

Etude, clinique, thérapeutique et anatomopathologique de la GEU au CS Réf CVI du district de Bamako.

Ministère de l'éducation national de
l'enseignement supérieur et de la recherche
scientifique

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But- Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO
(FMOS)

THESE

ETUDE CLINIQUE, THERAPEUTIQUE ET ANATOMO-
PATHOLOGIQUE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE VI
DU DISTRICT DE BAMAKO

Présentée et soutenue publiquement le 02/03/ 2020 devant la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie par

M. SOUMAORO Seydou

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (**DIPLÔME D'ETAT**)

MEMBRES DU JURY

Président : Pr Bakarou KAMATE
Membre : Dr Bourama COULIBALY
Co-directeur : Dr Mamadou KEITA
Directeur : Pr Cheick Bougadari TRAORE

DEDICACES

Je dédie cette thèse :

A mon très cher père: M. Djakaria SOUMAORO

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices consentis pour mon instruction et mon bien être. Tu as été pour moi durant toute ma vie le père exemplaire, l'ami et le conseiller.

Tes prières ont été pour moi d'un grand soutien au cours de ce long parcours. J'espère réaliser ce jour un de tes rêves et être digne de ton nom, ton éducation, ta confiance et des hautes valeurs que tu m'as inculqué.

Que Dieu, tout puissant, te garde, te procure santé, bonheur et longue vie pour que tu demeures le flambeau illuminant mon chemin.

A ma très adorable mère: Mme SOUMAORO Mariam DOUMBIA

Je ne trouve pas les mots pour traduire tout ce que je ressens envers une mère exceptionnelle dont j'ai la fierté d'être le fils.

Tu as toujours été mon exemple car tout au long de votre vie, je n'ai vu que droiture, humanisme, sérieux et bonté. Tu m'as toujours donné de ton temps, de ton énergie, de la liberté, de ton cœur et de ton amour. En ce jour j'espère réaliser chère mère et douce créature un de tes rêves, sachant que tout ce que je pourrais faire ou dire ne pourrait égaler ce que tu m'as donné et fait pour moi.

Puisse Dieu, tout puissant, te préserver du mal, te combler de santé, de bonheur et te procurer longue vie afin que je puisse te combler à mon tour.

A mes chers frères :

Je ne peux exprimer à travers ces lignes tous mes sentiments d'amour envers vous.

Vous n'avez pas cessé de me soutenir et m'encourager durant toutes mes années d'étude. Vous avez toujours été présents à mes côtés pour me consoler quand il fallait.

Puissent l'amour et la fraternité nous unir à jamais.

Je vous souhaite la réussite dans votre vie, avec tout le bonheur qu'il faut pour vous combler.

A mes chères sœurs :

L'affection et l'amour fraternel que vous me portez m'ont soutenu durant mon parcours.

Je dédie ce travail en témoignage de l'amour que j'ai pour vous et que je suis parvenu à vous rendre fier de votre frère.

Puisse dieu vous préserver et vous procurer bonheur et réussite, et vous aider à réaliser vos rêves.

A mes chers cousins et cousines:

Vous êtes pour moi des frères et sœurs et des amis.

L'amour et la gentillesse dont vous m'avez entouré m'ont permis de surmonter les moments difficiles. Merci pour vos soutiens.

Que dieu vous aide à atteindre vos rêves et de réussir dans votre vie.

A mes Tantes et Oncles:

L'affection et l'amour que je vous porte, sont sans limite.

Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour et le respect que j'ai pour vous.

Puisse dieu vous préserver et vous procurer tout le bonheur et la prospérité.

A toute la famille SOUMAORO:

Vous m'avez soutenu et comblé tout au long de mon parcours.

Que ce travail soit le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux.

Puisse dieu vous procurer bonheur et prospérité.

A mes très chers amis:

Vous êtes pour moi plus que des amis ! Je ne saurais trouver une expression témoignant de ma reconnaissance et des sentiments de fraternité que je vous porte.

Je vous dédie ce travail en témoignage de ma grande affection et en souvenir agréables des moments passés ensemble. Vous êtes les meilleurs.

A mes amis(es) et collègues:

A tous les moments qu'on a passé ensemble, à tous nos souvenirs !

Je vous souhaite à tous longue vie pleine de bonheur et de prospérité. Je vous dédie ce travail en témoignage de ma reconnaissance et de mon respect.

Merci pour tous les moments formidables qu'on a partagé.

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury.

Professeur Bakarou KAMATE

- **Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T.B).**
- **Chercheur et Praticien hospitalier au CHU-Point G.**
- **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin et du registre national des cancers au Mali.**
- **Secrétaire Général de la Division d'Afrique Francophone de l'Académie Internationale de Pathologie (AIP/DAF).**
- **Secrétaire Général de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) du CHU du Point G.**
- **Secrétaire Général de la Société Malienne de Pathologie (SMP).**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse.

En cet enseignant rigoureux, amoureux du travail bien fait, nous avons pu apprécier vos qualités humaines et professionnelles ainsi que votre modestie qui restent exemplaires.

Recevez ici cher maître le témoignage de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Membre du jury

Docteur Bourama COULIBALY

- **Maître-assistant en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la FMOS.**
- **Praticien Hospitalier au CHU du Point G.**
- **Ancien Interne des Hôpitaux de Bamako et de Kati.**
- **Collaborateur du registre national des cancers au Mali.**
- **Secrétaire Général adjoint de la Société Malienne de pathologie.**

Cher maître,

Ce travail est le fruit de vos efforts. Votre discipline, votre franchise, votre bonté, votre rigueur et votre amour pour le travail bien fait font de vous un exemple pour nous les apprenants.

Cher maître c'est l'occasion pour nous de vous remercier pour vos soutiens et vos encouragements tout au long de notre séjour au service.

Recevez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Codirecteur de Thèse

Docteur Mamadou KEITA

- **Gynécologue-Obstétricien au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako (CSRéf C VI).**
- **Praticien au CSRéf CVI.**
- **Chef de service adjoint de Gynécologie-Obstétrique au CSRéf CVI.**

Cher Maître,

Nous vous remercions d'avoir accepté de codiriger ce travail malgré vos multitudes occupations.

Cher maître votre compétence professionnelle, votre rigueur scientifique, votre amour du travail bien fait, et vos multiples qualités humaines et sociales font de vous un exemple à suivre.

Recevez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Directeur de Thèse

Professeur Cheick Bougadari TRAORE

- **Professeur Titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences, des Techniques et Technologies de Bamako (U.S.T.T.B).**
- **Chef du Département d'Enseignement et de Recherche (DER) des Sciences Fondamentales à la F.M.O.S de l'U.S.T.T.B.**
- **Chef de service du laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU Point G.**
- **Président de la Société Malienne de Pathologie (SMP).**
- **Chercheur et praticien hospitalier au CHU Point G.**
- **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin et du registre national des cancers au Mali.**

Cher maître,

C'est un immense honneur et un privilège que vous nous faites en acceptant de diriger cette thèse malgré vos multiples et importantes occupations.

Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre humanisme et votre modestie font de vous un maître respecté et admiré de tous.

Vos remarquables suggestions et la qualité de votre enseignement ont contribué à l'amélioration de ce travail.

Qu'Allah le tout puissant puisse vous garder longtemps en Bonne Santé.

SOMMAIRE

SOMMAIRE :

Définitions Opérationnelles.....	XV
Abréviations.....	XVI
I-Introduction.....	2
II-Objectifs.....	5
III-Généralités :.....	7
IV- Matériel et Méthodes :.....	34
V- Résultats :.....	38
VI- Commentaires et Discussion :.....	57
VII-Conclusion :.....	63
IX-Référence :.....	67
Annexes :.....	71
Fiche d'enquête.....	71
Fiche Signalétique.....	76
Résumé :.....	76
SERMENT D'HIPPOCRATE :.....	78

TABLES DES ILLUSTRATIONS :

Liste des Tableaux :

Tableau I : Score de Fernandez pour le traitement médical de la GEU.....	30
Tableau II : Répartition des patientes selon la profession.....	39
Tableau III : Répartition des patientes selon l'ethnie.....	40
Tableau IV : Répartition des patientes selon la résidence.....	40
Tableau V : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.....	41
Tableau VI : Répartition des patientes selon le niveau d'étude.....	41
Tableau VII : Répartition des patientes selon les antécédents de chirurgie pelvienne.....	43
Tableau VIII : Répartition des patientes selon la gestité.....	43
Tableau IX : Répartition des patientes selon la parité.....	44
Tableau X : Répartition des patientes selon les antécédents d'avortement.....	44
Tableau XI : Répartition des malades selon le siège de la GEU.....	45
Tableau XII : Répartition selon les signes cliniques.....	46
Tableau XIII : Répartition des patientes selon le résultat échographique.....	47
Tableau XIV : : Répartition des patientes selon le traitement médical.....	48
Tableau XV : : Répartition des patientes selon les techniques chirurgicales.....	49
Tableau XVI : Répartition selon les résultats histologiques.....	50
Tableau XVII : Répartition selon la présence de villosités choriales.....	50
Tableau XVIII : Répartition selon la présence d'embryon.....	50
Tableau XIX : Répartition des patientes selon le Décès.....	51
Tableau XX : Age/GEU.....	51
Tableau XXI : : Profession/GEU.....	52
Tableau XXII : Statut matrimonial / GEU.....	53
Tableau XXIII : Niveau d'instruction/ GEU.....	54
Tableau XXIV : Contraception / GEU.....	55

Liste des Figures :

Figure 1 : Localisation de la GEU (1).....	10
Figure 2 : Vue macroscopique d'une GEU Ampulaire.....	22
Figure 3 :Aspect microscopique d'un épithélium tubaire.....	23
Figure 4 : Aspect microscopique d'une GEU.....	24
Figure 5 : fréquence de survenue de la GEU par rapport au nombre de femme reçu en consultation prénatale dans le service.....	38
Figure 6 : Répartition des patientes selon la tranche d'âge.....	39
Figure 7 : Répartition des patientes selon les antécédents d'infections génitales.	42
Figure 8 : Répartition des cas selon les antécédents d'utilisation de contraceptifs.	42
Figure 9 : Répartition des cas selon le mode d'admission.....	45
Figure 10 : Répartition des cas selon le résultat biologique.....	46
Figure 11 : Répartition des cas selon le diagnostic retenu.....	47
Figure 12 : Répartition des cas selon la transfusion.....	48
Figure 13: Répartition des cas selon les gestes associés.....	49

Définitions Opérationnelles

Grande multi geste : La septième grossesse et plus.

Multigeste : La quatrième, cinquième ou sixième grossesse.

Primigeste : Une seule grossesse.

Pauci geste : La deuxième ou la troisième grossesse.

Abréviations

AMP : Assistance médicale à la procréation

ATCD : Antécédent

CHU.GT : Centre hospitalier universitaire Gabriel Touré

CHU. PG : Centre hospitalier universitaire du point G

CSRéf CVI : Centre de santé de référence de la commune VI

DIU : Dispositif intra-utérin

FIV : Fécondation in vitro

FIVETE : Fécondation in vitro et transfert d'embryon

GEU : Grossesse extra- utérine

GIFT : Gamete intra Falloppia Transfer

GIU : Grossesse intra-utérine

HCG : Hormone chorio-gonadotropine

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de la grossesse

LRT : Ligature et résection des trompes

MST : Maladie sexuellement transmissible

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORL : Oto-rhino-laryngologie

PEV : Programme Elargi de Vaccination

SAA : Soins Après Avortements

Etude, clinique, thérapeutique et anatomopathologique de la GEU au CS Réf CVI du district de Bamako.

SIS : Système d'information sanitaire

Etude, clinique, thérapeutique et anatomopathologique de la GEU au CS Réf CVI du district de Bamako.

INTRODUCTION

I- Introduction

Les hémorragies du premier trimestre de la grossesse sont des motifs fréquents de consultation dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI du District de Bamako **(1)**.

Parmi ces causes, la grossesse extra utérine (G E U) est la complication la plus redoutable et menace le pronostic vital et obstétrical de la femme.

Le terme de GEU s'applique aux grossesses qui s'implantent et se développent en dehors de la cavité utérine **(1)**.

En France, on estime que 15000 femmes auront une GEU chaque année dont 2 à 5 auront une issue fatale ; 400 environ auront des problèmes de fertilité ultérieure et 1000 devront recourir à l'assistance médicale à la procréation (A M P) **(2)**.

Aux Etats-Unis, malgré la haute technologie, la GEU demeure un problème de santé publique **(2)**.

En Afrique le problème est crucial et est lié à un diagnostic tardif (au stade de rupture) ; ainsi la GEU reste une urgence avec un pronostic obstétrical réservé **(3)**.

Au Mali, les GEU occupent le second rang du tableau des urgences gynéco-obstétricales après la césarienne **(3)**.

Cette place est liée à l'augmentation des infections sexuellement transmissibles (IST).

D'autres facteurs de risque sont évoqués notamment les interruptions volontaires de grossesses (IVG) clandestines compliquées d'infection génitale ; le tabagisme au moment de la conception ; la chirurgie tubaire (plastie tubaire) ; les antécédents de chirurgie abdominale compliquée d'adhérence pelvienne ; le fibromyome de la corne utérine et les malformations tubaires (diverticules).

Il s'agit d'une affection redoutable :

- D'une part : à cause de son caractère urgent, lié à la rupture tubaire le plus souvent avec son corollaire d'hémorragie cataclysmique dont la gestion est toujours délicate dans les pays en développement faute d'infrastructures adéquates.
- Et d'autre part : à cause du caractère dramatique de ses séquelles dont la stérilité secondaire, surtout chez une femme sans enfant, ayant un antécédent de grossesse extra-utérine avec salpingectomie antérieure **(1)**. L'anatomie et cytologie pathologiques permettent de poser le diagnostic positif de la GEU, de faire un traitement et prédire le pronostic de la fertilité.

Le pronostic et les modalités thérapeutiques sont en relation étroite avec le stade de diagnostic de la maladie. Peu d'études sur les aspects épidémiologique et anatomopathologique de la GEU ont été faites au Mali, ce qui justifie le présent travail dont les objectifs sont les suivants :

Etude, clinique, thérapeutique et anatomopathologique de la GEU au CS Réf CVI du district de Bamako.

OBJECTIFS

II-Objectifs

1- Objectif général :

Etudier la GEU au centre de santé de référence de la commune VI du District de Bamako.

2- Objectif spécifique :

- a) Déterminer la fréquence des GEU au CSRéf de la commune VI du District de Bamako.
- b) Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes.
- c) Décrire les aspects cliniques de la GEU.
- d) Décrire les aspects anatomopathologiques et étiologiques.
- e) Déterminer le pronostic maternel.

Etude, clinique, thérapeutique et anatomopathologique de la GEU au CS Réf CVI du district de Bamako.

GENERALITES

III-Généralités :

1- Définition :

La GEU se définit comme la nidation et le développement de l'œuf fécondé en dehors de la cavité utérine **(1)**.

2- Historique :

La grossesse extra-utérine, il y a un siècle, était considérée comme une fatalité. C'est Lawson T **(4)**, en 1888 qui a été le premier auteur d'un nouveau concept : une intervention chirurgicale pouvait sauver la patiente. Cette technique consistait en une salpingectomie. Depuis, le traitement de la grossesse extra utérine a évolué à travers le temps. En 1953, Stromne **(5)** montrait que le traitement conservateur de la grossesse extra-utérine était possible par laparotomie. Jusqu'en 1977, la laparotomie était la solution inévitable du diagnostic de la grossesse extra-utérine. Le traitement conservateur cœlioscopique de la grossesse extra utérine a été proposé pour la première fois en 1977 par Manches et Bruhat **(6)**.

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 **(7)** au Japon par le Méthotrexate. Depuis, d'autres substances sont utilisées notamment la RU 486 et les prostaglandines dont les premiers essais ont été réalisés en cœlioscopie par injection intra – tubaire de prostaglandine F2 alpha. En France Fernandez le pratique sous échographie **(2)**.

L'abstinence thérapeutique est évoquée par certains auteurs comme Dargent **(8)** en France. L'appareil génital féminin est contenu dans l'enceinte du pelvis ou petit bassin.

3- Rappel Anatomique des Organes Génitaux Internes :

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 **(9)**.

1-L'utérus :

C'est un organe creux, impair, situé dans l'excavation pelvienne entre la vessie en avant et le rectum en arrière. Il a la forme d'un cône à sommet tronqué inférieur. L'utérus non gravide comprend : le corps et le col, séparés par une partie intermédiaire appelée isthme et pèse 50 à 80g.

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

- La séreuse,
- La musculuse ou myomètre,
- La muqueuse ou l'endomètre qui subit des modifications dans le cycle menstruel.

L'utérus est destiné à contenir l'œuf fécondé pendant la grossesse, pendant son développement et à l'expulser au moment de l'accouchement **(10)**.

2- Les trompes :

A-Définition :

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

B- Description :

Les trompes de Fallope comprennent 4 segments anatomiques et fonctionnels qui sont de l'utérus vers ovaires :

- La partie interstitielle
- La partie isthmique
- La partie ampullaire
- le pavillon ou infundibulum.

C- Structure :

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

D- Rôle : Les trompes jouent un triple rôle :

- Elles interviennent dans le transport synchronisé et opposé des spermatozoïdes et de l'ovule,
- Elles participent au processus de la pénétration, en fournissant un environnement biologique et biochimique adéquat,
- Elles transportent l'œuf fécondé et participent à sa division et au développement précoce de l'embryon.

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 (œstrogène, progestérone, androgène).

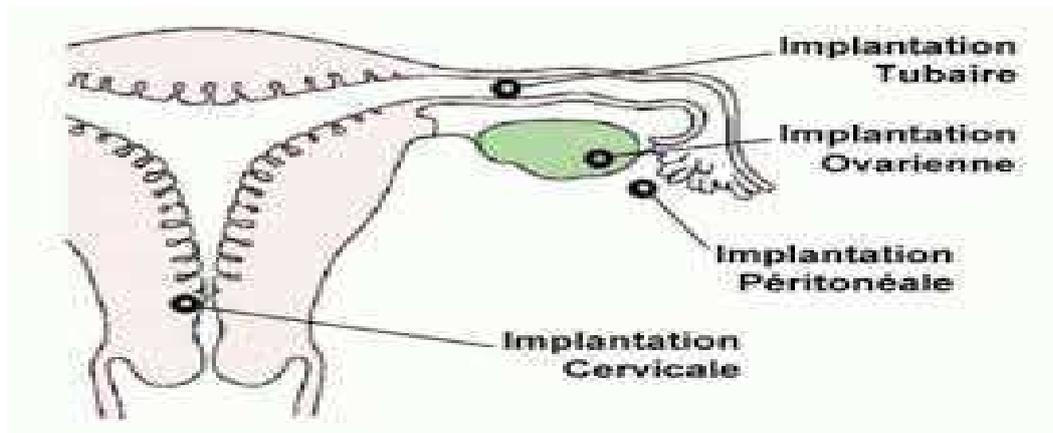
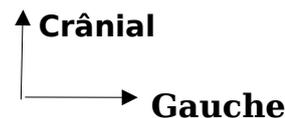


Figure 1: Localisation de la GEU (1).



4- Physiologie de la fécondation :

1. Cellules sexuelles :

A- Les cellules sexuelles mâles :

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

Les gamètes ou 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 dont il est nécessaire de connaître le schéma pour comprendre la fécondation.

Ces transformations successives portent le nom de spermatogenèse **(11)**.

B- Les cellules sexuelles femelles

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

2. Fécondation :

A- Pénétration des spermatozoïdes dans les voies génitales.

Au moment de l'orgasme qui a lieu pendant les rapports sexuels, le sperme est déposé 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 minutes 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.

B- L'ovule

L'ovule est recueilli par la trompe utérine ; les franges du pavillon tubaire entrent en turgescence, soit que la principale d'entre elles, la Frange de Richard, lui serve de vecteur ; leur rôle est primordial dans ce premier stade de la migration. On comprend la gravité des stérilités dues à leur destruction.

C- Lieu de la fécondation

On admet que la fécondation se fait, en général, dans le tiers externe de la trompe, mais elle peut avoir lieu à la surface même de l'ovaire.

D- Moment de la fécondation

Dans l'espèce humaine, le moment de la fécondation est mal connu. Il suit probablement de peu l'ovulation.

3. Mécanisme

A- Pénétration du spermatozoïde dans l'ovule

Les spermatozoïdes arrivés dans la trompe entourent l'ovule, celui-ci est doublé d'une coque de cellules granuleuses qui dans, l'espèce humaine, doit disparaître pour permettre la pénétration des spermatozoïdes. Cette résorption serait due à des fibrinolysines, mucoprotéiques élaborées par la muqueuse tubaire **(12)**.

Le spermatozoïde s'accôle alors à la zone pellucide, accolement assuré par une liaison physico-chimique entre une « fertilisine » contenue dans la zone pellucide, et certains formants la tête du spermatozoïde. Pour traverser ensuite la membrane vitelline, le spermatozoïde, par un phénomène de lyse au cours duquel disparaît l'acrosome, creuse un tunnel et pénètre dans l'espace péri vitellin, puis le cytoplasme.

Le flagelle du spermatozoïde disparaît, la tête et les centrosomes se gonflent et se transforment en un corpuscule allongé, le pronucléus mâle, qui se place au centre du cytoplasme.

B- Activation de l'ovocyte

La pénétration du spermatozoïde active l'ovocyte et la maturation nucléaire repart.

Il se forme un ovule et le deuxième globule polaire est expulsé.

Le noyau de l'ovule grossit et devient le pronucléus femelle, qui vient s'accorder au pronucléus mâle.

C- Modifications volontaires de la fécondation

La fécondation in vitro (FIV) consiste à réaliser la fusion des gamètes hors de l'organisme. Elle est utilisée pour remédier à certaines stérilités tubaires ou déficiences spermatiques. Une stimulation ovarienne permet de recueillir un certain nombre d'ovocytes et plusieurs embryons sont souvent obtenus simultanément. Le transfert dans l'utérus maternel peut être effectué 1 à 3 jours plus tard. Il doit être restreint pour limiter le risque de grossesse multiple. D'autres techniques d'assistance médicale à la procréation (**AMP**) sont utilisées, dont le transfert immédiat des gamètes dans les trompes (**GIFT**).

D- Migration

Pour arriver dans l'utérus, l'ovule fécondé demeure dans la lumière de la trompe, c'est la migration. La progression de l'œuf est assurée surtout par les mouvements péristaltiques de la trompe, qui atteignent leur amplitude maximale après l'ovulation ; accessoirement par les mouvements vibratiles de l'épithélium tubaire et par le courant du liquide péritonéal vers la cavité utérine.

Les hormones ovariennes jouent un rôle dans la migration en réglant la contractilité musculaire de la trompe.

- Les œstrogènes amplifient la contractilité tubaire et provoquent son hypertonie.
- La progestérone diminue le tonus et laisse persister quelques ondes péristaltiques qui permettent la progression lente de l'œuf vers la cavité utérine.

On a avancé que, pendant la migration, la nutrition de l'œuf était assurée par l'imbibition des sécrétions tubaires.

La durée de la migration tubaire semble être de trois à quatre jours.

La partie externe de la trompe est parcourue plus rapidement que la partie interne.

L'œuf arrive alors libre dans la cavité utérine

5- Physiopathologie de la GEU (13) :

A. Retard de captation par le pavillon de la trompe :

L'œuf fécondé peut rester abdominal ou ovarien, une grossesse abdominale ou ovarienne se développe alors. L'œuf capté avec retard peut atteindre le stade de blastocyste dans l'ampoule où, n'étant pas protégé par sa gangue albumineuse, il se fixe : il s'agit d'une grossesse ampullaire. La migration trans péritonéale de l'ovule a pu être incriminée dans 20 à 50% des GEU sur la constatation peropératoire de la présence d'une grossesse ectopique d'un côté et d'un corps jaune sur l'ovaire controlatéral (13).

B. Arrêt ou ralentissement de sa migration dans la trompe

-Le péristaltisme tubaire peut en effet être perturbé de multiples manières (14).

- Par une malformation congénitale des trompes (hypoplasie, diverticule, rétrécissement) (15).

- Par des séquelles inflammatoires, spécifiques ou non, qui ont atteint l'épithélium de revêtement du fait de la sclérose après traitement antibiotique d'une salpingite, des brides inflammatoires peuvent également couder ou modifier la morphologie des trompes ;

- Par des séquelles d'une chirurgie plastique des trompes (15).

- Par une endométriose tubaire souvent située dans la portion interstitielle de la trompe (16).

- Par le facteur spasmodique tubaire, le péristaltisme étant modifié par des sécrétions stéroïdes ovariennes **(14)**.

-La pilule du lendemain exposerait à un risque de GEU de 10% **(9)**, les progestatifs micros dosés en prise continue augmentent le risque de GEU en raison de leur action inhibitrice sur les contractions musculaires de la trompe. Les dispositifs intra-utérins multiplient par dix le risque de grossesse tubaire **(17)**. Cette augmentation n'est peut-être que relative par rapport aux grossesses intra-utérines, le risque n'apparaît accru qu'en raison de lésions de salpingites latentes ou de lésions inflammatoires sur corps étrangers. Ce risque est le même quel que soit le type de stérilet, il augmente lorsque l'utilisation des dispositifs intra-utérins (DIU) dépasse 25 mois. Il est maximal dans les 3 mois qui suivent l'ablation du DIU.

-L'induction de l'ovulation par des gonadotrophines humaines (HMGHCG) favorise les GEU dont le taux peut atteindre 3%. Il est alors fréquent de noter l'association grossesse intra-utérine et grossesse extra-utérine. Cette complication s'observe au cours des ovulations multiples, les ovulations pouvant survenir à des moments différents après l'injection d'HCG. Le premier ovocyte a un transit normal mais les modifications hormonales liées au premier corps jaune perturbent le transport des ovules supplémentaires **(18)**.

-Après Fécondation In Vitro (FIV), malgré la réimplantation de l'œuf dans l'utérus, la GEU est possible (5 à 10%) s'il reste une trompe perméable à la corne. La GEU est fréquente aussi après GIFT ou ZIFT **(19)**.

6- Les Formes Anatomiques de la GEU :

A. La grossesse tubaire (98% des cas) (19) :

-Elle est le plus souvent ampullaire (78%). Cette portion élastique et large des trompes permet une évolution plus longue.

-Parfois isthmique (20%), elle se révèle alors précocement du fait de l'étroitesse du conduit **(15)**.

-Elle est rarement interstitielle.

B. La grossesse abdominale (1.3 % des cas).

L'œuf se développe dans la cavité abdominale, le placenta est inséré au hasard sur le grêle et le mésentère, permettant une évolution prolongée parfois jusqu'au terme **(10)**.

C. La localisation ovarienne (0,7 à 1,7 % des cas).

Elle est caractérisée par l'intégrité tubaire homo et controlatérale avec présence d'un sac ovulaire sur l'ovaire relié à l'utérus par le ligament utero- ovarien, ainsi que par la présence de tissu ovarien en contact direct avec le sac ovulaire **(10)**.

On distingue :

-La grossesse ovarienne primaire où le tissu ovarien forme une coque complète autour de l'œuf, grossesse intra folliculaire. Sa fréquence serait de 0,4 à 0,7%

-La grossesse ovarienne combinée où le tissu ovarien ne forme pas une coque complète autour de l'œuf. C'est la forme la plus fréquente. L'évolution de la grossesse ovarienne peut se faire soit in situ, soit vers la greffe abdominale secondaire. Certains auteurs pensent que la forme intra ligamentaire de la grossesse extra-utérine pourrait être une variété de l'implantation ovarienne **(15)**.

D. L'implantation cervicale (0,1% des cas).

C'est une localisation très rare, environ 1 cas / 15000 grossesses **(20)**. On doit la distinguer de l'avortement incomplet avec rétention et transplantation secondaire du trophoblaste au niveau de l'endocol, et aussi des grossesses cervico-isthmiques qui, de par leur implantation basse et partiellement intra-utérine, peuvent évoluer jusqu'au terme. La grossesse cervicale est caractérisée par le fait qu'elle se termine avant le troisième mois et qu'à l'examen histologique, la cavité utérine présente les caractéristiques d'une caduque de grossesse ectopique sans aucun élément trophoblastique. La GEU revêt plusieurs tableaux cliniques.

7- Clinique :

1. Type de description : G E U rompue (10).

- Circonstance de découverte : Il s'agit d'une femme en âge de procréation qui présente un retard de règles (les règles peuvent être à la date normale, mais présentent habituellement des anomalies d'abondance ou de durée) ou des troubles du cycle.

En général, la patiente présente également des signes sympathiques de la grossesse associés à :

- Des douleurs : elles sont en générales sus-pubiennes, le plus souvent unilatérales dans une des fosses iliaques. Ces douleurs peuvent être permanentes, mais accompagnées de paroxysmes. Dans certains cas, il peut s'agir de douleur scapulaire témoignant de l'existence d'un hémopéritoine avec lipothymie, de malaises.

- Des métrorragies peu abondantes, répétées, classiquement sépia voire noirâtres, parfois mélangées du sang rouge. Dans cette forme, l'état général est conservé (TA et Pouls normaux).

L'examen gynécologique trouve :

- Lors de l'examen sous spéculum : un saignement d'origine endo-utérine ;
- Au toucher vaginal : un utérus moins volumineux que ne le vaudra le terme de la grossesse, parfois une sensibilité au toucher d'un cul-de-sac vaginal,
- Au niveau du cul-de-sac de Douglas, le toucher peut entraîner une vive douleur témoignant d'une irritation péritonéale.

Éventuellement, il existera également une douleur à la mobilisation utérine.

Mais, parfois la patiente peut ne pas avoir présenté de retard de règles vrai. Les signes sympathiques de la grossesse peuvent être absents ou avoir disparu. Les douleurs pelviennes peuvent être peu importantes ou bilatérales ou absentes. L'examen peut par ailleurs être peu contributif. La GEU peut être asymptomatique. Dans ce contexte, l'existence de trouble des règles et ou de métrorragies, et ou de douleurs pelviennes même minimales chez une femme jeune (surtout s'il existe des facteurs de risque de GEU), doit faire évoquer le diagnostic de GEU et pratiquer deux examens de première intention qui sont : le dosage quantitatif de BHCG plasmatique et une échographie pelvienne.

2. Formes cliniques :

A- Rupture cataclysmique de la GEU (inondation péritonéale).

L'urgence abdominale est facilement reconnue chez une femme jeune, qui a ressenti une douleur hypogastrique brutale, atroce, rapidement suivie d'épisodes de syncope. L'examen général met en évidence un état de choc en rapport avec une anémie aiguë. L'abdomen est parfois tympanique avec une défense pariétale et une matité dans les deux flancs.

Le toucher vaginal provoque une douleur vive « le classique Cri du Douglas ». La grossesse ectopique est rarement perçue. La ponction du cul-de-sac de Douglas ramène du sang incoagulable. La laparotomie salvatrice confirme

l'hémopéritoine consécutif à une rupture tubaire ou à un avortement tubo-abdominal. Parfois, on aura la surprise de découvrir non pas une grossesse ectopique mais un corps jaune hémorragique ou une rupture de kyste endométriosique de l'ovaire.

B- La forme pseudo-abortive :

Elle est fréquente, avec des hémorragies importantes. L'expulsion de débris de caduque, que l'on peut prendre pour du placenta, déroute mais au toucher vaginal le col est fermé, l'utérus plus petit pour l'âge de la grossesse. On peut sentir une petite masse latéro-utérine douloureuse. Il faut savoir penser à la GEU lors d'un curetage qui ne ramène que peu de chose, et refaire un TV en profitant du relâchement musculaire dû à l'anesthésie générale. Il faut y penser encore lorsque l'examen histologique des débris de curetage montre une transformation déciduale sans villosité, des atypies d'Arias Stella.

La grossesse cervicale, se présente cliniquement comme une fausse couche très hémorragique avec au TV l'impression d'un gros col. Le curetage évacuateur ne suffit pas à assurer l'hémostase qui n'est souvent obtenue que par cerclage du col ou une hystérectomie.

C- La forme simulant une salpingite avec des douleurs à type de colique :

La fièvre, une hyperleucocytose et une absence de métrorragies posent des problèmes. Mais dans la GEU, les signes sont unilatéraux, le vagin est propre, il n'y a pas de leucorrhées, le col est normal, la glaire propre et non purulente. La comparaison des courbes d'hyperleucocytose et de température, l'accentuation de l'anémie, la positivité du taux d'HCG doivent faire pratiquer une cœlioscopie qui rectifiera le diagnostic.

E- La forme pseudo tumorale (hématocèle ancienne) :

Il s'agit d'une patiente qui consulte pour une pesanteur pelvienne, parfois accompagnée de métrorragies. Il peut également exister :

-Des troubles compressifs vésicaux ou rectaux (rétention d'urine et des matières fécales).

-Une fébricule et un sub-ictère qui évoquent l'existence de l'hématome. A l'examen, on perçoit une masse pelvienne plus ou moins sensible. Le dosage des β -HCG peut être négatif ($<10\text{mUI/ml}$) en l'absence d'activité trophoblastique.

A l'échographie, se dessine une tumeur pelvienne mal limitée d'aspect hétérogène. Le diagnostic sera établi par cœlioscopie ou laparotomie.

F- La grossesse abdominale évoluant au-delà du 5ème mois :

Les particularités cliniques sont les suivantes :

- Douleurs abdominales lors des mouvements fœtaux.

- Les métrorragies sont possibles avec expulsion de caduque.

L'examen est peu concluant, à quelques nuances près, il existe souvent une présentation pathologique.

- La palpation perçoit directement le fœtus sous la peau sans interposition myométrial.

- Le TV note la présence d'une masse ronde, ferme et contractile (l'utérus non gravide).

L'échographie permet le diagnostic en montrant un fœtus vivant souvent hypotrophique au milieu des anses grêles en dehors de l'utérus. Seule la laparotomie permet l'extraction du fœtus.

F- La grossesse extra-utérine qui persiste après IVG :

En l'absence de contrôle du produit d'aspiration, la grossesse ectopique se manifesterá le plus souvent par une rupture. Il faut y penser en cas de douleurs et de saignements après IVG.

G- La grossesse dans la corne borgne d'un utérus pseudo unicorne :

Cette variété de grossesse implantée en dehors de la cavité utérine normale n'est généralement découverte qu'à l'occasion de la rupture cataclysmique de la corne borgne. Il s'agit d'une patiente enceinte après une période de stérilité plus ou moins longue, souffrant depuis plusieurs années de dysménorrhée, qui consulte pour des douleurs pelviennes associées de manière inconstante à des métrorragies. La masse annexielle est peu douloureuse.

L'échographie est faussement rassurante, car elle montre un sac chorionique entouré d'un manteau myométrial (diagnostic différentiel impossible avec une grossesse dans un utérus fibromateux ou bicorne). Même à la coelioscopie, le diagnostic peut être méconnu si une observation rapide du pelvis ne remarque pas que la corne gravide est distincte de l'utérus auquel elle est reliée par un cordon fibreux au niveau de l'isthme. L'évolution de cette grossesse dans une corne borgne connaît trois modalités :

- Mort embryonnaire et involution,
- Rupture entre 14-20 semaines,
- Exceptionnellement, accouchement près du terme par césarienne.

H- L'association GEU et grossesse intra utérine :

Cette association est classiquement rare. La présence du sac gestationnel intra-utérin sur les coupes ultrasonores risque d'être faussement rassurante. L'ablation chirurgicale de la grossesse ectopique doit éviter tout geste traumatique sur

l'utérus. Ces aspects atypiques pourraient être multipliés à l'infini, tant la GEU est une grande simulatrice de toutes affections gynécologiques (21). Les ultrasons, l'HCG, et surtout la coélioscopie permettent d'arriver au diagnostic.

8- Anatomie Pathologique :

1. Macroscopie

La GEU réalise une voussure ovoïde rouge foncée, violacée, siégeant sur la trompe. Le reste de celle-ci étant normalement vascularisé, turgescence, congestif. Sur l'ovaire, existe un corps jaune normal.

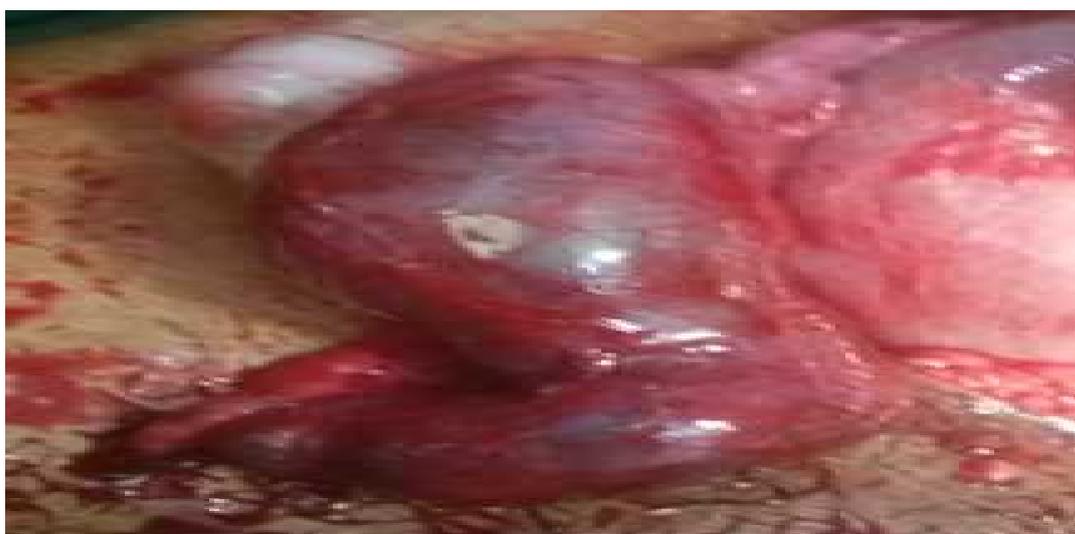


Figure 2: Vue macroscopique d'une GEU Ampulaire

2. Microscopie

Le processus de nidation est le même au niveau de la trompe qu'au niveau de l'utérus ; on trouve donc dans la zone d'insertion :

- Une musculature amincie et infiltrée ;
- Des formations chorio-placentaires.

L'œuf n'est pas nourri par les lacs sanguins maternels mais par l'insertion des vaisseaux de la membrane. L'utérus grossit un peu. Sa muqueuse subit une

transformation déciduale (fausse caduque sans villosités choriales qui sera éliminée quand l'œuf sera mort).

Les atypies d'Arias Stella représentent des meilleurs éléments de diagnostic, mais elles ne peuvent permettre d'affirmer seules la GEU, puisqu'elles apparaissent dans les endomètres soumis à une action chorionique intense : rétention placentaire, môle, patientes sous clomifènes [5].



Figure 3 Aspect microscopique d'un épithélium tubaire

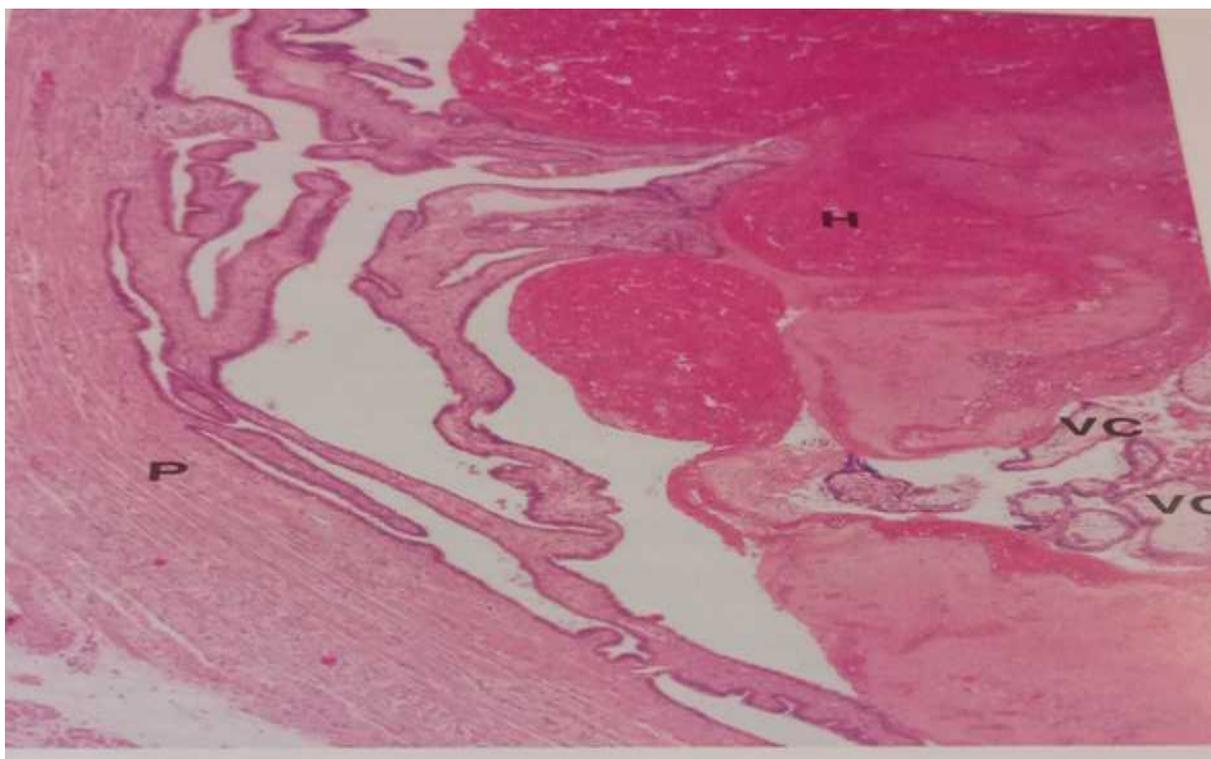


Figure 4 Aspect microscopique d'une GEU

P : placenta, H : hémorragies, VC : villosités choriales

9- Devenir De La GEU (10).

- Elle peut mourir sur place ;
 - Elle peut rompre la trompe, qui est beaucoup plus fine et plus fragile que l'utérus, faisant saigner les vaisseaux tubaires érodés ;
 - Elle peut se décoller à l'intérieur de la trompe et former un hématosalpinx, responsable de métrorragies noirâtres de faible abondance ;
 - Elle peut s'expulser dans la cavité péritonéale par le pavillon et laisser les vaisseaux tubaires saignés. C'est l'avortement tubo-abdominal ;
 - Dans tous les cas, on peut retrouver un épanchement sanguin dans la cavité péritonéale. Quand le sang se collecte dans le cul-de-sac de Douglas, il forme une hématocele rétro utérine.
- Lorsqu'il est plus diffus, il forme un hémopéritoine. Risque de maladie trophoblastique.

10. Les Examens Complémentaires :

A. L'hémogramme et le groupage rhésus (12).

Il ne montrera une anémie qu'en cas d'hémorragie intra-péritonéale. Une hyperleucocytose modérée n'est pas rare : elle risque d'orienter à tort vers une étiologie infectieuse (appendicite ou salpingite).

B. Le diagnostic immunologique de grossesse (DIG) :

Il n'est évocateur que s'il est nettement ou faiblement positif. Le dosage spécifique de l'HCG utilisant les anticorps monoclonaux, est plus sensible à 50 ou 70 unités, il est positif dès le 1er jour ou avant le retard des règles. Ils peuvent parfois être faussés par une protéinurie importante, une hématurie, une hémoglobinurie, ou une bactériurie.

C. Le dosage quantitatif de l'HCG plasmatique :

L'hormone gonadotrophine chorionique est une hormone peptidique sécrétée spécifiquement par le trophoblaste. Elle est donc spécifique de la grossesse en dehors des cas rares de sécrétion par une tumeur de type chorio-épithéliome. Le dosage sanguin par méthode radio immunologique ou immunoenzymologique peut être obtenu en 2 ou 3 heures. Il est spécifique et très sensible. La limite de détection est de 5mUI/ml. Un dosage inférieur à ce chiffre permet d'exclure le diagnostic de grossesse.

L'HCG est retrouvée dans le sang maternel dès le 10ème jour post ovulatoire. Son taux dans les grossesses normalement évolutives double tous les deux jours au cours du premier mois. Quand ce taux atteint plus de 3500mUI/ml on doit normalement voir un sac ovulaire ou gestationnel en échographie abdominale. En échographie vaginale, le sac est visible avec des taux situés entre 500 et 1000mUI/ml. En cas de GEU, les taux sont très variables, pouvant être normaux ou au contraire à peine positifs. Les variations de taux peuvent prendre toutes les allures bien que la stagnation soit fréquente. Seul un taux négatif permet d'exclure à priori le diagnostic de GEU.

NB : la fraction β est spécifique de la grossesse.

D. L'échographie :

Elle peut se faire par voie abdominale, un sac ovulaire intra-utérin est visible à partir de la cinquième semaine d'aménorrhée.

On doit cependant préférer aujourd'hui la voie vaginale, le sac ovulaire étant visible dès la quatrième semaine.

-Les signes latéro-utérins, il est parfois possible de voir un sac gestationnel latéro-utérin. Ce sac gestationnel n'est pas entouré des épais manteau myométriaux de l'implantation utérine normale, parfois l'embryon est visible avec un tube cardiaque actif. Le diagnostic est alors certain.

-Les signes péritonéaux, l'épanchement liquidien dans le cul-de-sac de Douglas n'est pas constant mais il est évocateur du diagnostic. Une rupture de kyste du corps jaune peut aussi donner un tel épanchement ou encore un simple reflux tubaire lors de règles abondantes ou d'une fausse couche.

E. La ponction du Douglas :

Elle n'a de valeur que si elle est positive et ramène du sang incoagulable. Franchement positive en cas d'hémopéritoine important, elle permet de recourir d'emblée à la laparotomie.

F. La coélio-scopie :

La coélio-scopie montre la GEU sous forme d'un renflement violacé, allongé dans le sens de la trompe avec écoulement de sang brun par le pavillon et présence de quelques millilitres de sang noirâtre dans le cul-de-sac de Douglas.

- Les faux négatifs sont exceptionnels (0,01%) : Il s'agit des formes ultra précoces à peine visibles : seule l'expérience de l'opérateur notera une coloration bleutée, appréciera un ressaut au palpateur ou recherchera une asymétrie du fond (grossesse interstitielle).

- Les faux positifs sont rares (1,6%). Ils sont liés en général à une mauvaise vision du pelvis. La coélio-scopie a deux avantages essentiels :

-Elle évite la laparotomie dans près de 60% des cas et permet le traitement de la GEU.

-Elle augmente le nombre de diagnostic de GEU non rompue. L'attitude logique est donc de sélectionner les indications par combinaison des examens, en particulier les β -HCG plasmatiques et l'échographie.

11. Diagnostic :

A. Diagnostic positif (22).

Toute femme en activité génitale présentant une aménorrhée associée à des métrorragies, une douleur unilatérale et une masse annexielle à l'examen, un utérus vide et une masse annexielle parfois un embryon avec une activité cardiaque à l'échographie et les β HCG positifs sont des signes permettant de poser le diagnostic de la GEU.

B. Diagnostic différentiel

-Fausse couche spontanée : pertes abondantes, rouges avec des caillots. Au TV le col est ouvert, l'utérus est en rapport avec l'âge de l'aménorrhée. Le pelvis est généralement douloureux et l'absence de villosités choriales du produit de curetage à l'anatomopathologie confirme le diagnostic.

-Grossesse intra utérine associée à une douleur : la taille de l'utérus est conforme à l'âge théorique de la grossesse, pas de saignement, col fermé. L'échographie confirme la GIU évolutive.

-Torsion d'annexe : Dans ce cas il n'y a pas de signe de grossesse, le test de grossesse est négatif. Au TV il y'a un sillon entre la masse et l'utérus. Une échographie ou la cœlioscopie confirme le diagnostic.

-Annexite : Il n'y a pas d'aménorrhée, on note une fièvre et une hyperleucocytose. Les pertes cervicales sont purulentes, la masse annexielle est bilatérale.

-Syndrome appendiculaire : évoqué devant une fièvre, des troubles digestifs à type de vomissement, la douleur au point de Mac Burney et une hyperleucocytose. Le cycle menstruel est tout à fait normal.

-La grossesse molaire : On a une exagération des signes sympathiques. A l'examen clinique l'utérus a une taille supérieure à l'âge normal de la grossesse avec des kystes ovariens bilatéraux. Une échographie réalisée montre une image en flocons de neige.

12- Thérapeutique de la Grossesse Extra-Utérine (1) :

B- 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.

A-Traitement curatif :

A.1 . But :

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

A.2 . Moyens :

Les moyens thérapeutiques sont chirurgicaux ou médicaux.

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

La cœliochirurgie a remplacé la laparotomie dans les pays développés.

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

Le traitement médical fait appel au méthotrexate, anti métabolite des acides nucléiques, soit par voie intramusculaire, orale ou locale.

A.3 . Indications :

Le score thérapeutique de Fernandez (tableau I) qui prend en compte la durée de l'aménorrhée en jours, le taux plasmatique des HCG, la progestéronémie, l'intensité de la douleur, la taille échographique de l'hématosalpinx et l'évaluation d'un éventuel hémopéritoine, permet de cerner les indications thérapeutiques.

Un traitement chirurgical est proposé de première intention pour les GEU ayant un score >13. De même, un traitement chirurgical est proposé s'il existe une contre-indication au traitement médical principalement basé sur l'utilisation du méthotrexate (anomalies de la crase sanguine, une thrombopénie inférieure à 100000 par ml, une leucopénie inférieure à 1500 par ml, une élévation des transaminases hépatiques à plus de deux fois la normale, ou une créatininémie >130 $\mu\text{mol/l}$).

En général pour les grossesses abdominales, le traitement est effectué par laparotomie et consiste à une évacuation de la grossesse.

Par ailleurs le traitement médical est également contre indiqué lors de difficultés de compréhension du protocole par la patiente ou du fait d'un éloignement géographique. Les modalités du traitement et de sa surveillance doivent recevoir l'adhésion complète de la patiente.

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

1	2	3
---	---	---

Aménorrhée	>49	>42<49	<42
(jours)			
HCG (mUI/l)	<1000	1500-5000	>5000
Progestéronémie	<5	5-10	>10
(ng/ml)			
Douleurs	Absentes	Provoquées	spontanées
Hématosalpinx	<1	1-3	>3
(cm)			
Hémopéritoine	0	1-100	>100
(ml)			

- **La coélicoscopie** : permet de faire le diagnostic ainsi que le traitement.

Les premiers temps de l'intervention comprennent :

- L'exposition du pelvis ;
- L'évacuation d'un éventuel hémopéritoine.
- La confirmation du diagnostic, 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.

Après traitement conservateur, une surveillance du taux d'HCG à 48 h permet de déterminer un échec de la méthode estimée entre 5 et 10 %. La stagnation ou une ré-ascension du taux de HCG ou un taux à 48 h supérieur à 25 % du taux initial d'HCG observé avant le traitement chirurgical impose un traitement médical par injection intramusculaire de méthotrexate à la dose de 1 mg/kg ou de 50 mg/m².

- **Le traitement radical par salpingectomie** :

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).

- Traitement médical :

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 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.

- Le traitement par injection unique : est constitué d'une injection en intramusculaire 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 l'obtention d'un taux inférieur à 15UI/L.

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

Le traitement peut également être réalisé par injection in situ : sous

Contrôle écho guidé ou sous cœlioscopie. On injecte alors in situ 100 mg de MTX. Le taux d'efficacité est 76% et les taux de GIU, de perméabilité tubaire et de récurrence de GEU ne sont pas améliorés. L'avantage théorique de cette voie d'administration est de diminuer les effets secondaires du MTX.

- L'Association MTX-Mifépristone :

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

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

- Mesures de Réanimation :

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

2.4 Pronostic :

Le pronostic des femmes opérées de GEU est sombre : 30% resteront stériles, 70% auront 1 ou plusieurs enfants, 15-30% feront une 2^{ème} GEU (23).

Etude, clinique, thérapeutique et anatomopathologique de la GEU au CS Réf CVI du district de Bamako.

MATERIEL ET METHODES

IV- Matériel et Méthodes :

1-Cadre d'étude :

L'unité de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI (CSRéf VI), l'un des six centres de santé de référence du district de Bamako a servi de cadre à notre étude en collaboration avec le service d'anatomie et cytologie pathologiques du CHU PG.

Il faut noter que la ville de Bamako, capitale de la République du Mali, est composée de 6 communes dotées chacune d'un centre de santé de référence de deuxième niveau dont celui de la commune VI.

A- Situation Sanitaire :

Le centre de santé de référence de la Commune VI est beaucoup sollicité par la population de ladite commune mais également par certaines communes et villages environnants. Cette sollicitation est liée, à l'accessibilité de la structure, car elle est située au bord de la plus grande avenue de Bamako (Avenue de l'OUA).

B- Les infrastructures

La maternité est composée de :

- La salle d'accouchement qui contient cinq (5) tables d'accouchement et dix (10) lits, on y réalise en moyenne quinze à vingt accouchements par jour ;
- Une salle pour les nouveaux nés ;
- Une salle d'observation pour les femmes qui ont accouché ;
- Une grande salle d'hospitalisation pour les femmes césarisées ;
- Une salle de garde pour les sage- femmes ;
- Une salle de garde pour les Médecins ;
- Une salle de garde pour les faisant fonctions d'interne ;
- Une salle de garde pour les infirmières ;
- Une salle de consultation gynécologique ;
- Trois (3) salles de consultation prénatale ;

- Une salle de consultation planning familial ;
- Une salle de SAA ;
- Six toilettes.

C- L'organisation du service

Au plan technique :

Un staff technique se tient chaque jour afin d'échanger sur les modalités de prise en charge des urgences admises la veille dans le service.

Des consultations gynécologiques sont réalisées tous les Lundi, Mardi, Mercredi, Jeudi et Vendredi.

Des Echographies et Radiographies sont réalisées tous les jours ouvrables. Le programme des actes opératoires est exécuté tous les Mercredi, Jeudi et Vendredi.

Une équipe de garde assure la permanence au niveau du centre 24 heures/24.

Les consultations prénatales, post-natales, de planning-familial et les accouchements se font tous les jours.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est réalisé tous les jours ouvrables.

Une équipe de PTME assure la permanence tous les jours ouvrables.

Les activités de santé publique sont menées.

Les activités de vaccination VAT des femmes enceintes et des enfants de moins d'un an sont exécutées tous les jours et le BCG est réservé à tous les lundi et vendredi.

D. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée sur une période de 12 mois allant du 01 Janvier 2018

Au 31 Décembre 2018.

E. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive.

F. Population d'étude :

L'étude a concerné les femmes enceintes reçues en consultation prénatale au CS Réf CVI.

G. Echantillonnage :

a. Critères d'inclusion :

Sont incluses dans cette étude, toutes les patientes admises pour GEU et prise en charge dans le service de gynéco-obstétrique du CSRéf de la commune VI et dont le diagnostic a été confirmé par un examen anatomopathologique.

b. Critères de non inclusion :

- Tous les cas de GEU opérée en dehors de la période d'étude.
- Tous les cas de GEU sans confirmation anatomopathologique.

c. Collecte des données :

Le recueil des données a été fait sur une fiche d'enquête remplie à partir des dossiers obstétricaux, le registre d'accouchement, le registre du protocole opératoire et les comptes rendus anatomopathologiques.

d. Les variables :

Les variables utilisées sont : les facteurs sociodémographiques, les données cliniques et paracliniques, les résultats anatomopathologiques, la prise en charge chirurgicale et le pronostic maternel.

e. Les techniques anatomopathologiques :

Les pièces de salpingectomie ont été fixées au formol à 10%. Après un examen macroscopique, les prélèvements ont été inclus dans la paraffine, coupés au microtome rotatif et colorées à l'hématoxine éosine.

La lecture a été faite au microscope optique au faible et au fort grossissement par un pathologiste.

f. Analyse et traitement des données :

Les données ont été traitées et analysées par le logiciel Epi-info version 7.2.2.6. La saisie des textes, des tableaux et la réalisation des graphiques ont été faites sur les logiciels word et excel de window.

Comme test statique, nous avons utilisé le χ^2 avec comme seuil de signification $P < 0,05$.

Etude, clinique, thérapeutique et anatomopathologique de la GEU au CS Réf CVI du district de Bamako.

RESULTATS

V- Résultats :

1. La fréquence : Durant la période d'étude nous avons enregistré 116 cas de GEU sur 9012 femmes enceintes soit une fréquence de 1,29%.

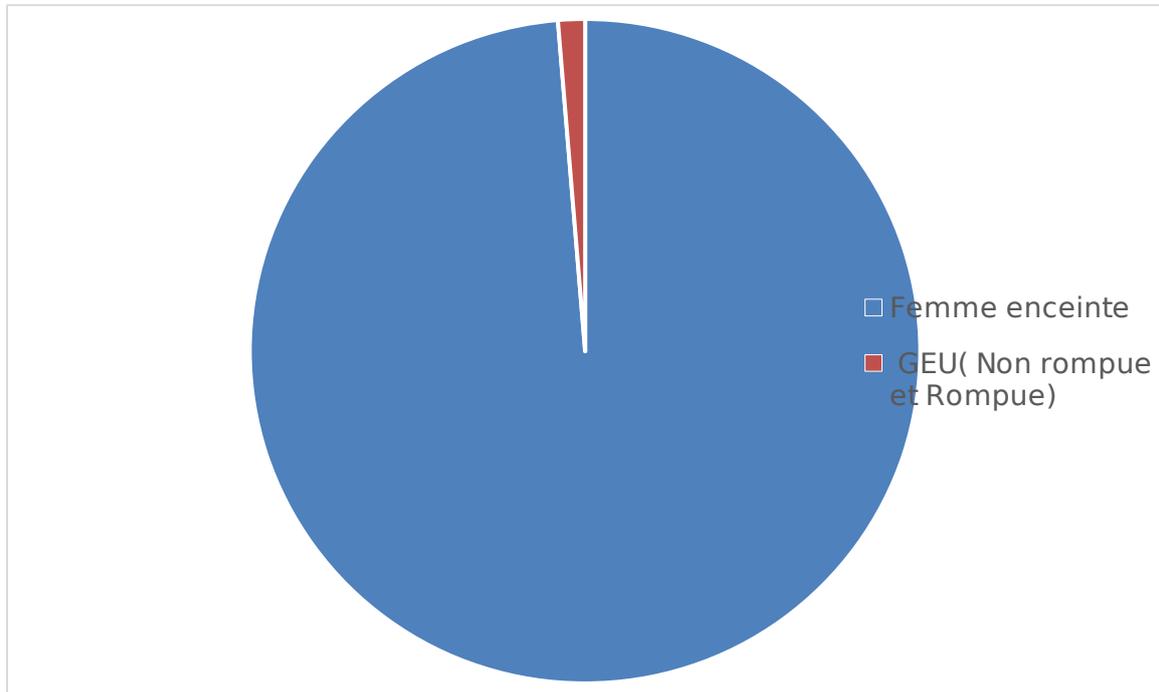


Figure 5 : fréquence de survenue de la GEU par rapport au nombre de femmes reçues en consultation prénatale dans le service

La GEU a concerné 1,29% de nos femmes enceintes reçues en Consultation Prénatale.

2. Caractéristiques sociodémographiques :

-Age

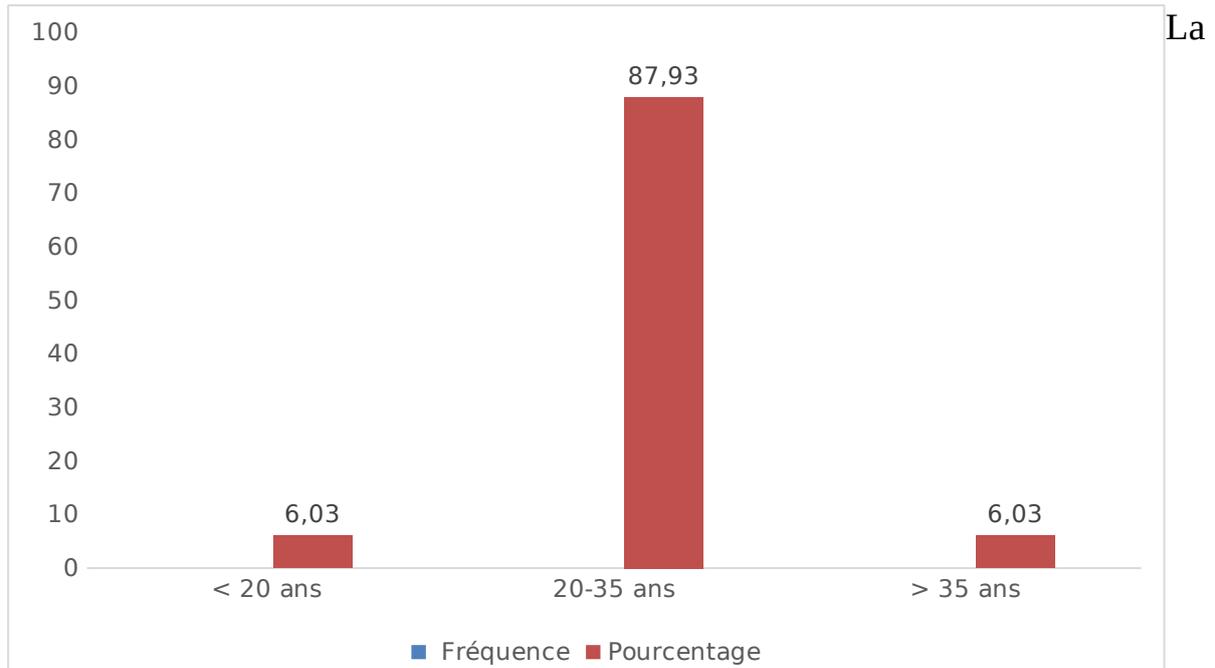


Figure 6 : Répartition des patientes selon la tranche d'âge.

La tranche d'âge 20-35 ans était la plus représentée soit 87,93%.

La moyenne d'âge était $27 \pm 2,5$ ans avec des extrêmes de 18 et 40 ans.

- Profession

Tableau II : Répartition des patientes selon la profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	99	85,34
Elève	8	6,90
Fonctionnaire	6	5,17
Etudiante	3	2,59
Total	116	100

La profession la plus représentée a été les ménagères soit 85,34%.

- Ethnie

Tableau III : Répartition des patientes selon l'ethnie.

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	66	56,90
Malinké	13	11,21
Peulh	11	9,48
Dogon	10	8,62
Buwa	6	5,17
Sarakolé	6	5,17
Sonrhäï	5	3,45
Total	116	100

L'ethnie Bambara a été la plus représentée soit 56,90%.

-Résidence

Tableau IV : Répartition des patientes selon la résidence.

Résidence	Effectif	Pourcentage
Yirimadjo	46	39,66
Niamakoro	14	12,07
Senou	14	12,07
Faladiè	11	9,48
Banankabougou	9	7,76
Magnabougou	9	7,76
Sogoniko	7	6,03
Missabougou	5	4,31
Djandjiguila	1	0,86
Total	116	100

Dans notre étude 39,66% des patientes résidaient à Yirimadjo.

- Statut matrimonial

Tableau V : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Mariée	111	95,69
Célibataire	5	4,31
Total	116	100

Les femmes mariées ont été les plus représentées soit 95,69%.

- **Niveau d'étude**

Tableau VI : Répartition des patientes selon le niveau d'étude.

Niveau d'étude	Fréquence	Pourcentage
Non scolarisée	90	77,59
Primaire	16	13,79
Secondaire	7	6,03
Supérieur	3	2,59
Total	116	100

Les femmes non scolarisées ont été les plus représentées soit 77,59%.

3- Données cliniques :

● **Les antécédents médicaux :**

Le Diabète et la drépanocytose ont été retrouvés chez deux de nos patientes.

- **ATCD d'infections génitales**

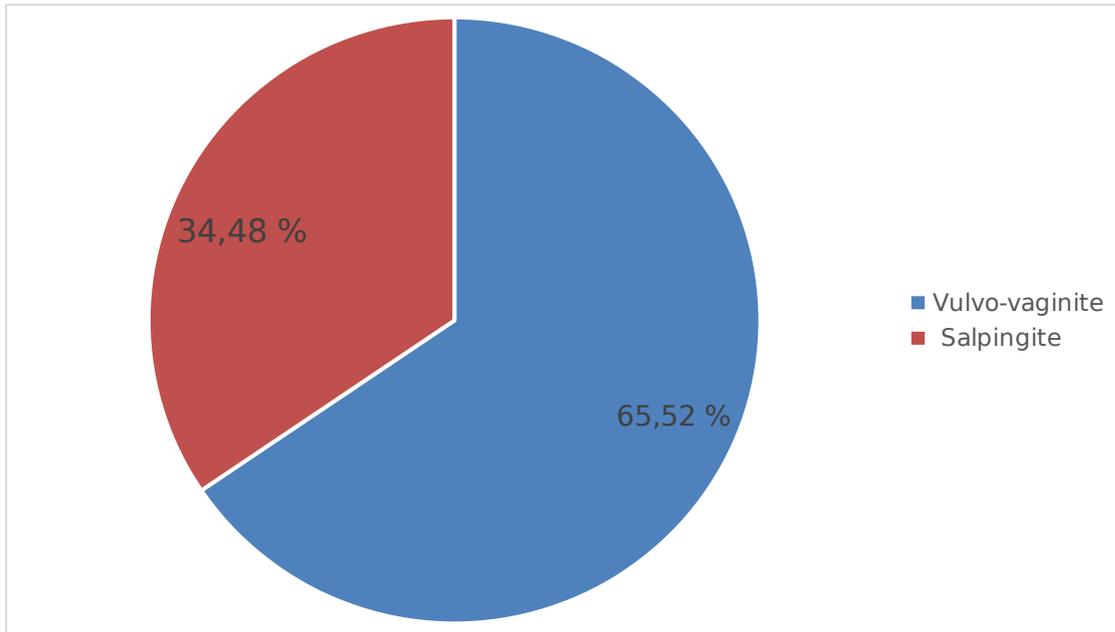


Figure 7 : Répartition des patientes selon les antécédents d'infections génitales.

L'antécédent d'infection génitale, le plus représenté a été la vulvo-vaginite avec 65,52%.

- ATCD d'utilisation des contraceptifs

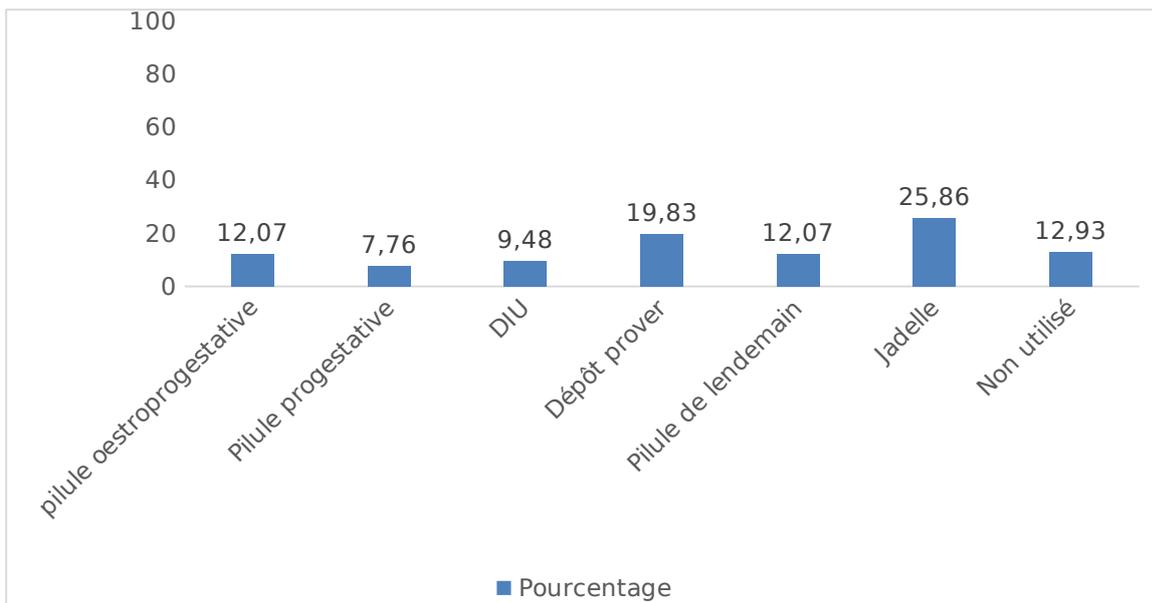


Figure 8 : Répartition des cas selon les antécédents d'utilisation de contraceptifs.

Dans notre étude, 87,07% des femmes avaient des antécédents d'utilisation de contraceptif dont 25,86% par la méthode de Jadelle.

- ATCD de chirurgie pelvienne

Tableau VII : Répartition des patientes selon les antécédents de chirurgie pelvienne.

Chirurgie pelvienne	Effectif	Pourcentage
GEU antérieure	4	3,48
Césarienne	3	2,63
Chirurgie conservatrice des trompes	1	0,86
Sans ATCD	108	93,03
Total	116	100

Un antécédent de chirurgie pelvienne a été retrouvé chez 6,97% des patientes dont de 3,48% de GEU antérieure.

- **Gestité des patientes**

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la gestité.

Gestité	Effectif	Pourcentage
pauci geste	50	43,10
Multi geste	27	23,27
Grande multi geste	23	19,83
Primigeste	16	13,80
Total	116	100

Dans notre étude les pauci gestes ont été les plus représentées soit 43,10%.

- **Parité**

Tableau IX : Répartition des patientes selon la parité.

Parité	Fréquence	Pourcentage
Pauci pare	43	37,07
Primipare	27	23,28
Multipare	17	14,65

Nullipare	17	14,66
Grande multipare	12	10,34
Total	116	100

Dans notre étude, les pauci pares ont été les plus représentées avec 37,07%.

- **ATCD d'avortement**

Tableau X : Répartition des patientes selon les antécédents d'avortement.

ATCD d'avortement	Effectif	Pourcentage
Avortement spontané	18	15,52
IVG	1	0,86
Sans ATCD	97	83,62
d'avortement		
Total	116	100

Dans notre étude, 15,52% de nos patientes avaient un antécédent d'avortement spontané.

- **Siège de la GEU**

Tableau XI : Répartition des malades selon le siège de la GEU.

Siège de la nidation	Effectif	Pourcentage
Ampulaire	108	93,10
Ampulo-isthmique	5	4,31
Interstitiel	3	2,59
Total	116	100

Dans notre étude la GEU de siège ampulaire était la plus représentée soit 93,10%.

- **Mode d'admission :**

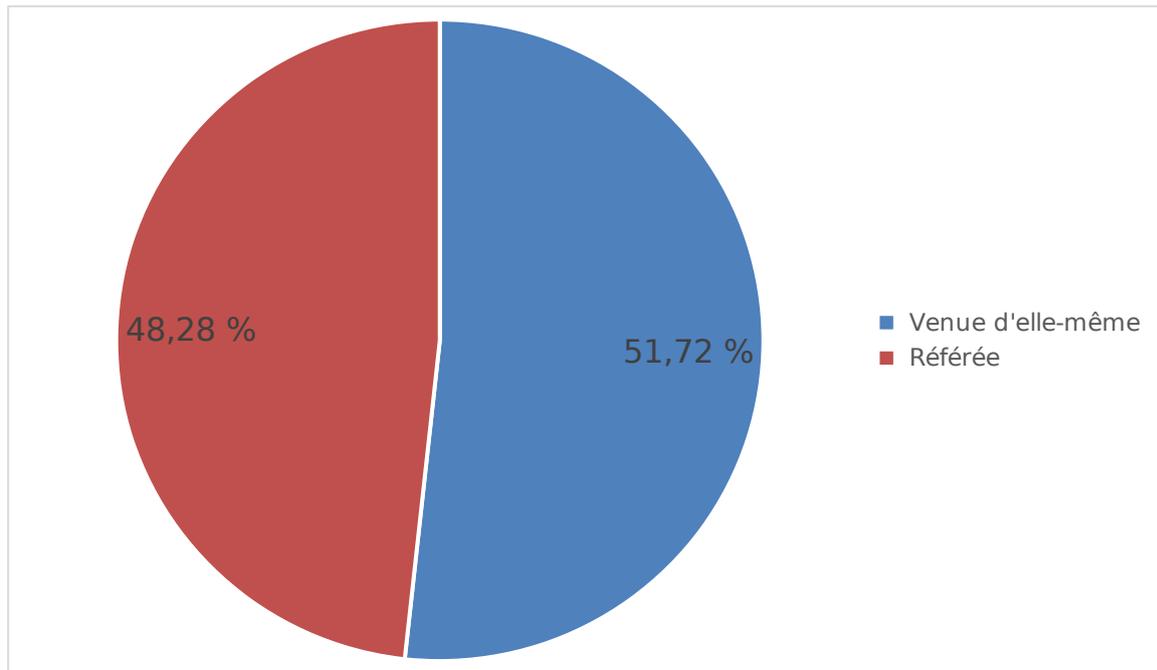


Figure 9 : Répartition des cas selon le mode d'admission.

Dans notre étude 51,72% de nos patientes étaient venues d'elles-mêmes.

- **Signes cliniques :**

Tableau XII : Répartition selon les signes cliniques.

Signes cliniques	Effectif	Pourcentage
Douleur pelvienne seul	48	41,38
(D)		
Métrorragie (M)	20	17,24
D + M	36	31,03
D+ Vertiges + Nausée +	12	10,35
Céphalée		
Total	116	100

Dans notre étude la douleur pelvienne seule était le signe clinique le plus représenté soit 41,38%.

4- Données paracliniques :

- **Résultat biologique :**

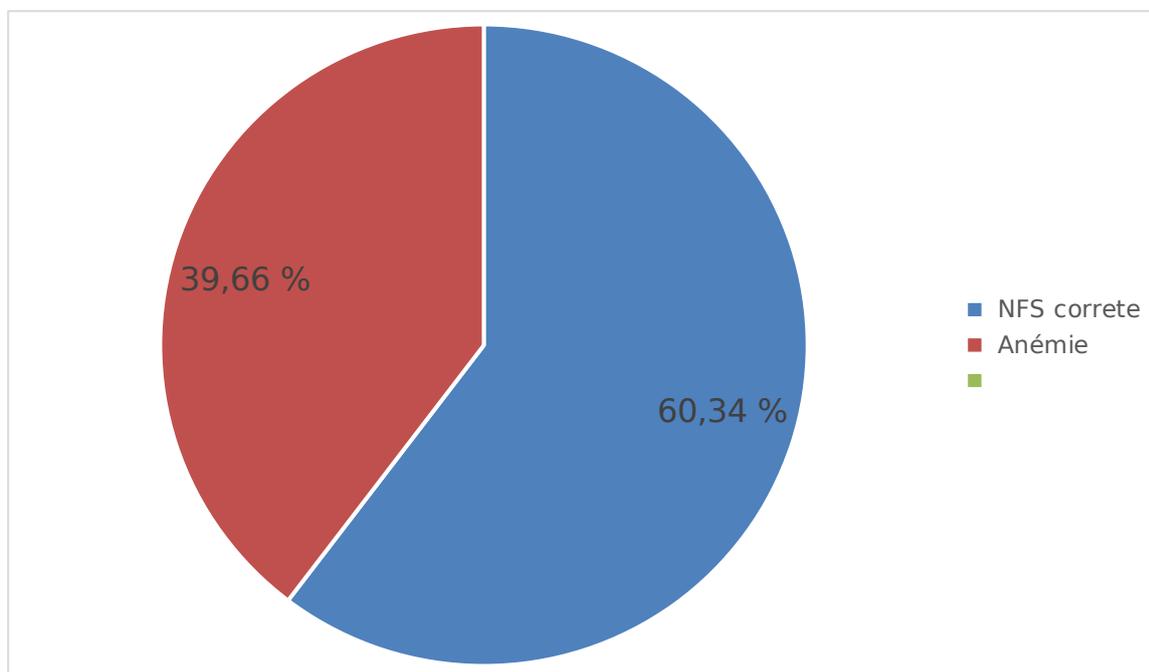


Figure 10 : Répartition des cas selon le résultat biologique.

Dans notre étude, une anémie a été retrouvée chez 39,66% de nos patientes.

- **Imagerie médicale**

Tableau XIII : Répartition des patientes selon le résultat échographique.

Image échographique	Effectif	Pourcentage
ERU seul	82	70,69
ERU + ILU	28	24,14
ERU + ILU + AC	6	5,17
Total	116	100

ERU : épanchement rétro- utérin ; ILU : image latéro- utérine ; AC : activité cardiaque.

Dans notre étude, l'épanchement rétro-utérin a été le plus représenté soit 70,69%.

5- Diagnostic retenu :

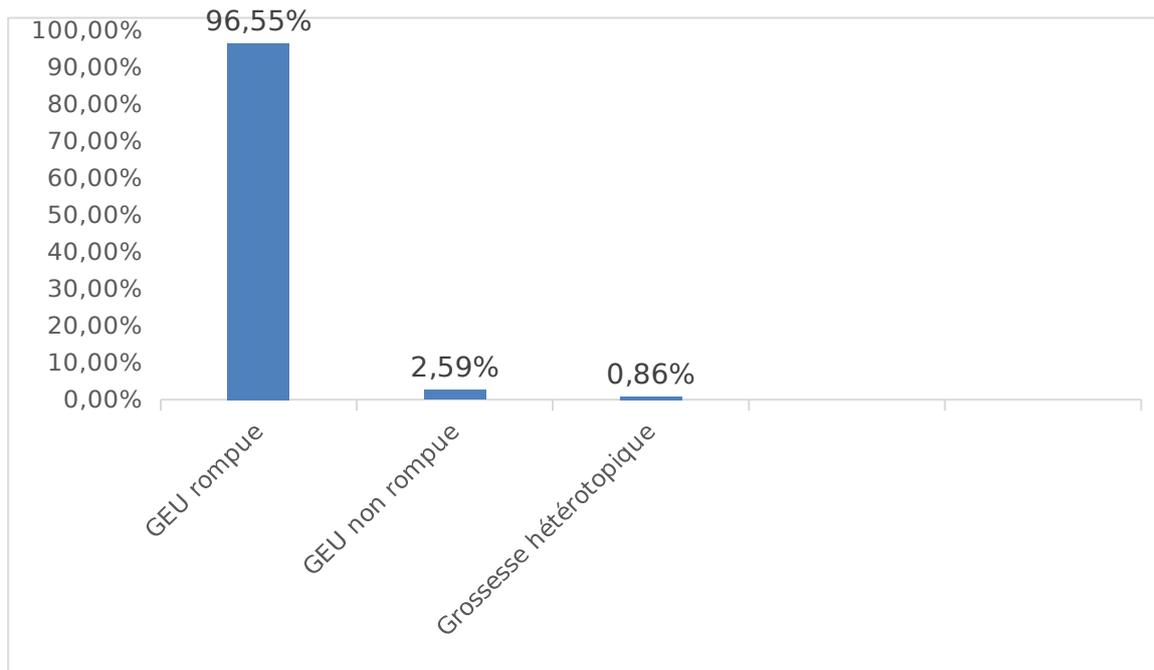


Figure 11 : Répartition des cas selon le diagnostic retenu.

Dans notre étude le diagnostic retenu a été la GEU rompue soit 96,55% des cas.

6- Traitements :

- Médical :

Tableau XIV : Répartition des patientes selon le traitement médical.

Traitement médical	Effectif	Pourcentage
OUI	3	2,59
Non	113	97,41
Total	116	100

Dans notre étude trois de nos patientes ont bénéficié d'un traitement médical à base de méthotrexate en raison de 1mg/kg soit 2,59%.

- Transfusion :

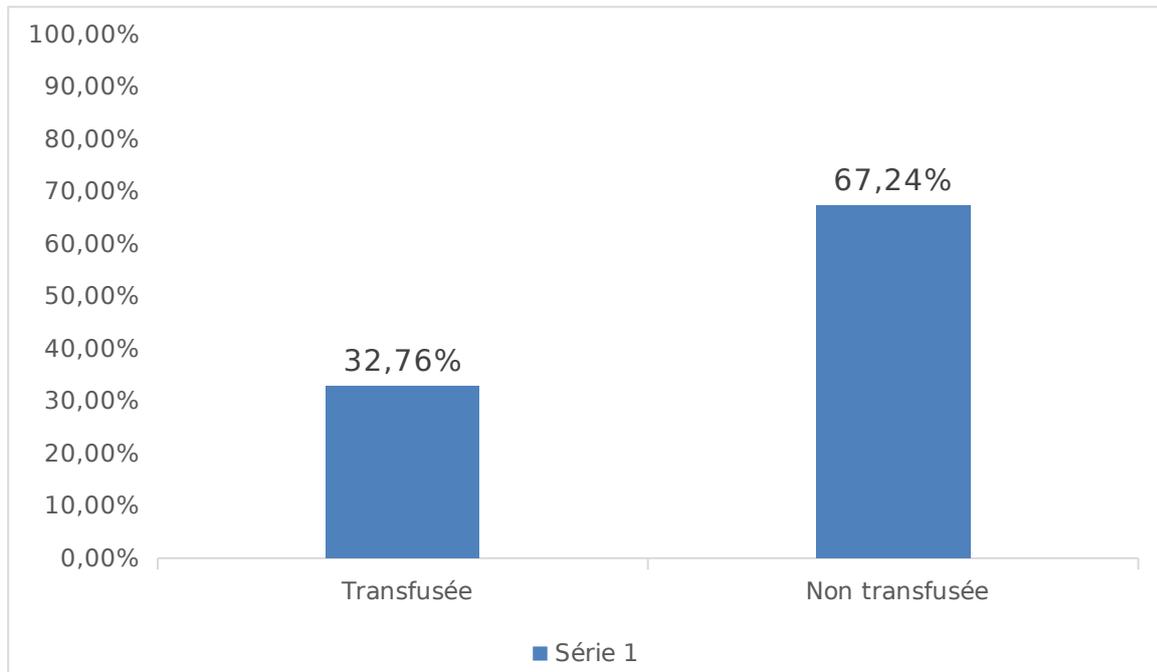


Figure 12 : Répartition des cas selon la transfusion.

Dans notre étude, 32,76% de nos patientes ont bénéficié d'une transfusion.

- Techniques chirurgicales

Tableau XV : Répartition des patientes selon les techniques chirurgicales.

Techniques chirurgicales	Effectif	Pourcentage
Salpingectomie	108	95,58
Subtotale		
Annexectomie	5	4,42
Total	113	100

Dans notre étude, la technique chirurgicale la plus utilisée a été la salpingectomie subtotale soit 95,58%.

-GESTES ASSOCIES

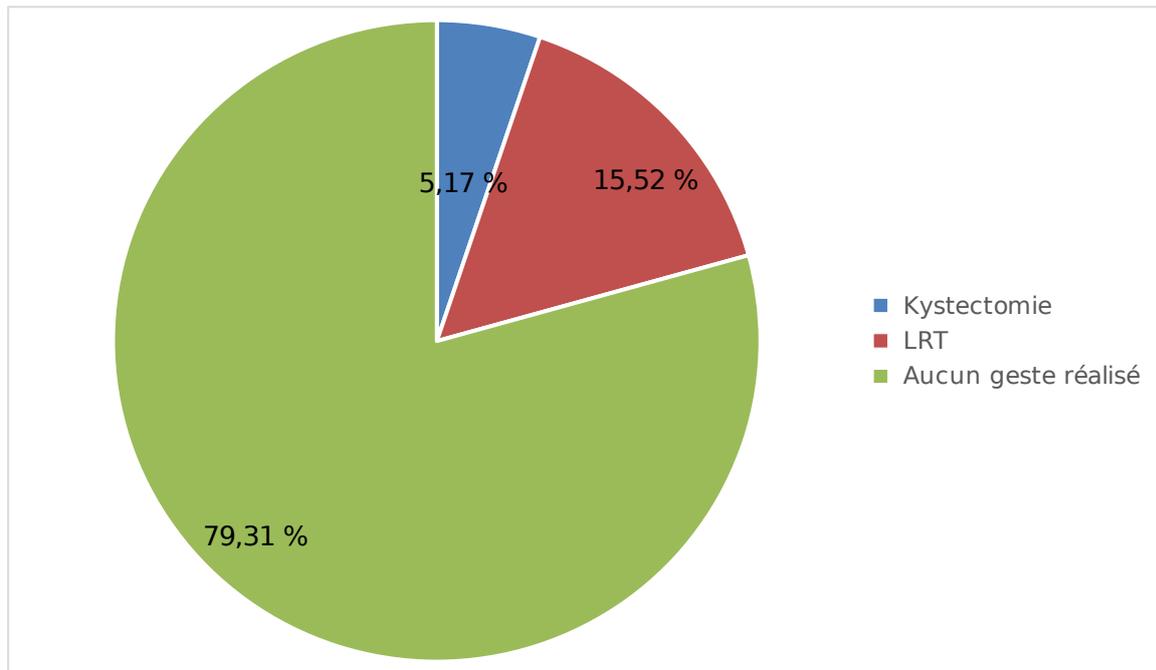


Figure 13: Répartition des cas selon les gestes associés.

LRT= ligature et résection des trompes

Dans notre étude, la ligature et résection des trompes (LRT) a été le geste associé le plus représenté soit 15,52%.

7- Données histologiques

Tableau XVI : Répartition selon les résultats histologiques.

Résultats histologiques	Effectif	Pourcentage
Salpingite chronique	40	35,41
Sans étiologie	29	25,66
Bilharziose tubaire	29	25,66
Endométriose tubaire	15	13,27
Total	113	100

Dans notre étude, la salpingite chronique a été le résultat histologique le plus représenté soit 35,41%.

Tableau XVII : Répartition selon la présence de villosités choriales.

Villosités Choriales	Effectif	Pourcentage
----------------------	----------	-------------

Présence	101	89,4
Absence	12	10,6
Total	113	100

Dans notre étude, les villosités choriales ont été retrouvés dans 89,4% des cas.

Tableau XVIII : Répartition selon la présence d'embryon.

Embryon	Effectif	Pourcentage
présence	98	86,73
Absence	15	13,27
Total	113	100

Dans notre étude, l'embryon a été retrouvé dans 86,73% des cas.

8- Pronostic maternel :

Tableau XIX : Répartition des patientes selon le Décès.

Patiente	Effectif	Pourcentage
Vivante	115	99,14
Décédée	1	0,86
Total	116	100

Dans notre étude, nous avons enregistré un cas décès soit 0,86%.

9 - Tableaux Croisés

- Age/GEU

Tableau XX : Age/GEU.

Age	GEU		Total
	Rompue	Non rompue	
Moins de 20 ans	7	0	7
20 à 35 ans	100%	0,00%	100%
	99	3	102
	97,06%	2,94%	100%

Etude, clinique, thérapeutique et anatomopathologique de la GEU au CS Réf CVI du district de Bamako.

Supérieur	7	0	7
à 35 ans	100%	0,00%	100%
Total	113	3	116
	97,41%	2,59%	100%

Les GEU étaient fréquentes entre 20-35ans soit 87,93% des cas sans tendance significative. $\chi^2=0,28$, P = 0,86%.

- **Profession/GEU**

Tableau XXI : Profession/GEU.

Profession	GEU		Total
	Rompue	Non rompue	
Ménagères	97	3	100
	97%	3%	100%
Elèves	7	0	7
	100%	0,00%	100%
Fonctionnaires	6	0	6
	100%	0,00%	100%
Etudiantes	3	0	3
	100%	0,00%	100%
Total	113	3	116
	97,41%	2,29	100%

Les GEU étaient fréquentes chez les ménagères soit 86,21% des cas sans tendance significative. $\chi^2=0,29$, P = 0,96%.

- **Statut/GEU**

Tableau XXII : Statut matrimonial / GEU.

Statut matrimonial	GEU		Total
	Rompue	Non rompue	
Mariés	108	3	111
	97,30%	2,70%	100%
Célibataires	5	0	5
	100%	0,00%	100%
Total	113	3	116
	97,41%	2,59%	100%

Les GEU étaient fréquentes chez les mariés soit 95,69% des cas sans tendance significative. $\chi^2=0,09$, P = 0,76%.

- Niveau d'instruction/GEU

Tableau XXIII : Niveau d'instruction/ GEU.

Niveau d'instruction	GEU		Total
	Rompue	Non rompue	
n			
Non	89	2	91
scolarisé	97,80%	2,20%	100%
Primaire	15	1	16
Secondaire	93,75%	6,25%	100%
	7	0	7
Supérieur	100%	0,00%	100%
	2	0	2
TOTAL	100%	0,00%	100%
	113	3	116
	97,41%	2,59%	100%

Les GEU rompue étaient fréquentes chez les non scolarisés soit 85,34% des cas sans tendance significative. $\chi^2=2,22$, P = 0,52%.

- **Contraception/GEU**

Tableau XXIV : Contraception / GEU.

Contraceptions	GEU		Total
	Rompue	Non rompue	
Oui	10 100%	0 0,00%	10 100%
Non	103 97,17%	3 2,83%	106 100%
Total	113 97,41%	3 2,59%	116 100%

Les GEU étaient fréquentes chez les parturientes qui n'ont pas utilisé de méthode contraceptive soit 91,38% des cas sans tendance significative.

$\chi^2=0,20$, P = 0,91%.

Etude, clinique, thérapeutique et anatomopathologique de la GEU au CS Réf CVI du district de Bamako.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI- Commentaires et Discussion :

1- Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive allant du Janvier 2018 à Décembre 2018, portant sur l'étude clinique, thérapeutique et anatomopathologique de la grossesse extra-utérine au CSRéf de la commune VI du District de Bamako.

L'âge des patientes variaient de 18 à 40 ans, ceci nous a permis de faire une estimation sur la fréquence de la GEU au CSRéf de la commune VI du District de Bamako.

2- La fréquence :

Durant notre période d'étude nous avons colligé 116 cas de GEU sur 9012 femmes enceintes reçu en consultation soit une fréquence de 1,29%.

Ce résultat est presque similaire à celui de Elcharcha. M (24) en 2017 au Marrakech qui avait rapporté une fréquence de 1,40%.

Par contre supérieur à celui de Sanogo. B D en 2012 au Mali (1) qui avait rapporté une fréquence de 0,75%.

Cette différence de proportion pourrait s'expliquer en partie par la propagation des facteurs de risque notamment les IST.

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

3- Caractéristiques socio- démographiques

A- L'âge :

Dans notre étude, la tranche d'âge la plus représentée a été celle de 20-35 ans.

L'âge moyen était de 27 ans avec des extrêmes de 18 et 40 ans.

Cette moyenne d'âge est similaire à celle de Sanogo. B D en 2012 au Mali (1) qui avait trouvé 27,5 ans et inférieur à celle de Elcharcha. M en 2017 au Marrakech (24) qui avait trouvé 31ans.

B- La profession

Dans notre étude, les ménagères représentaient la profession la plus fréquente avec une proportion de 85,34%.

Ce taux est supérieur à ceux de Sanogo. D B en 2012 au Mali (1) et Keïta. M en 2006 au Mali (3) qui avaient rapporté 68% et 59,08%.

Par contre il est différent de celui trouvé par Fernandez. H en 1986 au Gabon (2).

C- Statut matrimonial :

Dans notre étude, presque la majorité de nos patientes était marées soit 95,69%. Ce taux est légèrement supérieur à celui de Sanogo. D B en 2012 au Mali (1) qui avait trouvé 92%, par contre il est similaire à celui de Elcharcha. M en 2017 au Marrakech (24) qui avait trouvé 95%.

D- La provenance :

Toutes nos patientes sont venues de la commune VI soit 100%. Contrairement à celui de Sanogo. D B en 2012 au Mali (1) qui a rapporté 78%. Cela s'explique par la proximité du centre mais aussi par la qualité des prestations selon la population.

4- Données cliniques :

A- Mode d'admission :

Dans notre étude, 51,72 % de nos patientes sont venues d'elles-mêmes tandis que les évacuations ont représenté 48,28% de nos admissions ; contrairement à Sanogo. D B en 2012 au Mali (1) qui a rapporté que 40% des patientes sont venues d'elles-mêmes tandis que 60% des patientes ont été référées. Il existe dans la commune un système de référence /évacuation avec un système de partage des coûts entre les différents acteurs.

B- Antécédent de chirurgie pelvienne :

Dans notre étude, 3,48% de nos patientes avaient un antécédent de GEU antérieur. Ce taux est inférieur à ceux de Sanogo. D B en 2012 au Mali (1) et de Keïta. M en 2006 au Mali (3) qui avaient rapporté 8% et 32,65%.

Par contre elle est similaire à celui de Samuel. D G en 2007 au Mali (22). Les récurrences de GEU ont été observées dans 3,48% des cas.

Ceci pourrait s'expliquer par la persistance des causes notamment les infections génitales après la GEU, et les difficultés de suivi post opératoire des patientes.

B- Les antécédents obstétricaux :

- La gestité :

Dans notre étude, les pauci gestes ont été les plus représentées soit 43,10%. Sanogo. D B en 2012 au Mali (1) a trouvé que les multi gestes étaient les plus représentées avec 44%.

La GEU peut survenir à n'importe quel âge de la période d'activité génitale.

- La parité :

Dans notre étude, les paucipares étaient les plus représentées soit 37,07% suivies par les primipares et les multipares.

Elcharcha. M en 2017 au Marrakech (24) et Sanogo. D B en 2012 au Mali (1) ont trouvé que les primipares et les multipares étaient les plus représentées soit 29% et 30%.

Cela sous-entend que la GEU peut survenir quel que soit la parité

- Les antécédents d'avortement :

Dans notre étude, 15,52% de nos patientes avaient un antécédent d'avortement spontané.

Ce taux est inférieur à celui de Sanogo. D B en 2012 au Mali (1) qui a trouvé 14 %.

La plupart des avortements spontanés sont causés par les infections qui sont généralement méconnues et non traitées détériorant la qualité des trompes.

5- Manifestation cliniques

Les patientes consultent lorsque l'évolution de la grossesse est anormale. Dans notre étude, la douleur pelvienne seul (D) était le signe clinique le plus représenté soit 41,38% des cas. Ce taux est inférieur à ceux de Dembélé Y en 2006 au Mali (10) et de Keïta M en 2006 au Mali (3) qui ont rapporté 79,7% et 48,3%.

6.Examens paracliniques :

A- Biologie

Dans notre étude, l'anémie a été retrouvée chez 39,66% de nos patientes.

Ce taux est légèrement supérieur à celui de Dembélé. Y en 2006 au Mali (10) qui a trouvé 29,7%.

B. Echographie

L'échographie a été pratiquée dans 100% des cas et a objectivé un sac gestationnel en dehors de l'utérus ; ce taux est supérieur à celui de Sanogo. D B en 2012 au Mali (1) et de Elcharcha. M en 2017 au Marrakech (24) qui ont rapportés 84% et 80%.

Cela est dû au faite que l'échographie était disponible et fonctionnelle 24H/24H.

7. Etude histologique :

Dans notre étude le service d'anatomie et cytologique pathologiques a examiné 113 pièces opératoires et a mis en évidence :

-Des villosités placentaires dans 89,4% des cas.

- Un embryon dans 86,73% des cas.

Ces résultats sont similaires à ceux de Sanogo. D B en 2012 au Mali (1) qui avait trouvé :

- Des villosités placentaires dans 90% des cas.

- Un embryon dans 86% des cas.

- Ces résultats confirment la grossesse ectopique.

- Les étiologies suivantes ont été observées dans notre étude :

Une salpingite chronique a été retrouvée chez 35,41% de nos patientes.

Ce résultat est nettement supérieur à ceux de Picaud A (25) qui a trouvé 25,1% de salpingite chronique.

Par contre Wato G (26) a rapporté la bilharziose dans 3% des cas. Cela s'explique par la fréquence élevée des infections dans nos contrées.

8. Le traitement :

A- Médical

Dans notre étude, 2,59% de nos patientes ont bénéficié d'un traitement médical à base de méthotrexate.

La transfusion sanguine a été réalisée chez 32,76% de nos patientes. Ce résultat est inférieur à ceux de Sanogo D B en 2012 au Mali (1) et de Elcharcha M (24) qui ont retrouvés 94% et 87,5%.

B-Chirurgical

Dans notre étude, la salpingectomie subtotale a été réalisée chez 95,58% de nos patientes. Ce taux est légèrement supérieur à ceux de Sanogo D B en 2012 au Mali (1) et Dembélé Y en 2006 au Mali (10) qui ont trouvé 88,75% et 94%.

9. Pronostic maternel :

Nous déplorons un cas de décès soit un taux de 0,86%.

Ce résultat est légèrement inférieur à celui Sanogo D B en 2012 au Mali (1) qui a trouvé 2% de cas de décès.

Son état nécessitait une transfusion malheureusement elle n'a bénéficié que d'une poche de sang iso groupe iso rhésus le décès survient une heure de temps après l'intervention chirurgicale.

CONCLUSION

VII-Conclusion :

La GEU constitue un problème de santé publique dans nos pays, lié à une augmentation croissante de sa fréquence.

L'infection génitale de plus en plus fréquente, la multiplicité des partenaires, l'insuffisance dans la prise en charge des IST et des avortements clandestins constituent des facteurs de risques non négligeables.

La triade symptomatique classique à savoir (douleurs abdomino-pelviennes + aménorrhée + métrorragies) a constitué le principal tableau clinique. Le diagnostic presque toujours tardif et l'accès difficile à des moyens diagnostiques comme l'échographie offre peu de choix thérapeutique. Un traitement chirurgical lourd entraîne d'importante mutilation et diminue-les chances de fécondité ultérieure des patientes.

L'issue de cette pathologie est favorable dans la majorité des cas si le diagnostic est précoce avec prise en charge adéquate.

Etude, clinique, thérapeutique et anatomopathologique de la GEU au CS Réf CVI du district de Bamako.

RECOMMANDATIONS

VIII- Recommandations :

Aux autorités politico-administratives et sanitaires :

-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).

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

-Recruter des médecins anatomopathologistes dans les CSREF pour faciliter le diagnostic histologique.

A la Direction du CSREF :

-Equiper le laboratoire du CSREF en réactif permettant le dosage quantitatif des β HCG.

-Former et recycler le personnel soignant au dépistage et à la prise en charge des IST.

-Doter la mini banque de sang du CSREF en quantité suffisante de sang et de produits sanguins.

Aux personnels socio- sanitaires :

-Promouvoir la sensibilisation, l'information, l'éducation et le changement de comportement sur les IST.

-Respecter les normes et procédures en matière de santé de la reproduction.

À la population :

- Fréquenter les services de santé de la reproduction pour dépister tôt les IST.

Etude, clinique, thérapeutique et anatomopathologique de la GEU au CS Réf CVI du district de Bamako.

REFERENCES

IX-Références :

1. Sanogo D B. Aspect Epidémiologiques et Anatomopathologique de la GEU au CS Réf CVI du district de Bamako. Thèse de Médecine Bamako [Thèse de médecine]. [Bamako- Mali]: FMOS; 2012.
2. Fernandez H. Grossesse extra-utérine, étiologie, diagnostic, évolution, traitement. Revue du praticien. 2000 ; 50 : 23.
3. Keïta M. Aspect épidémio-clinique et thérapeutique de la grossesse extra-utérine au centre de santé de référence de la commune IV [Thèse de médecine]. [Bamako- Mali]: FMOS; 2006.
4. Lawson T. Ectopic pregnancy criteria and accuracy of ultrasonic diagnosis AM. J R oentegenol. 1978; 1: 53.
5. Stromne J. Salpingectomy for brutal pregnancy report of a successful case Obstat gynecol. 1993; 1: 472-81.
6. Manches H, Mage G, Pouly J, Robert J, Bruhat M. Traitement coelioscopique de la grossesse tubaire non rompue ; Amélioration techniques. Presse Médicale. 1983; 12: 1431.
7. Tanaka D. Treatment of interstitial pregnancy with méthotrexate : Report of succenfull case. Fertile. 1982 ; 37 : 85 et 853.
8. Dargent, Lansac. Grossesse extra-utérine : avenir des opérées et chirurgie conservatrice. Rev part. 1973; 23: 33 et 53.
9. Doyle M, Decherney A, Diamond M. Epidemiology and etiology of ectopic pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am. 1991 ; 18 : 1-17.
10. Dembele Y. Grossesse extra utérine : aspects épidémiologique, clinique, diagnostique, thérapeutique et pronostique au Centre de Santé de Référence de la commune V du District de Bamako à propos de 127 cas [Thèse de médecine]. [Bamako- Mali]: FMOS; 2006.

11. Sidibé S. GEU : aspects épidémie-cliniques et thérapeutique au centre de santé de référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 128cas [Thèse de médecine]. [Bamako- Mali]: FMOS; 2011.
12. Guenedeba D. La GEU dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré [Thèse de médecine]. [Bamako- Mali]: FMOS; 2007.
13. Berger M, Taymor M. Simultaneous intra-utérine and tubal pregnancies Following ovulation induction. *Am J Obstet Gyn.* 1975; 82: 775-82.
14. Goldner T, Lawson H, Xia Z, Atrasch H. Surveillance for ectopic pregnancy-United States 1970-1989.*MMWR.* 1993; 42: 35-75.
15. Judlin P, Leguin T, Zaccabri A, Landes P. Avenir génital après GEU à propos d'une série continue de 330cas.*J. Gynecol. Obstet Biol. Reprod.* 1986; 12: 58-9.
16. Job-Spira N, Fernandez H, Bouyer J, Pouly J, Germain E, Coste J. Ruptured tubal ectopic pregnancy: risk factors and reproductive outcome: results of a population-based study in France.*Am J. Obstet Gynecol.* 1999; 180: 44-938.
17. Xiong X, Buekens P, Wollast E, Iud D. Use and the risk of ectopic pregnancy ; a meta-analysis of case-control studies, *contraception.* 1995; 52: 23-34.
18. Yang C-P, Chow W, Daling J, Weiss N, Moore D. Does prior infertility increase the Risk of tubal pregnancy ? *Fertil Sterile.* 1987; 48: 62-8.
19. Meirik O. Ectopic pregnancy during 1963-78. In Uppsala countrsedent *Acta. Obstet. Gynecol scand.* 1981; 60: 545-8.
20. Rothe D, Birnbaum S. Cervical pregnancy diagnostic and management. *Obstet Gynecol.* 1973; 42: 675.

21. Mol Bw J, Ankum W, Bossyt P, Kau Derveen F. Contraception and the risk of ectopic pregnancy ; a meta- analysis. *Contraception*. 1995 ; 52 : 337-41.
22. Samuel DG. Etude de la grossesse extra-utérine dans le service de gynécologie –obstétrique du CHU Gabriel Touré à propos de 83cas [Thèse de médecine]. [Bamako- Mali]: FMOS; 2007.
23. Bah B. La grossesse extra utérine en milieu noir africain à propos de 104 cas observé à Bamako [Thèse de médecine]. [Bamako- Mali]: FMOS; 1980.
24. Elcharcha M. GEU : épidémiologie, diagnostic, traitement et pronostic obstétrical. Thèse de Médecine Marrakech 2017. [Thèse de médecine]. [Egypte] : Marrakech ; 2017.
25. Picaud A. Evolution de la fréquence de la grossesse extra utérine à Libreville (Gabon) de 1977 à 1989. *Med. Afr. Noire*. 1989 ; 1977 ; 39 :798-805.
26. Watao G. GEU et Bilharziose tubaire au Sénégal à propos de 3 cas [Thèse de médecine]. [Sénégal] ; 2000 10 : 304 - 309.

Etude, clinique, thérapeutique et anatomopathologique de la GEU au CS Réf CVI du district de Bamako.

ANNEXES

Annexes :

Fiche d'enquête

Fiche N° : ----- Année : -----

I-Données sociodémographiques

1- Nom : -----

2- Prénom : -----

3- Age : -----

4- Ethnie :

(1=Bambara, 2=Sarakolé, 3=Sonraï, 4=Peulh, 5=Malinké, 6=Dogon ,7=Bowa, 9=autres)

5- Adresse : (1= Sogoniko, 2= Magnabougou, 3= Sokorodji, 4= Missabougou, 5= Faladiè, 6= Niamakoro, 7= Djandjiguila, 8= Banankabougou, 9=Senou, 10=Yirimadjo)

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

Scolarisée)

7- Profession : (1= ménagère ; 2 = fonctionnaire ; 3= élève, 4= Étudiante, 5= autres)

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

II-Antécédents

A- Médicaux :

1- HTA : (1=oui ; 2=non)

2- Diabète : (1=oui ; 2=non)

3- Drépanocytose : (1=oui ; 2=non)

4- Asthme : (1=oui ; 2=non)

5- Bilharziose : (1=oui ; 2=non)

B- Chirurgicaux :

- 1- Appendicectomie : (1=oui ; 2=non)
- 2- Plastie tubaire : (1=oui ; 2=non)
- 3- Cure de GEU antérieure : (1=oui ; 2=non)
- 4- Péritonite : (1=oui ; 2=non)
- 5- Kystectomie : (1=oui ; 2=non) 19 Césarienne : (1=oui ; 2=non)
- 6- Chirurgie des voies urinaires : (1=oui ; 2=non)
- 7- Chirurgie conservatrice des trompes : (1=oui ; 2=non)
- 8- Autres : (1=oui ; 2=non)

C- Gynéco-obstétricaux :

- 1- Ménarche : (1=oui ; 2=non)
- 2- 24 Cycles : (1=oui ; 2=non)
- 3- Durée des règles :.....
- 4- Dysménorrhée : (1=oui ; 2=non)
- 5- Gestité : (1=oui ; 2=non)
- 6- Parités :.....
- 7- Avortement : (1=oui ; 2=non)
- 8- Fausse couche : (1=oui ; 2=non)
- 9- IVG : (1=oui ; 2=non)
- 10- Annexite : (1=oui ; 2=non)
- 11- Traitée pour stérilité : (1=oui ; 2=non)
- 12- Stérilité tubaire : (1=oui ; 2=non)
- 13- Contraception : (1=pilule œstroprogestative ; 2= pilule progestative ; 3=DIU ; 4=dépôt provera ; 5=pilule du lendemain ; 6=implant de Jadelle)

III-Mode d'admission :

A- Date d'admission :

- 1- Venue d'elle-même : (1=oui ; 2=non)
- 2- Référée /évacuée : (1=oui ; 2=non)
- 3- Motif d'évacuation : (1= GEU rompue échographique, 2= GEU non rompue échographique, 3= douleurs pelviennes, 4= métrorragies)
- 4- Moyen de déplacement utilisé : (1=taxi, 2=motocyclette, 3= véhicule personnel, 4=autres)
- 5- Qualification de l'agent qui a évacué : (1= médecin, 2=sagefemme, 3=infirmier)

IV-Données cliniques à l'admission

A- Signes fonctionnels :

- 1- Notion de retard des règles / d'aménorrhée : (1=oui ; 2=non)
- 2- Douleurs pelviennes spontanées : (1=oui ; 2=non)
- 3- Métrorragies : (1=oui ; 2=non)
- 4- Hyperthermie : (1=oui ; 2=non)
- 5- Lipothymie et syncopes : (1=oui ; 2=non)

B- Signes sympathiques de grossesse :

- 1- Sialorrhée : (1=oui ; 2=non)
- 2- Nausées : (1=oui ; 2=non)
- 3- Vomissement : (1=oui ; 2=non)
- 4- Tension mammaire : (1=oui ; 2=non)
- 5- Constipation : (1=oui ; 2=non)

C- Signes physiques :

- 1- Pâleur : (1=oui ; 2=non)
- 2- Fièvre : (1=oui ; 2=non)
- 3- Signe de flot : (1=oui ; 2=non)
- 4- Cri de l'ombilic : (1=oui ; 2=non)
- 5- Météorisme : (1=oui ; 2=non)

6- Cri du Douglas : (1=oui ; 2=non)

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

D- Examens para cliniques :

1- Groupage Rhésus :.....

2- NFS :.....

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

4- Béta HCG plasmatique : (1=oui ; 2=non) :

5- Echographie pelvienne :.....

V-Diagnostic retenu :

1- GEU : (1=rompue ; 2=non rompue)

VI-Traitement de la grossesse extra-utérine

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

2- Motif.....

3- Moyen utilisé

4- Qualification de l'agent qui a évacué

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

6- Annexectomie : (1=oui ; 2=non)

7- Salpingectomie : (1=oui ; 2=non)

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

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

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

I- Aspects per opératoires :

- 1- Localisation : (1= droite, 2= gauche)
- 2- Siege de la nidation : (1 = Interstitiel, 2 = Ampulo-isthmique, 3 = Ampullaire, 4 = Isthmique, 5 = Ovarien, 6= Cervical, 7 = Abdominal)
- 3- GEU bilatérale : (1=oui ; 2=non)
- 4- GEU+GIU : (1=oui ; 2=non)
- 5- Nature des lésions : (1= rupture ou fissuration de la paroi tubaire, 2=Avortement tubo-abdominal complet ou en cours, 3 =Intégrité de la paroi tubaire, 4 = Hemosalpinx, 5 = Hématocèle retro-utérine)
- 6- Etat du pelvis et de la trompe controlatérale à la laparotomie : (1 =Trompe controlatérale saine, 2 =Trompe unique, 3 =adhérent e, 4=inflammatoire)
- 7- Etat de l’ovaire controlatéral : (1 = bon, 2 = mauvais)

VIII-Anatomie pathologie :.....

IX-Autres traitements :

- 1- Antibiotiques : (1=oui ; 2=non)
- 2- Antalgiques : (1=oui ; 2=non)
- 3- Anti-inflammatoire : (1=oui ; 2=non)
- 4- Transfusion : (1=oui ; 2=non)

X-Evolution et suites opératoires :

- 1- Complications : (1=oui ; 2=non)
- 2- Affections associées : (1=oui ; 2=non)
- 3- Nombre de jours d’hospitalisation :.....
- 4- Etat à la sortie :
- 5- Autres :

Fiche Signalétique

Nom : SOUMAORO

Prénom : Seydou

Titre : Etude, clinique, thérapeutique et anatomopathologique de la grossesse extra-utérine au CS Réf CVI du District de Bamako du 1er Janvier 2018 au 31 Décembre 2018.

Année universitaire : 2019-2020

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS).

Secteur d'intérêt : Gynécologie-obstétrique.

No tél : 64802657 / 77553079

E-mail : soumseyd@gmail.com

Résumé :

Les hémorragies du premier trimestre de la grossesse sont des motifs fréquents de consultation dans le service de gynéco-obstétrique.

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive qui a porté sur les cas de GEU présent en charge dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako du 1er Janvier 2018 au 31 Décembre 2018 soit une période de 1 an.

Au cours de notre étude nous avons colligé 116 Cas de GEU.

Durant la même période, notre étude nous a permis de déterminer :

- La fréquence de la GEU dans le service soit 1,29% ;
- Les complications telles que la stérilité et la mort ;
- Les moyens et méthodes de diagnostic et de prise en charge ont été l'examen clinique, l'échographie pelvienne, la prise charge a été médical dans 2,59% et chirurgicale dans 95,58% ;

Etude, clinique, thérapeutique et anatomopathologique de la GEU au CS Réf CVI du district de Bamako.

-Le facteur de risque principal retrouvé a été la vulvo-vaginite soit 65,85%.

La majorité de nos patientes ont consulté au stade tardif de rupture avec comme complications immédiates l'hémorragie, l'anémie et un pronostic obstétrical moyen.

Le principal moyen thérapeutique au niveau du CS Réf commune CVI du District de Bamako reste malheureusement la chirurgie radicale.

Mots clés : GEU, facteurs de risque, pronostic obstétrical et maternel.

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 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!