7,5
Total	54	100

Le sac gestationnel extra-utérine+hémopéritoine de grande abondance était le résultat de l'échographie pelvienne chez 41,6% de nos patientes.

5.5.3 Taux d'hémoglobine

Tableau XXIX: Répartition des patientes en fonction du taux d'hémoglobine.

Taux d'hémoglobine	Effectifs	Pourcentage
≤ 6	31	57,1
7-9	16	29,4
10-12	7	13,5
Total	54	100

Le taux d'hémoglobine était inférieur ou égal à 6g/dl chez 57,1% de nos patientes, avec une moyenne de 4,1g/dl, des extrêmes de 2,1-12,5g/dl et un écart type égal à 3,08g/dl

5.6 Modalités thérapeutiques

5.6.1 La Transfusion

Tableau XXX: Répartition des patientes selon la transfusion

Transfusion	Effectifs	Pourcentage
Oui	48	88,9
Non	6	11,1
Total	54	100

Plus 3/4 de nos patientes ont été transfusées soit 88,9%.

5.6.4 La localisation de la GEU

Tableau XXXIII: Répartition des patientes selon la localisation de la GEU.

Localisation	Effectifs	Pourcentage
Gauche	18	32,6
Droite	36	67,4
Total	54	100

Plus de la moitié des GEU était localisée à droite, soit 67,4%.

5.6.5 Type de GEU

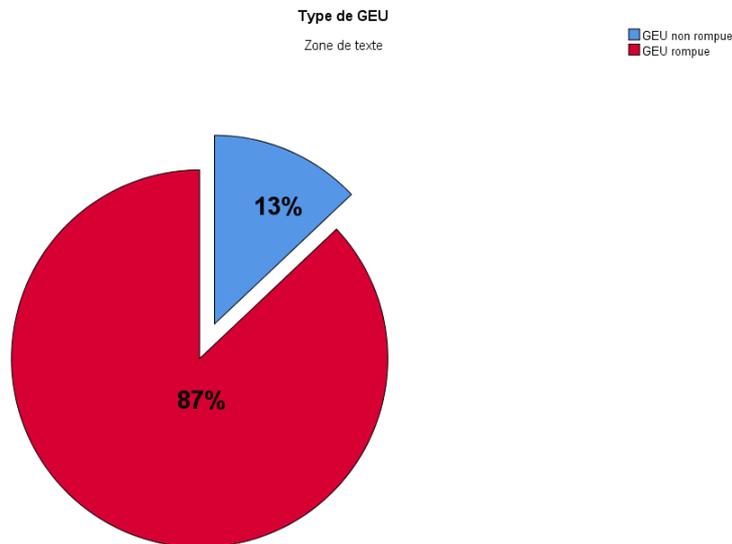


Figure 3: Répartition des patientes selon le type de GEU.

La GEU était rompue chez 87% de nos patientes.

5.6.6 Nature des lésions

Tableau XXXIV: Répartition des patientes selon la nature des lésions.

Nature des lésions	Effectifs	Pourcentage
Rupture de la paroi tubaire	46	85,2
Avortement tubo-abdominal	8	14,8
Total	54	100

La rupture de la paroi tubaire à été observée chez plus de 3/4 de nos patientes, soit 85,2%.

5.6.7 Le geste chirurgical

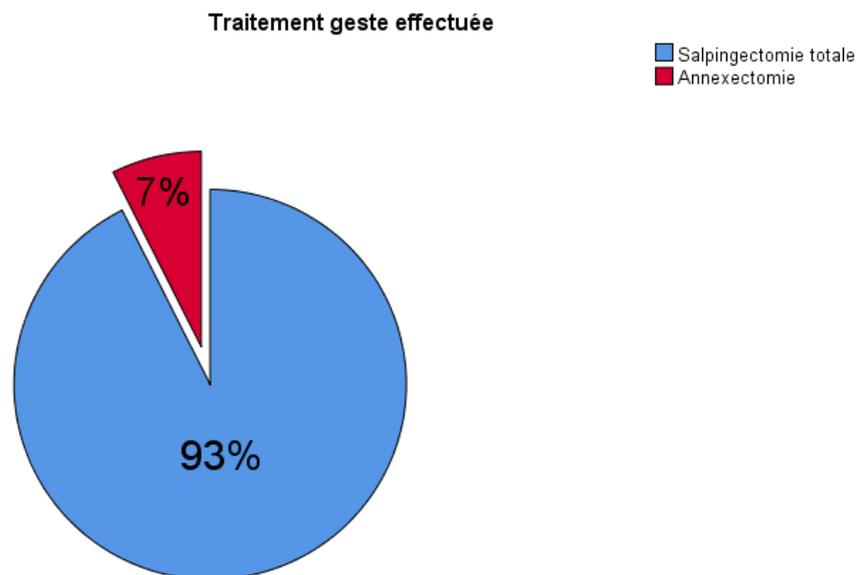


Figure 4: Répartition des patientes selon les gestes effectués.

La salpingectomie à été réalisée chez 93% de nos patientes.

5.6.8 Durée d'hospitalisation

Tableau XXXV: Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation	Effectifs	Pourcentage
< à 3 jours	7	13,4
3- 5 jours	32	59,1
6-8 jours	15	27,5
Total	54	100

La durée moyenne d'hospitalisation était de 4 jours chez plus de la moitié de nos patientes soit 59,1%.

5.6.9 Les types de GEU selon la durée d'hospitalisation

Tableau XXXVI: Répartition des patientes selon le type de GEU et la durée d'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation	Type de GEU		Total(%)
	Non Rompue	Rompue	
≤ 3 jours	7(100%)	0(00%)	7(13%)
≥ 4 jours	0(00%)	47(100%)	47(87%)
Total	7(100%)	47(100%)	54(100%)

Khi2=54 ddl=2 p < 0, 05

La totalité des GEU rompue ont fait au moins 4 jours dans le service.

5.6.10 L'état de la trompe controlatérale

Tableau XXXVII: Répartition des patientes selon l'état de la trompe controlatérale à laparotomie.

Trompe controlatérale	Effectifs	Pourcentage
Bon état	43	81,5
Adhérentielle	2	4,1
Inflammatoire	3	5,2
Absente	6	9,2
Total	48	94

La trompe controlatérale était en bon état chez plus de 3/4 de nos patientes soit 81,5%.

5.6.11 Pronostic vital

Tableau XXXVIII: Répartition des patientes selon le pronostic vital.

Décédée	Effectifs	Pourcentage
Oui	1	1,9
Non	53	98,1
Total	54	100

Nous avons constaté un cas de décès dans notre étude soit 1.9%.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6 COMMENTAIRES ET DISCUSSION

6.1 La Fréquence :

Pendant la période d'étude, nous avons enregistré 54 cas de GEU pour 5200 accouchements soit **1.03%**. 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'djaména sud au Tchad en 2015 [44] et de **KEITA M.A**[10] au CSRéf de la commune CIV en 2006 qui ont trouvé respectivement 7.2%, 2.4%, et 1.4%. Notre taux est supérieur à ceux de **KONARE F.B** [14] dans une étude réalisée en 2018 dans le CSRéf de la commune II du district de Bamako et de **SANOGO B.D** [12] au CSRéf de la commune CVI du district de Bamako en 2012 qui ont respectivement trouvé 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].

6.2 Profil épidémiologique :

6.2.1 Age :

La tranche d'âge la plus touchée était comprise entre 20-30 ans soit 50%, **KONARE F.B** [14] en 2018 au CSRéf de la commune II du district de Bamako à trouvé une tranche d'âge identique.

Contrairement à celui de **SANOGO B.D** [12] lors d'une étude au CSRéf de la commune CVI en 2012 la tranche d'âge la plus représentée était comprise entre 30-40 ans soit 50%.

6.2.2 La profession :

Les femmes aux foyers ont occupé plus de 3/4 dans notre étude avec 79.6%. Ce taux est supérieur à celui de **KONARE F.B** [14] qui à rapporté 68%, ceci

pourrait s'expliquer par la non scolarisation de la plupart des femmes dans notre pays.

6.2.3 Statut matrimonial :

Les femmes mariées ont représenté 83.3% dans notre étude. Ce taux est proche de celui de **KONARE F.B [14]** lors d'une étude en 2018 au CSRéf de la commune II du district de Bamako qui rapportait 92%.

6.2.4 La provenance :

Les patientes sont venues en grande partie des CSCom hors de la ville de Bougouni soit 59.3%.

6.2.5 Mode d'admission :

Dans notre étude, 11.1% des patientes sont venues d'elles-mêmes tandis que 88.9% des patientes ont fait l'objet d'une évacuation.

KONARE F.B [14] en 2018 au CSRéf de la commune II à rapporté que 32% des patientes sont venues d'elles-mêmes tandis que 68% ont été évacuées. Malgré le système de référence/évacuation, la GEU rompue reste plus élevée.

Dans la plupart des pays en voie de développement l'évacuation des patientes pose de véritable problème d'organisation dans sa mise en application. Une situation qui est tributaire de l'état des routes, du parc automobile, et du déficit de ressources humaines dans la majorité de ces pays. L'évacuation obstétricale constitue un facteur de risque péjoratif du pronostic matérno-fœtal[45].

La plupart des patientes évacuée n'avait pas : une bonne voie veineuse ni un groupage rhésus et le taux d'hémoglobine.

6.2.6 Antécédents gynéco-obstétriques :

➤ Avortement :

Nous avons noté un antécédent d'avortement chez 14.8% de nos patientes. Ce taux est supérieur à ceux de **KONARE F.B [14]** lors de son étude au CSRéf de la

commune CII en 2018 et de **DIAARA S [11]** en 2012 au CSRéf de la commune CV qui ont trouvé respectivement 12% et 8.23%.

➤ **Les IST :**

Les IST étaient présentes chez 9.3% dans notre étude.

KONARE F.B [14] au CSRéf de la commune II en 2018 rapporte que 5% des patientes présentaient les IST.

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

KEITA M.A [10] a trouvé un antécédent d'infection génitale dans 55% des cas.

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

➤ **Le traitement d'infertilité:**

Aucune de nos patientes n'avait été traitée pour infertilité.

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]**.

➤ **Contraception :**

Dans notre étude 24.1% des patientes faisaient une contraception.

Ce taux est inférieur à ceux trouvés dans les études réalisées par **KONARE F.B [14]** et **KEITA M.A [10]** qui ont rapporté respectivement que 40% et 35.43% des patientes utilisaient des méthodes de contraception.

➤ **Parité :**

Les paucipares étaient les plus représentées dans notre étude soit 44.4%, ce taux est supérieur à celui de **KONARE F.B [14]** qui a trouvé 33%.

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.

6.2.7 Les antécédents chirurgicaux :

Les antécédents chirurgicaux ont été notés chez 16 de nos patientes, parmi lesquels nous avons noté 4 cas de césarienne soit 7.4%, 2 cas d'appendicectomie soit 3.7%, 4 cas de Kystectomie soit 7.4%.

Nous avons trouvé un taux d'antécédent de GEU chez 11.1% des cas, supérieur à ceux trouvés par **KONARE F.B [14]** et de **GUENDEBA D [15]**

qui ont rapporté respectivement dans leurs séries d'études 5% et 3.6%, mais proche à celui de **BAMBI B [16]** qui a trouvé 12.4%.

6.3 Les manifestations cliniques :

Les douleurs pelviennes et les métrorragies sont signalées chez 81.5% de nos patientes. Lorsque la consultation se fait tardivement, les complications surviennent. Ainsi 87% des GEU étaient rompues avec 88.9% de cas de transfusion sanguine dans notre étude. Lors d'une étude réalisée en 2018 au CSRéf de la commune II du district de Bamako par **KONARE F.B [14]**, 77% des GEU étaient rompues.

DIARRA S [11] en 2012 au CSRéf 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.

6.4 Les examens paracliniques :

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

L'échographie pelvienne a été réalisée chez 90.1% de nos patientes.

Elle a évoqué un sac gestationnel extra utérine + hémopéritoine de grande abondance dans 21 cas soit 41.6%, image latéro-utérine + hémopéritoine de moyenne abondance dans 15 cas soit 27.8%, image latéro-utérine dans 13 cas soit 23.4%.

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

Le test β HCG urinaire à été réalisée chez la totalité de nos patientes et il était positif chez 92.6% de nos patientes, **SANOGO B.D [12]** rapporte que 100% des patientes avaient un test urinaire de grossesse positif.

6.5 Aspects opératoires :

6.5.1 Localisation :

La GEU était tubaire dans 100% des cas, ce taux est supérieur à celui de **KONARE F.B [14]** en 2018 au CSRéf de commune II soit 90%. Dans notre étude la GEU était plus fréquente à droite 67.4% qu'à gauche 32.6%.

DIARRA S [11] en 2012 à trouvé que la localisation était plus fréquente à droite 62.35% qu'à gauche 38.82%.

6.5.2 Siège de la GEU :

Nous avons trouvé dans notre étude que la GEU était ampullaire dans 74.1%, isthmique dans 13.8%, interstitielle dans 7.4%, et pavillonnaire dans 4.7% des cas.

Ce taux est supérieur à celui de **KONARE F.B [14]** et **DEMBELE Y [9]** qui ont rapporté respectivement 59% et 71.8% des GEU ampullaires.

6.6 Traitement :

Le traitement à été chirurgical pour les 54 patientes soit 100% des cas.

La laparotomie demeure le moyen de 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 entrainant le diagnostic de GEU au stade de complication.

Dans notre étude la salpingectomie totale à été effectuées dans 93% des cas.

Ce taux est proche de celui de **KONARE F.B [14]** qui a rapporté 92% dans une étude en 2018 au CSRéf de la commune II du district de Bamako.

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'Annexectomie à été réalisée dans 7% des cas. **KONARE F.B [14]** et **GUENDEBA D [15]** ont rapporté respectivement 5% et 16.9%.

La transfusion à été nécessaire dans 88.9% des cas, toutes les femmes opérées pour GEU rompue ont été transfusées, Parce que le taux d'hémoglobine était inférieur ou égale 6g/dl avec une intolérance à l'anémie et un état de choc hémorragique.

6.7 Pronostic vital:

Nous avons enregistré un cas de décès soit un taux de 1.9% suite à un état de choc hémorragique avec anémie sévère.

KONARE F.B [14] et **GUENDEBA D[15]** n'ont pas enregistré de cas de décès. Par contre **BAMBI B [16]** à enregistré 1.92% de taux de mortalité, et **DEMBELE Y [9]** 0.8%.

Le traitement post opératoires est bien codifié avec la prescription d'antalgique et d'antibiothérapie systématique. Un rendez-vous de suivi post-opératoire était donné 3 semaines après l'intervention.

Les suites opératoires ont été simples chez 98.1% de nos patientes ; la durée moyenne d'hospitalisation à été de 4 jours, elle avait un lien avec le type de GEU.

6.8 Le pronostic obstétrical :

La trompe controlatérale était porteuse d'anomalie (Adhérentielle 4.1%, inflammatoire 5.2%).

En ce qui concerne la fertilité ultérieure, son étude reste difficile car la plupart de nos patientes sont perdues de vue après leur sortie du centre.

Dans la littérature le taux de fertilité après GEU varie entre 20-60% [47].

Six (06) de nos patientes étaient à leurs deuxième salpingectomie ce qui compromet sérieusement leur avenir obstétrical.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

7 CONCLUSION ET RECOMMANDATION

7.1 CONCLUSION :

La GEU constitue un problème de santé publique dans nos pays, liée à une augmentation croissante de sa fréquence et met en jeu le pronostic maternel.

La triade symptomatique classique à savoir (Douleurs abdomino-pelviennes + Aménorrhée + Métrorragies) a constitué le principal tableau clinique.

Le diagnostic presque toujours tardif et 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.

7.2 RECOMMANDATIONS

La prise en charge de cette pathologie passe par les actions suivantes :

-Aux autorités

➤ Équiper les Centres de Santé de référence des moyens d'investigation para clinique opérationnels 24 h/24 pour un diagnostic rapide et précoce (échographie avec sonde endovaginale, dosage des β

HCG plasmatiques)

➤ Équiper les blocs opératoires des centres de santé de référence en matériel de Coeliochirurgie et assurer la formation des médecins à cette pratique.

➤ Mettre en place un service réanimation dans les CSRéf.

➤ Créer une banque de sang à Bougouni.

-Aux personnels socio- sanitaires

- Rechercher systématiquement une GEU chez toute patiente en âge de procréer présentant une douleur pelvienne ou abdomino-pelvienne, un saignement génital, et une aménorrhée.
- Intensifier l'information et la sensibilisation sur les facteurs de risque de la GEU, en direction des femmes en âge de procréer.
- Sensibiliser les sujets cibles sur les signes d'alarme en cas de grossesse : Douleurs pelviennes ou abdomino-pelviennes, saignement, chute syncopale.
- Faire une échographie systématique au premier trimestre de la grossesse pour localiser le siège de la grossesse.

-À la population :

- Consulter précocement en cas de suspicion de grossesse pour déterminer sa localisation.
- Consulter et traiter efficacement les infections sexuellement transmissibles.
- Respecter les conseils donnés par le personnel de santé

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

8 REFERENCES/BIBLIOGRAPHIQUE

1. Kitchin J, Wein R, Nley W, Thiagarajah S, Thornton W. Ectopic pregnancy: current clinical trends. *Obst Gynéco.* 1979;(134, 8):(870-876).
2. Coste J, Bouyer J, Germain E, Ughetto S, Pouly J, Job-spira N. Recent declining trend in ectopic pregnancy in France: evidence of two clinic 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.-méd chir.* 11. 2002;(41-530).
5. Bernard B, Boubli I. Préface de gynécologie. Édition pradel.France, Vol. 2-89(130- 177). Roger Henrion;
6. . Dupuis O, Camagna O, Benifla J, Batallan A, Dhainaut-Renolleau C, Madelona P. Grossesse extra-utérine, *encyl méd chir,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, Glowac Zower E, Fernandez H, et al. incidence of ectopic pregnancy, first results of a population-based register in France. *Hum Reprod* 9. 1994;(5-742).
9. Dembélé Y. Grossesse extra-utérine : Aspects épidémiologique, Clinique, diagnostique, thérapeutique et pronostique de la grossesse extra utérine au CS Réf V. [Thèse Med]. [Bamako]: FMPOS; 2006.06M242, (1-121).
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, (1-98).
11. Diarra S. Aspects épidémiologique, Clinique et pronostic de la GEU au CSRéf de la CV. [Thèse méd]. [Bamako]: FMPOS; 2012. 20M137, (1-100).
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, (1-78).
13. Cissé H. Etude épidémio-clinique des grossesses extra-utérines au CSRéf CIV du District de Bamako: à propos de 175 cas. [Thèse méd]. [Bamako]: FMPOS; 2007. 07M98, (1-102)
14. Konare FB. Grossesse extra-utérine: Aspects Epidémio-Cliniques et Thérapeutiques au CSRéf de la commune II du district de Bamako [Thèse Med]. [Bamako]: FMPOS; 2018. 18M118, (1-102).
15. Guendeba D. La GEU dans le service de Gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré. [Thèse Med]. [Bamako]: FMPOS; 2007. 07M138, (1-101).
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, (1-97)

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 *Acta Obstet Gynécol.* 1980;(59):(425-427).
20. Stangel J, Reyniak J, Stone M. Conservatrice chirurgical management of tubal pregnancy. *Obsté-gynéco,* 1976;(241-244).
21. Judlin P, Leguin T, Zaccabri A, Landes P. Avenir genital apres GEU. A propos d'une serie continue de 330 cas. *J. Gynecol obstet Biol. 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 salpigostomy versus laparoscopic local methotrexate injection in the management of a ruptured ectopic gestation. *Obste Gynecol.* 1996;(2):(175-178).
24. Doyle MB, Decherney AH, Diamond MP. Epidemiology and etiology of ectopic pregnancy. *Obst Gynecol.* 1991;18:(1-17).
25. Berger MJ, Taymor ML. Simultaneous intra-utérine and tubal Pregnancies following ovulation induction. *Obste Gynéco.* 1972;(113, 6):(812 – 813).
26. Hernandez AG, ET COLL. Endometriosis, y embarazo ectopico. *Madr Obste-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. Salpingitis isthmica nodosa : 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. *Gynécol Obstet Biol Reprod.* 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, (1-105).
31. Hallat JG. Repeat ectopic pregnancy: a study of 123 consecutive cases. *Obst Gynecol.* 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 humain pituitary and chorionic gonadotrophin. *Obst Gynecol* 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 . *Gynécol Obstet Biol Réprod.* 1985;(17):(325-332).
35. Wahlen T. Pregnancy in communicating rudimentary horn. *Obstet Gynécol.* 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. *Gynécol Obstet Biol Reprod* 9. 1980;(9):(713-719).
37. Coste J, Job Spina N. Les aspects épidémiologiques des Grossesses Extra-utérines. *Gynécol Obstétri Biol Reprod* 17. 1988;(17):(916-1001).

38. Gruber K, Gelven PL, Austin RM. Chorionic villi or trophoblastic tissue in uterine samples of four women with ectopic Pregnancies. *International Journal Gynaecol Pathol* 161. janv 1997;(16,1):(28-32).
39. Larue S, Saurel S, Gonnet JM, Brunt G. A propos d'une rupture de grossesse ectopique après ligature tubaire bilatérale. *Revue Franc Gyneco.* 1978;(73, 6):(483-485).
40. Morris JM, Van Wagenen G. Interception: the use of post ovulatory oestrogen to prevent implantation. *Obstet Gynecol.* 1973;101, 115.
41. Lipscomb GH, Bran D, McCord ML, Portera JC, Ling FW. Analysis of three hundred fifteen ectopic pregnancies treated with single-dose methotrexate. *Obstet Gynecol* 178. 1998;(48-135).
42. Rothe DJ, Birnbaum SJ. Cervical pregnancy: diagnostic and management. *Obst Gyneco* 42. 1973;675.
43. 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).
44. 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):(111-116).
45. Kante B. Etude de la Mortalité Maternelle au CSRéf de Bougouni [Thèse Med]. [Bougouni]: FMPOS; 2016.16M138, (1-98).
46. Meye 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).

47. Gervaise A. Conduite à tenir en cas de prise en charge non chirurgicale d'une grossesse extra-utérine. *Gyneco Obste Biol Reprod.* 2003;74(1):(32-64).

ANNEXES

9 ANNEXES

Fiche d'Enquête N°.....

Identité de la Patiente

1. Nom : Prénoms :
2. Age :
3. Provenance :
4. Adresse:
5. Profession :
6. Ethnie.....

Etat civil

7. Célibataire: /___/
8. Mariée : /___/
9. Divorcée : /___/
10. Veuve : /___/

Les antécédents médicaux

11. Tuberculose : /___/
12. Bilharziose : /___/
13. Autres : /___/

Antécédents chirurgicaux

14. Appendicectomie /___/ 15. Péritonite /___/ 16. Coelioscopie /___/
17. Chirurgie des voies urinaires /___/ 18. Laparotomie pour GEU /___/
19. Césarienne /___/ 20. Plastie tubaire /___/ 21. Intervention sur les ovaires /___/
22. Autres /___/

Antécédents gynécologiques

23. Ménarche :
24. Ménopause :
25. Cycle :
26. Dyspareunie :
27. Prurit :
28. Dysménorrhée :
29. Durée des règles :
30. DDR :

31. Dysurie :.....

32. Leucorrhées :.....

Contraception

33. Dispositif intra-utérin : /___/ (oui=1, non=2)

34. Contraception hormonale :

Type :

- Pilule : /___/

- Injection : /___/

- Implant : /___/

35. Stérilisation tubaire : /___/ 36. Autres : /___/

Les antécédents obstétricaux

37. Gestité : /___/ 38. Parité : /___/ 39. Vivant : /___/

40. Avortement spontané : /___/ 41. IVG : /___/ 42. DCD : /___/

Méthodes Diagnostiques

Interrogatoire :

43. Perturbation du cycle : /___/ (1 : oui, 2 : non)

44. Notion d'aménorrhée récente : /___/ (1 : oui, 2 : non)

45. Durée d'aménorrhée : /___/

46. Douleur Pelvienne spontanée : /___/ (1 : oui, 2 : non)

47. Métrorragie : /___/ (1 : oui, 2 : non)

48. Lipothymie ou Malaise : /___/ (1 : oui, 2 : non)

49. Syncope : /___/ (1 : oui, 2 : non)

50. Episode de douleur de l'hypochondre droit : /___/ (1 : oui, 2 : non)

51. Autres :

Signes Sympathiques de la grossesse :

52. Nausées : /___/ (1 : oui, 2 : non)

53 Vomissement : /___/ (1 : oui, 2 : non)

54 Tension mammaire : /_____/ (1 : oui, 2 : non)

55. Météorisme abdominal : /_____/ (1 : oui, 2 : non)

Signes généraux

56. Tension artérielle :.....

57. Pouls :.....

58. Température.....

59. Etat de choc : /_____/ (1 : oui, 2 : non)

Examen physique

Inspection

60. Etat Général : /_____/ (1 : bon, 2 : altéré)

61. Pâleur : /_____/ (1 : oui, 2 : non)

62. Etat de conscience : /_____/ (1 : bon, 2 : altéré)

63. Abdomen respire : /_____/ (1 : oui, 2 : non)

64. Métrorragie : /_____/ (1 : oui, 2 : non)

Palpation :

65. Douleur Pelvienne spontanée ou Provoquée en Fosse iliaque :/_____/ (1 : oui, 2 : non)

66. Abdomen fluctuant : /_____/ (1 : oui, 2 : non)

67. Cri de l'ombilic : /_____/ (1 : oui, 2 : non)

Percussion abdominale :

68. Matité déclive dans les flancs : /_____/ (1 : oui, 2 : non)

Examen au spéculum : confirme :

67. La Métrorragie : /_____/ (1 : oui, 2 : non)

68. Col fermé : /_____/ (1 : oui, 2 : non)

Toucher vaginal

69. Utérus de taille normale : /_____/ (1 : oui, 2 : non)

70. Masse annexielle sensible : /_____/ (1 : oui, 2 : non)

71. Douleur du Cul-de-Sac : /_____/ (1 : oui, 2 : non)

72. Cri du Douglas : /_____/ (1 : oui, 2 : non)

Les Examens Paracliniques

73. Test de grossesse : /_____/ (1 : oui, 2 : non)

Résultat : /_____/ (1 positif, 2 négatif)

74. Ponction du Douglas : /_____/ (1 : oui, 2 : non)

Résultat : /_____/ (1 positif, 2 négatif)

75. Ponction Trans-pariétale : /_____/ (1 : oui, 2 : non)

Résultat : /_____/ (1 positif, 2 négatif)

76. Echographie Pelvienne :

Résultat 1 : sac ovulaire : /_____/ (1 : oui, 2 : non)

Résultat 2 : Image latéro-utérine : /_____/ (1 : oui, 2 : non)

Résultat 3 : Absence d'image suspecte : /_____/ (1 : oui, 2 : non)

Résultat 4 : Présence d'épanchement dans le Douglas : /_____/ (1 : oui, 2 : non)

77. Coelioscopie : /_____/ (1 : oui, 2 : non)

Résultat : /_____/ (1 positif, 2 négatif)

Traitement de la grossesse extra-utérine

Chirurgie radicale :

78. Annexectomie /_____/ 79. Salpingectomie totale /_____/

Chirurgie conservatrice

80. Conservation tubaire Totale

- Expression tubo-Abdominale : /_____/

- Salpingotomie (césarienne tubaire) : /_____/

81. Conservation tubaire partielle

- Salpingectomie partielle /_____/

Traitement médical :

Drogues : médicaments : Méthotrexate /_____/ (1 : oui, 2 : non)

Evolution et suites opératoires

92. Durée d'hospitalisation : /_____/

93. Etat à la sortie :

94. Décédée : /_____/ (1 : oui, 2 : non)

Circonstances :

95. Pronostic :

96. Autres :

97. Anapath :(1) oui (2) non

98. Résultats :(1) Normal (2) grossesse molaire (3) autres

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM: BAMBA

PRÉNOM : Kéba

TITRE: Grossesse extra-utérine : Aspects Epidémio-cliniques, Thérapeutiques, et Pronostics au Centre de Santé de Référence de Bougouni.

ANNEE UNIVERSITAIRE: 2018-2019

VILLE DE SOUTENANCE: BAMAKO

PAYS D'ORIGINE: MALI

LIEU DE DÉPÔT: Bibliothèque de la FMPOS

SECTEURS D'INTÉRÊT: gynécologie et obstétrique.

RÉSUMÉ:

Nous avons initié cette étude pour faire le point sur la GEU à l'unité de Gynécologie et Obstétrique du Centre de Santé de Référence de Bougouni. Aucune étude n'a été menée sur le sujet dans le dit centre.

L'objectif de notre étude était d'étudier la GEU au centre de santé de référence de Bougouni.

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale avec collecte prospective des données qui s'est déroulée au CSRéf de Bougouni de septembre 2016 à septembre 2018 soit une durée de 2 ans.

A l'issue de notre étude nous avons recensé 54 GEU sur 6424 grossesses soit une fréquence de 0.8%.

La grande majorité de nos patientes a été reçue en urgence après la rupture de GEU (87%).

La GEU a touché de façon prédominante les femmes âgées de 20- 30 ans (50%). Toutes les parités étaient concernées avec une prédominance chez pauci pares (44%) et les nullipares (26%).

57% de nos patientes avaient un taux d'hémoglobine inférieur ou égale à 6g/dl.

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

L'ensemble de nos patientes ont bénéficié d'une laparotomie et la salpingectomie a été la technique chirurgicale la plus pratiquées soit 93% des cas.

Nous avons enregistré un (1) cas de décès maternel.

La fréquence de la GEU pourrait être réduite considérablement par les efforts conjugués des populations par prise de conscience au niveau communautaire, des prestataires de services de santé et des pouvoirs publics, ainsi que l'amélioration du statut de la femme.

Mots clés : GEU, pronostic matérno-fœtal, épidémiologie-clinique-thérapeutique, CSRéf de Bougouni, 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!