

MINISTERE DE L'EDUCATION
NATIONALE

UNIVERSITE DE BAMAKO

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

ANNEE ACADEMIQUE 2007-2008

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple Un But Une Foi

THESE

298

**Etude des grossesses extra
utérines dans le service
de gynéco-obstétrique de
l'hôpital Fousseyni DAOU de
KAYES.**

se présentée et soutenue publiquement, le...../...../ 2009

Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odontostomatologie par :

Monsieur Yaya SINAYOKO

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

JURY

Président :

Professeur Salif DIAKITE

Membres :

Docteur Issa DIARRA

Codirecteur :

Docteur Niara BENGALY

Directrice de thèse :

Professeur SY Aïssata SOW

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2008 - 2009

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR
1^{er} ASSESSEUR : DRISSA DIALLO - MAITRE DE CONFERENCES
2^{eme} ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE - MAITRE DE CONFERENCES
SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - PROFESSEUR
AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL - CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou EA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phthisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALLY	Médecine Interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Saïmbou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Kalilou OJATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, Chef de D.E.R
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophthalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA-	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie - Réanimation
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA
Mr Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mme Diénéba DOUMBIA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Adama SANGARE
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Lamine TRAORE
Mr Mady MACALOU
Mr Aly TEMBELY
Mr Niani MOUNKORO
Mr Tiemoko D. COULIBALY
Mr Souleymane TOGORA
Mr Mohamed KEITA
Mr Bouraïma MAIGA
Mr Youssouf SOW
Mr Djibo Mahamane DIANGO
Mr Moustapha TOURE
Mr Mamaçou DIARRA
Mr Boubacary GUINDO
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA
Mr Birama TOGOLA
Mr Bréhima COULIBALY
Mr Adama Konoba KOITA
Mr Adégné TOGO
Mr Lassana KANTE
Mr Mamby KEITA
Mr Hamady TRAORE
Mme KEITA Fatoumata SYLLA
Mr Drissa KANIKOMO
Mme Kadiatou SINGARE
Mr Nouhoum DIANI
Mr Aladji Seydou DEMBELE
Mr Ibrahima TEGUETE
Mr Youssouf TRAORE
Mr Lamine Mamadou DIAKITE

Gynéco-Obstétrique
ORL
ORL
Anesthésie/Réanimation
Urologie
Orthopédie - Traumatologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Orthopédie - Traumatologie
Ophtalmologie
Orthopédie/Traumatologie
Urologie
Gynécologie/Obstétrique
Odontologie
Odontologie
ORL
Gynéco/Obstétrique
Chirurgie Générale
Anesthésie-réanimation
Gynécologie
Ophtalmologie
ORL
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Pédiatrique
Odonto-Stomatologie
Ophtalmologie
Neuro Chirurgie
Oto-Rhino-Laryngologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Gynécologie/Obstétrique
Gynécologie/Obstétrique
Urologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA
Mr Ogobara DOUMBO
Mr Yénimégué Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Bakary M. CISSE
Mr Abdourahamane S. MAIGA
Mr Adama DIARRA
Mr Mamadou KONE

Chimie Générale & Minérale
Biologie
Chimie Organique
Parasitologie – Mycologie
Chimie Organique
Immunologie
Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amagana DOLO
Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F.M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr Ibrahim I. MAIGA
Mr Mahamadou A. THERA

Histoembryologie
Bactériologie-Virologie
Parasitologie **Chef de D.E.R.**
Biologie
Entomologie Médicale
Malacologie, Biologie Animale
Bactériologie – Virologie
Parasitologie -Mycologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA
Mr Mounirou BABY
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr Bouréma KOURIBA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Cheik Bougadari TRAORE
Mr Guimogo DOLO
Mr Mouctar DIALLO
Mr Abdoulaye TOURE
Mr Boubacar TRAORE
Mr Djibril SANGARE
Mr Mahamadou DIAKITE
Mr Bakarou KAMATE
Mr Bakary MAIGA

Chimie Organique
Hématologie
Biophysique
Biologie
Immunologie
Bactériologie-Virologie
Anatomie-Pathologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Biologie Parasitologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Parasitologie Mycologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Immunologie – Génétique
Anatomie Pathologie
Immunologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOGO
Mr Bokary Y. SACKO
Mr Mamadou BA
Mr Moussa FANE
Mr Blaise DACKOUCO

Entomologie Moléculaire Médicale
Biochimie
Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Parasitologie Entomologie
Chimie Analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAIGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Moussa Y. MAIGA
Mr Somita KEITA
Mr Boubakar DIALLO
Mr Toumani SIDIBE

Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie, **Chef de DER**
Neurologie
Radiologie
Médecine Interne
Hématologie
Gastro-entérologie – Hépatologie
Dermato-Léprologie
Cardiologie
Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA
Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Mamadou DEMBELE
Mr Mamady KANE
Mr Saharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mr Adama D. KEITA
Mr Sounkalo DAO
Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mr Daouda K. MINTA

Pneumo-Phtisiologie
Médecine Interne
Radiologie
Médecine Interne
Radiologie
Néphrologie
Psychiatrie
Psychiatrie
Gastro-entérologie
Endocrinologie
Radiologie
Maladies Infectieuses
Pédiatrie
Maladies Infectieuses

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Habibatou DIAWARA
Mr Kassoum SANOGO
Mr Seydou DIAKITE
Mr Arouna TOGORA
Mme KAYA Assétou SOUCKO
Mr Boubacar TOGO
Mr Mahamadou TOURE
Mr Idrissa A. CISSE
Mr Mamadou B. DIARRA
Mr Anselme KONATE
Mr Moussa T. DIARRA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Souleymane COULIBALY
Mr Cheïck Oumar GUINTO
Mr Mahamadoun GUINDO
Mr Ousmane FAYE
Mr Yacouba TOLOBA
Mme Fatoumata DICKO
Mr Boubacar DIALLO
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA
Mr Modibo SISSOKO
Mr Ilo Bella DIALL
Mr Mahamadou DIALLO

Dermatologie
Cardiologie
Cardiologie
Psychiatrie
Médecine Interne
Pédiatrie
Radiologie
Dermatologie
Cardiologie
Hépatogastro-Entérologie
Hépatogastro-Entérologie
Pneumologie
Psychologie
Neurologie
Radiologie
Dermatologie
Pneumo-Phthisiologie
Pédiatrie
Médecine Interne
Neurologie
Psychiatrie
Cardiologie
Radiologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Ousmane DOUMBIA
Mr Elimane MARIKO

Chimie analytique, Chef de D.E.R.
Pharmacie Chimique
Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KFITA
Mr Benoît Yaranga KOUMARE
Mr Ababacar I. MAIGA
Mme Rokia SANOGO

Matières Médicales
Galénique
Chimie Analytique
Toxicologie
Pharmacognosie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE
Mr Saïbou MAIGA
Mr Ousmane KOITA
Mr Yaya COULIBALY
Mr Abdoulaye DJIMDE
Mr Sékou BAH
Loséni BENGALY

Galénique
Législation
Parasitologie Moléculaire
Législation
Microbiologie-Immunologie
Pharmacologie
Pharmacie Hospitalière

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAIGA	Santé Publique
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Mamadou Souncale TRAORE	Santé Publique

2. MAITRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadou SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Akory AG IKNANE	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique

3. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléymanne GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISS	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie

DEDICACES

Je dédie ce travail à ALLAH, le tout puissant ; le Miséricordieux ; le Maître des destins, de m'avoir guidé et surtout assisté tout au long de mes études jusqu'à la réalisation de ce document.

Qu'il guide davantage mes pas pour le reste de mon existence.

A ma mère : Fatoumata DEMBELE

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. Vos soutiens moraux et maternels ne nous ont jamais fait défaut. Puisse ALLAH, le tout puissant vous faire bénéficier du fruit de votre patience. Amen !

A mon père : Moriba SINAYOKO

La sagesse de vos conseils, la confiance, et l'attention avec lesquelles vous m'avez assisté me resteront inoubliables. Jamais, je ne saurais vous rendre un hommage à la hauteur de vos efforts consentis. Retrouvez ici toute ma gratitude.

A mes tantes : particulièrement Nana kadidia DEMBELE, Sadioba KONATE, Nyama KOUMARE ; Amsa TOURE ; Fatoumata Domè OUOLOGUEM.

Vos affections, vos courages et vos bénédictions m'ont apporté réconfort et consolation. Vous avez été d'un apport inestimable dans l'élaboration de ce travail. Soyez rassurées de ma sincère reconnaissance.

Une fois de plus les mots me manquent pour vous exprimer toute ma reconnaissance. Que Dieu le tout puissant vous accorde une longue vie.

Amen !

A mes tontons et oncles :

Il m'est impossible de traduire ici tous les liens qui unissent un enfant à ses parents. Sans vos conseils, vos sacrifices, vos prières et vos encouragements, ce travail n'aurait jamais pu être réalisé. Recevez ainsi toute ma gratitude.

A mes frères et sœurs :

Ce travail est le votre, il est le fruit des liens sacrés qui nous unissent. Trouvez ici l'expression de mes sentiments fraternels.

A mes cousins et cousines :

Merci pour l'estime et le respect que chacun de vous à manifesté à mon égard.

A mes amis :

Oumar S COULIBALY, Yah DIARRA, Sekou OUOLOGUEM, Amadou kaïra DIALLO, Youssouf OUOLOGUEM, Abdoulaye SANGARE, Mohamed Moumouni TRAORE, Mohamed COULIBALY,

Recevez ici l'expression de ma sincère sympathie.

A toute ma promotion : 1999-2007 que ce travail soit un facteur de renforcement de nos liens d'amitié.

REMERCIEMENTS

A tout le corps professoral de la FMPOS.

A mes maîtres :

Pr TRAORE Mamadou

Dr BENGALY Niara ;

Dr DIASSANA Mahamadou,

Dr DIALLO Aziz ;

Dr TOGO Abdramane ;

Dr SISSOKO Sara

Dr TRAORE Soumana Oumar,

Dr TRAORE Oumar M dit DIAH ;

Pour les enseignements de qualité que nous avons reçus de vous.

A mes aînés :

Dr KASSAMBARA Yacouba ;

Dr KEITA Malamine ;

Dr SALL Abou

Dr KONATE Cheick Amala ;

Internes COULIBALY Khalifa et DEMBELE Kourou

Merci pour votre disponibilité et vos conseils précieux.

A mes collègues internes :

Amadou LY ;

Boubacar FOFANA ;

Aboubacar yoro SIDIBE ;

Ibrahima MACALOU ;

Alima DEMBELE ;

Mariam DIAKITE ;

Zakaria BERTHE ;

Drissa KONATE,

Nouhoum SAMAKE et tous les autres.

Pour votre collaboration, votre disponibilité, votre esprit d'équipe
et votre respect.

A mes tantes sages-femmes, infirmières, matrones :

Vos bénédictions m'ont apporté réconfort et consolation. Une fois
de plus les mots me manquent pour vous exprimer toute ma
reconnaissance. Que Dieu'le tout puissant vous accorde une
longue vie.

Amen !

A tout le personnel de l'hôpital Fousseyni DAOU.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Pr. Salif DIAKITE

- Professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique.
- Chargé de cours de gynécologie et d'obstétrique à la FMPOS.

Cher maître vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Nous apprécions en vous l'homme de science modeste et calme.

Votre expérience et la qualité exceptionnelle de votre enseignement font que nous sommes fiers d'être parmi vos élèves. Aussi nous avons été émerveillés par vos éminentes qualités humaines de courtoisie et de sympathie.

Cher maître, vous êtes et resterez un modèle à suivre. Soyez rassuré de notre profonde gratitude

A notre maître et juge

Dr Issa DIARRA

- **Spécialiste en gynécologie et d'obstétrique.**
- **Maître assistant à la FMPOS.**
- **Médecin colonel de l'armée nationale du Mali.**

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme membre de jury.

Votre simplicité, votre disponibilité en plus de vos compétences vous ont valu une très grande renommée hors de nos frontières notamment au Rwanda.

Nous savons le sérieux que vous attachez à notre formation et les efforts que vous déployez dans ce sens. Permettez nous cher maître de vous adresser nos sincères remerciements.

A notre maître et juge

Dr DIASSANA Mahamadou

- **Spécialiste en gynécologie et d'obstétrique.**
- **Chef de service de gynéco obstétrique de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes**

La Spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury nous est allée 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 maître et directrice de thèse

Pr. SY Aïssata SOW

- Professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique.
- Chef de service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.
- Chargée de cours de gynécologie et d'obstétrique à la FMPOS.
- Présidente de SOMAGO
- Chevalière de l'ordre national du Mali

En acceptant de diriger ce travail, vous nous avez signifié par la même occasion votre confiance.

Femme de science réputée et admirée par tous, nous avons été très impressionnés par votre simplicité, votre grande disponibilité, et votre amour du travail bien fait.

Nous avons été également comblés par les enseignements de qualité dont nous avons bénéficié à vos côtés, vos qualités intellectuelles et vos connaissances larges et toujours d'actualité font de vous un modèle de maître souhaité par tout élève.

Cher maître, veuillez accepter nos sincères remerciements.

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION ET OBJECTIFS

II-GENERALITES

- Historique
- Définition
- Fréquence
- Rappel de la physiologie, de la fécondation et de la nidation
- Rappel de la physiopathologie de la grossesse extra-utérine
- Etude clinique
- Evolution des grossesses extra-utérines

III-METHODOLOGIE

- Représentation géographique du lieu de stage
- Représentation de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes
- Cadre de l'étude

IV-NOTRE ETUDE :

- RESULTATS
- COMMENTAIRES ET DISCUSSION
- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

V-BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

- QUESTIONNAIRES
- SERMENT D'HIPPOCRATE

ABREVIATION

GEU : Grossesse extra-utérine

IST : Infections sexuellement transmissibles

MST : Maladies sexuellement transmissibles

IVG : Interruption volontaire de grossesse

GIU : Grossesse intra-utérine

DIU : Dispositif intra-utérin

ADN : Acide désoxyribonucléique

FIV : Fécondation in vitro

AMP : Assistance médicale à la procréation

HIFT : Transfert immédiat des gamètes dans les trompes

CS Réf CV : Centre de santé de référence de la commune V

CsCom : Centre de santé communautaire

OMS : Organisation mondiale de la santé

HMG: Hormone mammo-gonadotrophine

HCG: Hormone chorio-gonadotrophine

Coll. : Collaborateur

TC : Test à chlamydia

FIVETE : Fécondation in vitro et transfert d'embryon

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

I-INTRODUCTION

La Grossesse Extra-utérine est la nidation ectopique et le développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine, le plus souvent au niveau tubaire (98% des grossesses extra utérines), plus occasionnellement au niveau ovarien ou abdominal.

Sa fréquence a doublé au cours des treize dernières années, elle reste potentiellement létale. En France, elle représente 2% des grossesses soit 14000/an. Au Mali, les grossesses extra utérines occupent le troisième rang des urgences gynéco-obstétriques après la césarienne et les avortements spontanés, deuxième rang sur le plan des activités chirurgicales. Devant la recrudescence des facteurs favorisants que sont entre autres: la salpingite, la chirurgie tubaire, les infections sexuellement transmissibles (IST); son diagnostic et sa prise en charge, sont de plus en plus précoces permettant ainsi de nouvelles possibilités thérapeutiques: les traitements médicaux ou la coeliochirurgie.

Si le pronostic est maintenant plutôt lié à la fertilité ultérieure chez les patientes ayant présenté une grossesse extra-utérine; toute fois, il faut toujours la considérer comme une urgence chirurgicale.

Les formes anatomiques sont définies par la localisation ectopique de la nidation. La plupart des grossesses ectopiques sont des grossesses tubaires.

Les différentes parties anatomiques de la trompe peuvent être concernées :

- Dans 75% des cas il s'agit de l'ampoule
- Dans 20% des cas il s'agit de l'isthme
- Dans 3% des cas il s'agit de l'infundibulum

Cependant la grossesse extra utérine peut également être ovarienne dans environ 1% des cas, grossesses abdominales moins de 1% des cas ; elles peuvent s'implanter sur n'importe quel site de la cavité abdominale ; elles sont en fait souvent très vascularisées et donc potentiellement dangereuses. Les grossesses utérines anormales sont également rarissimes, inférieures à 1%.

Il s'agit des grossesses cervicales, diverticulaires en cas d'adénomyose, des grossesses angulaires ou des grossesses cornuales dans les utérus malformés (existent sur utérus sain) présentant en général une corne utérine rudimentaire. Elles sont souvent pourvoyeuses de rupture utérine avec pronostic vital engagé.

D'autres facteurs de risques de survenue de GEU sont évoqués notamment les interruptions volontaires de grossesses (IVG) clandestines fausses couches spontanées, compliquées d'infections génitales, chirurgie abdominale compliquée d'adhérence pelvienne, le fibromyome de la corne utérine, les malformations tubaires (diverticules), les infestations parasitaires (*SHISTOSOMA HAEMATOBIIUM*), induction de l'ovulation et les techniques d'assistance médicale à la procréation, DIU (dispositifs intra utérins), les échecs de stérilisation tubaire, l'utilisation de micropilules ainsi toutes causes d'altération de la paroi tubaire à savoir l'Endométrite, Tuberculose, Bilharziose, Tabagisme, Distilbène. Enfin, dans un certain nombre de cas, aucun facteur n'est identifié.

Le risque de GEU est plus élevé chez les femmes avec des antécédents de salpingite et de ses séquelles. Le principal germe responsable est *Chlamydiae Trachomatis*.

Le diagnostic de GEU est de difficultés variables. Dans la majorité des cas, le tableau clinique est dominé par la douleur et l'hémorragie. Dans les autres cas, il est souvent tardif en raison des formes trompeuses et ceci surtout dans les pays en voie de développement malgré l'introduction de nouvelles technologies telles que l'échographie, ainsi que le dosage de la fraction beta de l'hormone choriogonadotrope (B-HCG). Cela pose trois problèmes à savoir :

__l'importante morbidité due à la découverte tardive de la grossesse extra utérine essentiellement en phase de rupture avec hémopéritoine dont la conséquence est la perte de la trompe par la salpingectomie et parfois le décès maternel par hémorragie.

__Prise en charge de la patiente par la réanimation pré, per, et post opératoire, cela pour préserver la vie de la femme.

__l'avenir obstétrical de la femme qui reste tributaire de l'état du pelvis et de la trompe contralatérale.

La fertilité ultérieure de la patiente est gravement compromise si la patiente avait été opérée pour GEU, avec salpingectomie, ou si elle était porteuse d'une trompe unique pour une raison ou une autre, dans un contexte social où la stérilité même secondaire constitue un véritable drame.

Peu de travaux au service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes ont porté sur les grossesses extra-utérines, c'est pour raison que nous avons entrepris le présent travail avec comme objectifs :

OBJECTIFS

1-OBJECTIF GENERAL :

__ Etudier les grossesses extra utérines dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Fousseyni DAOU de KAYES.

2-OBJECTIFS SPECIFIQUES :

__ Evaluer la fréquence de la grossesse extra utérine dans le service

__ Préciser les méthodes diagnostiques de la GEU dans le service

__ Rapporter les formes cliniques de la GEU dans le service

__ Rapporter les moyens et les méthodes de traitement de la GEU dans le service

__ Evaluer le pronostic materno-foetal dans le service

__ Formuler des recommandations

II-Généralités

A- Historique :

La grossesse extra utérine, il y'a un siècle, était considérée comme une fatalité. C'est LAWSON TAIT, 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 [53] montrait que le traitement conservateur de la grossesse extra utérine était possible par laparotomie.

Jusqu'en 1977, la laparotomie était la méthode inévitable du diagnostic de la grossesse extra utérine.

Le traitement conservateur cœlioscopie de la grossesse extra utérine a été proposé pour la première fois en 1977 par MANHES et BRUHAT[8].

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 [30] au Japon par le METHOTREXATE. Depuis, d'autres substances sont utilisées notamment la RU486 et les prostaglandines dont les premiers essais ont été réalisés en cœlioscopie par injection intra tubaire de prostaglandine F2 alpha.

En France, FERNANDEZ [24] le pratique sous échographie. L'abstinence thérapeutique est évoquée par certains auteurs DARGENT.

B- Définition :

C'est la grossesse qui s'implante et se développe en dehors de la cavité utérine.

C- Fréquence :

Affection assez fréquente, une grossesse extra utérine sur 300 grossesses intra utérines au MALI CISSE H [11].

Ces vingt dernières années, on assiste à un dédoublement de son incidence.

Selon les rapports d'activités du service de gynéco-obstétrique du CHU de COCODY, le traitement de la grossesse extra utérine représente 45% des interventions chirurgicales en urgence.

SÉFFERT à Lyon observe une fréquence de 1 GEU pour 200 GIU. On a environ 14000 cas/an en France soit : 1,7% des grossesses. Toujours en France, ce taux atteint 2,2 pour 100 naissances.

Au MALI : - l'étude de SOUMARE. M [23] trouve une fréquence de 2,87% soit 1GEU pour 35 accouchements de 1996 à 1997 au CHU de Point-G.

- L'étude de CISSE. H[11] trouve une fréquence de 2,65 % soit 1 GEU pour 38 accouchements au centre de santé de référence de la commune V du district de BAMAKO de 1994 à 1999.

-L' étude de DEMBELE. Y [60] trouve une fréquence de 1,89% soit 1 GEU pour 53 accouchements au CS Réf CV du district de Bamako de 2005-2006.

D- Rappel de la physiologie, de la fécondation et de la nidation de l'œuf

1-La fécondation :

Elle est réalisée par la pénétration du spermatozoïde dans l'ovule mur, puis la fusion des éléments nucléaires et cytoplasmiques des deux gamètes qui donne un œuf diploïde et déclenche le développement FERRAND S MADELENATP [25].

La pénétration du spermatozoïde dans les voies génitales féminines :

Au moment de l'orgasme, 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 traversent le mucus cervical, qui possède au moment de l'ovulation sa perméabilité maximale (la glaire est filante et translucide), puis remontent 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.

L'ovule :

Pondu est recueilli par la trompe utérine ; les franges du pavillon tubaire entrent en turgescence, soit qu'elles viennent aspirer l'ovule à la surface de l'ovaire, 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.

LIEU DE FECONDATION :

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.

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

Mécanisme : il comprend trois étapes

Première étape : La 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, mucoprotéines élaborées par la muqueuse tubaire. Le spermatozoïde s'accroche alors à la zone pellucide, accrolement assuré par une liaison physico-chimique entre une fertilisante contenue dans la zone pellucide et certains ferments de 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 dans le cytoplasme. Les autres sont résorbés. Le flagelle du spermatozoïde disparaît, la tête et les centrosomes se gonflent et se transforment en un corpuscule allongé, le pronucléus male, qui se place au centre du cytoplasme.

Deuxième étape : L'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'accrocher au pronucléus male.

Troisième étape : Fusion de l'ovocyte

La synthèse d'ADN préparatoire de la deuxième division segmentaire s'effectue. Entre les deux pronucléus se constituent un fuseau achromatique. La chromatine de chacun des noyaux se condense en N-chromosomes qui se réunissent pour former une même plaque équatoriale. Celle-ci est donc formée de $2N$ chromosomes (soit 2fois 23 chez l'homme), nombre spécifique de l'espèce humaine.

La constitution chromosomique male XY est définitive ; elle restera la même pour toutes les cellules de l'organisme. L'étude du caryotype d'un individu permettra de déterminer son sexe génétique.

Dans les cellules de la femme se trouve un petit corpuscule foncé, le corpuscule de BARR, situé presque au contact de la membrane nucléaire, il détermine le sexe chromatinien.

Cette formation de la première cellule diploïde, en puissance de créer l'individu parfait ou zygote, est tout de suite suivie de la mitose. une anomalie en ce moment de la répartition chromosomique peut être à l'origine de malformations ovulaires souvent suivie d'avortement. Chaque anse chromatique se scinde en deux et se distribue également aux deux extrémités du fuseau chromatique : une cloison apparaît dans le cytoplasme. C'est donc une mitose équationnelle banale qui aboutit à la formation des deux premiers blastomères de l'œuf. Ce stade est atteint de 20 à 30 heures après la pénétration spermatique.

Modification volontaire de la fécondation :

La fécondation in vitro consiste à réaliser la fusion des gamètes hors de l'organisme. Elle est utilisée pour remédier à certaines stérilités tubaires ou liées à des 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 médicales à la procréation (A.M.P) sont utilisées dont le transfert immédiat des gamètes dans les trompes (G.I.F.T).

2-Segmentation :

Les phénomènes de la segmentation suivent immédiatement ceux de la fécondation pendant la migration de l'œuf dans la trompe vers l'utérus. L'œuf se divise en deux cellules égales, puis en quatre et huit blastomères.

A partir de ce stade atteint le 4^{ème} jour, la division devient inégale. On observe de petites cellules claires, les micromères, et de grosses cellules sombres, les macros mères.

Les micro-mères se multiplient plus rapidement que les macro-mères et les enveloppes d'une couche périphérique ou trophoblaste qui formera les annexes de l'œuf. Les macro-mères constituent l'embryon proprement dit.

A ce stade, les cellules de l'œuf sont rassemblées en un amas sphérique, la MORULA.

A la périphérie persiste encore la zone pellucide, légèrement amincie. La croissance du trophoblaste est rapide, une fente apparaît entre ces cellules et celles de l'embryon constituant la cavité du blastocyte. Cette cavité centrale se remplit de liquide, les macro-mères forment un amas de cellules, le bouton embryonnaire, et se localisent à un pôle de l'œuf. A ce stade l'œuf arrive dans l'utérus.

3-Migration :

Pour arriver dans l'utérus, l'ovule fécondé chemine dans la lumière de la trompe, c'est la migration. La progression 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 liquidien de la sérosité péritonéale 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 est assurée par l'imbibition des sécrétions tubaires. La durée de la migration tubaire semble être de 3-4 jours. La partie externe de la trompe est parcourue plus rapidement que la partie interne. L'œuf arrive alors libre dans la cavité utérine.

4-Implantation ou Nidation :

L'implantation (ou nidation) est la fixation de l'œuf dans la cavité utérine. Le blastocyste pénètre au sein de la muqueuse utérine progestative. Différents phénomènes sont nécessaires :

-Phénomènes histologiques : L'implantation implique d'abord une préparation hormonale de l'endomètre par l'œstradiol et la progestérone.

-Pré implantation : La muqueuse utérine subit les transformations suivantes :

Au cours de la deuxième phase du cycle menstruel, phase lutéale ou, mieux, état folliculo-lutéinique, des phénomènes de sécrétion apparaissent dans l'épithélium glandulaire suivi de modification caractéristiques du stroma.

Les culs de sacs glandulaires s'allongent et deviennent flexueux. Les tubes contiennent un mucus abondant. Les cellules de l'épithélium deviennent plus volumineuses, les cils vibratiles disparaissent. Les limites cellulaires ne sont plus visibles. Le noyau est refoulé vers le pôle apical, c'est-à-dire vers la cavité utérine.

Des enclaves, contenant du glycogène apparaissent dans la zone basale. Le stroma est œdémateux contient de nombreux leucocytes. La vascularisation est riche, des spirales commencent à se différencier.

Aux vingt deuxième jours du cycle menstruel, la muqueuse est au stade pré gravidique. La lumière des tubes est déformée par des saillies conjonctives et prend un contour caractéristique en dent de scie. Dans l'épithélium, le noyau est devenu basal, les enclaves des glycogènes se trouvent au pôle apical comme au pôle basal.

Le stroma est très œdémateux, les artérioles spirales prennent toutes leur netteté. Il semble indispensable que l'endomètre ait subi cette transformation sécrétoire pour que l'implantation soit possible.

A son arrivé dans l'utérus, l'œuf reste libre dans la cavité utérine pendant au moins trois jours. Cette période de pré-implantation est critique pour le blastocyste, qui continue à se développer, augmente considérablement de volume et doit se nourrir non pas des réserves vitellines minimales dans l'espèce humaine, mais des sécrétions de la cavité utérine.

En absence de corps jaune, l'œuf meurt avant même de s'implanter.

L'implantation :

L'œuf, au stade de blastocyste, se fixe par son pôle embryonnaire à la surface de la muqueuse utérine et pénètre dans l'épaisseur du chorion entre les tubes glandulaires. Il se recouvre d'un coagulum qui le sépare de la cavité utérine.

Cette action s'explique par le rôle actif du trophoblaste doué de mouvements amiboïdes et d'un intense pouvoir protéolytique et phagocytaire. La muqueuse environnante réagit par une forte congestion.

Les deux phénomènes se constituent l'un et l'autre. Identiques dans leur essence, on ne se sépare ici que pour la commodité didactique. Mais le tropisme du trophoblaste pour l'oxygène du sang est à la base des deux actions.

Dès lors, entourés de débits cellulaires et baignant dans une sérosité hémorragique, l'œuf se développe rapidement et établit ses connexions avec la circulation maternelle.

L'implantation a lieu normalement sur le fond utérin ou à son voisinage :

Accidentellement l'œuf peut s'implanter sur un autre point de l'utérus, au voisinage de l'isthme par exemple, origine possible du placenta prævia. Il peut même s'implanter en dehors de l'utérus, sur une trompe, un ovaire, le péritoine, lorsque la migration ne s'est pas faite ou s'est arrêtée trop tôt, origine des diverses variétés topographiques de grossesses ectopiques.

L'évolution de l'implantation : dès que l'œuf est logé dans la muqueuse utérine, celle-ci est le siège d'importantes modifications cytologiques. La menstruation ne se faisant pas, l'endomètre se transforme et prend désormais, le nom de CADUQUE, car il est destiné à tomber partiellement lors de l'expulsion du placenta.

Les caractéristiques morphologiques de la caduque sont les suivantes :

- le stroma est œdémateux ;
- la substance fondamentale du chorion se ramollit ;
- surtout les cellules déciduales apparaissent : grandes cellules de 30 à 100 microns, claires, polyédriques, à protoplasme aréolaire leur

noyau est central, régulier, avec un nucléole et des amas de chromatine. Leur taille permet de distinguer, à la superficie de petites cellules à activité mitotique intense ; en profondeur, de grandes cellules, parfois multi nucléés, contenant des enclaves de glycogènes et de la graisse.

Les cellules déciduales ont une origine mésenchymateuse : elles naissent par transformation des éléments conjonctifs jeunes du chorion de la muqueuse utérine qui se multiplie jusqu'à se juxtaposer pour devenir épithélium.

Cette métaplasie n'est pas nécessaire à la nidation, elle ne survient qu'après elle. Elle débute par la zone d'implantation et, dans l'espèce humaine, s'étend à tout l'endomètre. La décidualisation se fait surtout dans la zone superficielle de la muqueuse où les glandes finissent par disparaître, envahie par la prolifération cellulaire : c'est la couche compacte. En revanche, la partie profonde des glandes persiste et reste active, constituant la couche spongieuse de la caduque où se fera le clivage lors de la délivrance.

La transformation déciduale de la muqueuse utérine existe même dans la grossesse ectopique. Sa signification est encore mal connue.

D'autres phénomènes : outre leur action sur la structure de l'endomètre, l'œstradiol et la progestérone sont responsables de la sécrétion par celui-ci de différentes protéines qui agissent sur les mécanismes enzymatiques et immunitaires.

De plus l'embryon lui-même intervient sur le fonctionnement du corps jaune.

E- Rappel Physiopathologique de la grossesse Extra utérine

1-Anatomie et physiologie

a-Introduction :

Toute grossesse dans laquelle le produit de la conception s'implante en dehors de la cavité utérine est dite ectopique ou extra-utérine [33].

Le lieu d'implantation ectopique est en règle générale la muqueuse de la trompe.

La majorité des grossesses extra-utérines sont donc des grossesses tubaires.

Cependant, d'autres nidations aberrantes peuvent survenir telles qu'ovarienne, abdominale, cervicale, intra-ligamentaire, cornuale et dans une corne utérine rudimentaire.

Il faut mentionner également d'autres variantes de nidation ectopique telles que les grossesses extra-utérines et intra-utérines simultanées, la grossesse ectopique multiple (grossesse extra-utérine) tubaire bilatérale ou unilatérale.

On a même décrit des grossesses extra-utérines survenues après hystérectomie subtotale ou totale avec nidation dans la trompe restante ou le col restant [58].

b-Localisation des implantations ectopiques

• Les implantations tubaires :

La localisation tubaire est de loin la plus fréquente (95%). L'implantation peut se faire sur n'importe quel segment de la trompe [33].

✓ **Les grossesses interstitielles :** leur fréquence est de (1-2%) JANECK. P et COLL [32,36]. on distingue trois types topographiques de grossesses interstitielles :

- les grossesses tubo-utérines (tiers internes), siègent dans le premier tiers proximal de la portion interstitielle, en dedans du ligament rond, difficile à distinguer des grossesses angulaires dont l'existence comme variante anatomique est fortement discutée [33].
- Les grossesses intra-murales situées sur le tiers moyen, sous le ligament rond. Comme les précédentes, elles peuvent évoluer vers l'avortement endo-utérin avec expulsion du fœtus et de ses annexes par les voies naturelles ou vers la rupture de la corne utérine [33].
- les grossesses interstitielles tubo- utérines situées sur le tiers distal en dehors du ligament rond. Elles évoluent rapidement vers la rupture. Cette classification n'est valable que pour les grossesses précoces. Plus tard, il n'est plus possible de localiser le siège électif de la grossesse extra-utérine sur le trajet de la portion interstitielle [33].

✓ **La grossesse isthmique :** dans cette variante relativement fréquente (25%), l'œuf s'implante dans la région para-utérine. L'isthme étant la partie étroite et inextensible de l'oviducte et la grossesse extra-utérine localisée dans cette région évolue rapidement vers la rupture [33].

✓ **La grossesse ampullaire :** la plus fréquente 55% [33].

✓ **La grossesse fimbriale et infundibulaire :** ces deux dernières localisations sont souvent difficiles à distinguer l'une de l'autre. Au cours de leur croissance, elles font saillie dans la cavité abdominale et forment des adhérences avec les organes pelviens (ovaires, intestins, épiploon). Dans ce cas, on parle plutôt de grossesse tubo-abdominale et tubo-ovarienne.

• Localisation ovarienne :

(0,7-1,7%), 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 utéro-ovarien, ainsi que par la présence de tissu ovarien en contact direct avec le sac ovulaire [33].

On distingue :

- La grossesse ovarienne primaire où le tissu ovarien forme une coque complète de l'œuf ; grossesse intra folliculaire. Sa fréquence serait de 0,4-0,7%.
- la grossesse ovarienne combinée où le tissu ovarien ne forme pas de 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 variante de l'implantation ovarienne.

• L'implantation abdominale :

L'œuf se développe primitivement ou secondairement (après avortement tubo-abdominale), par exemple dans la cavité péritonéale, en se fixant sur n'importe quel organe. La grossesse abdominale primitive est exceptionnelle. L'évolution peut se prolonger au-delà du cinquième mois, mais des accidents hémorragiques graves peuvent survenir.

• L'implantation cervicale :

C'est une localisation très rare, environ 1 cas/15000 grossesses PAALMAN, ROTHE [43]. On doit la distinguer de l'avortement incomplet avec rétention et transplantaion secondaire du trophoblaste au niveau de l'endo-col, et aussi des grossesses cervicoisthmique,

qui de part leur implantation basse et partiellement intra-utérine, peuvent évoluer jusqu'à 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 ectopique sans aucun élément trophoblastique. Sa rareté pourrait s'expliquer par la structure de la muqueuse endo-cervicale, constituée par un épithélium cylindrique qui secrète continuellement du mucus à la moindre irritation s'opposant ainsi à toute tentative de nidation.

• **L'implantation intra-ligamentaire:**

Il s'agit d'une grossesse extra-péritonéale limitée médianement par l'utérus, latéralement par le bassin osseux, distalement par les organes extra-péritonéaux du petit bassin et du côté crânial par la trompe.

Les feuillets du ligament large sont écartés et la trompe distendue s'enfonce profondément dans le tissu conjonctif. Si la paroi musculaire amincie de l'oviducte se rompt, l'œuf entier ou le fœtus seul peut être entouré directement par les feuillets du ligament large.

• **L'implantation dans une corne utérine rudimentaire :**

C'est une localisation très rare dont l'incidence varierait de 1/5000 à 1/150000 grossesses. Elle n'est pratiquement jamais diagnostiquée avant l'apparition des complications. Embryologiquement, la corne utérine rudimentaire appartient au groupe des malformations utérines majeures caractérisées par une agénésie unilatérale due à un arrêt de développement des canaux de MÜLLER.

Comme dans la plupart des cas, il n'y a pas de communication avec la corne normale, il est évident que les spermatozoïdes doivent monter par le tractus normal et faire une migration péritonéale, étant donné que dans 95% des cas le corps jaune se trouve du côté que la corne

rudimentaire OLEARY J.L [41]. l'un avec évolution normale dans la corne utérine et l'autre avec évolution dans la corne rudimentaire.

Cette possibilité est mentionnée dans la littérature WAHLEN T [56]. L'évolution de cette localisation de grossesse extra utérine jusqu'à terme est rare : environ 1% OLEARY J.L [41].

L'image classique est la rupture pendant le deuxième trimestre avec tous les signes d'une rupture de grossesse extra utérine.

- **L'implantation cornuale :**

Il s'agit d'une nidation dans une corne d'un utérus bicorne ou didelphe ou encore d'un utérus avec septum.

- **L'implantation multiple :**

L'incidence de grossesse extra utérine combinée à une grossesse intra-utérine est approximativement de 1/30000 grossesses BERGER M.J [3]. La possibilité de super fécondation dans ce cas a été évoquée.

2- Etiopathogénies des grossesses extra utérines

Dans environ 50% des cas, l'étiologie de la grossesse extra utérine est inconnue. Plusieurs facteurs peuvent intervenir, mais le retard dans le délai du transport de l'œuf à travers l'oviducte est le facteur constant de l'implantation extra utérine. Mais plusieurs raisons ont été évoquées à savoir :

-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 [5] [29] [52].

-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 [33].

-remaniement tubaire inflammatoire : la salpingite a comme conséquence une destruction des cils vibratiles de l'épithélium tubaire [37]. Cette affection serait responsable dans environ 30-50% des cas de grossesses extra utérines [17].

-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 [33].

-Tuberculose : il s'agit d'une affection tubaire qui aboutit dans la majorité des cas à la stérilité [33].

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 [33].

-Malformations tubaires : diverticules et hypoplasie, ainsi qu'une longueur exagérée de la trompe [33].

-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, [7]. Il admet que le risque de faire une GEU se situe entre 20 et 40 pour 1000 grossesses en

cas de présence du dispositif intra utérin, contre 3 à 12 pour 1000 dans la population en général. LEHFELD [35] a montré que si le DIU (dispositif intra utérin) est de moindre efficacité contre la GEU, il réduit cependant sa fréquence. Pour WEIN [33] à Formose, le stérilet n'a aucune incidence sur la survenue des GEU, ce qui n'est pas retenu par d'autres auteurs. 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. La relation entre la survenue de GEU et l'utilisation de DIU est complexe. Le DIU étant souvent associé aux maladies sexuellement transmissibles et infections sexuellement transmissibles, certains auteurs avaient conclu à une relation secondaire entre DIU et GEU RUBIN [50].

VILLE et COLL [55,36] 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 des grossesses extra utérines :

Pour BRUHAT [8], 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 très peu nombreuses pour conclure.

Quant au temps d'utilisation du Dispositif intra utérin, HALLAT [27] remarque que sur 70 grossesses extra utérines sur dispositif intra utérin, les 2/3 sont survenues sur des Dispositifs intra utérins depuis deux ans maximum. Pour ORY [42], les femmes utilisant un Dispositif intra utérin depuis 25 mois, ont trois fois plus de chance de faire une grossesse extra utérine que celles qui l'utilisent depuis peu de temps.

Pour COSTE [13] le Dispositif intra utérin prévient beaucoup plus efficacement la grossesse intra utérine que la grossesse extra utérine.

Pour FERRAND S et P MADELENAT [25] 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 0,8-10% de présenter une grossesse extra utérine. Pour eux, la comparaison entre les différents types de stérilets n'est pas toujours facile à établir en raison des variations possibles des caractéristiques des utilisatrices. Cependant les taux pour les Dispositifs inertes et les Dispositifs en cuivre sont voisins d'une grossesse extra utérine pour 1000 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 survenue après contraception post coïtale par des œstrogènes. On sait que les œstrogènes accélèrent les contractions du péristaltisme de la trompe, mais il ne semble pas que l'implantation ectopique soit favorisée. A noter que SMYTHE [52] 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 [13]. Il ne semble y avoir aucune relation entre grossesse extra utérine et utilisation antérieure de contraception oraux [40] ; [26]. En conclusion, il faut toujours rester vigilant devant toute symptomatologie anormale en cas de prise de contraception orale.

- Les facteurs hormonaux : à la suite 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 gémeillaires ...) BERGER MJ. [3]

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.

F- Etude clinique

Nous envisageons dans ce chapitre l'étude de la grossesse tubaire avant sa complication, la grossesse tubaire compliquée, la grossesse ovarienne, la grossesse abdominale.

1-La grossesse tubaire non compliquée :

La symptomatologie clinique de cette grossesse est très variée. Elle peut aller des manifestations les plus bruyantes avec tous les signes au maximum, à la latence totale qui est le cas des femmes présentant un tableau d'hémopéritoine franc et qui pourtant prétendent n'avoir aucun retard des règles ni de douleurs pelviennes. Entre ces deux tableaux extrêmes, plusieurs tableaux intermédiaires peuvent être rencontrés.

a- **L'interrogatoire :** il doit être minutieux et bien conduit. Cet interrogatoire doit préciser les signes suivants :

- La douleur,
- L'aménorrhée,
- Les métrorragies,
- L'irrégularité menstruelle.

Accessoirement certaines femmes consultent pour douleurs épigastriques, nausées, vomissements, troubles du transit, à type de diarrhée, ténesmes, éblouissements, vertiges, lipothymies.

On terminera l'interrogatoire en précisant les antécédents pathologiques généraux et plus spécialement gynécologiques (notion de stérilité antérieure traitée ou non, notion de grossesse extra utérine antérieure, notion d'avortement spontané ou d'interruption volontaire de grossesse.....).

La douleur : Elle est presque toujours présente dans la GEU. Elle est due à la distension de la trompe sous l'effet du développement de l'œuf. C'est elle qui conduit la femme à la consultation. Habituellement, il s'agit d'une douleur pelvienne prédominant dans une fosse iliaque, irradiant dans tout le petit bassin.

Cette douleur est d'intensité variable. Dans certains cas, elle est sourde ne cédant ni au repos, ni aux antalgiques banaux.

Dans d'autres cas, la douleur est aiguë, déchirante, parfois suivie d'une perte momentanée de la conscience. Souvent elle se manifeste comme une simple pesanteur. La durée de cette douleur est variable, souvent elle est courte, intense, calmée par l'écoulement de sang, parfois elle est longue et profonde.

Ailleurs on a des douleurs de décompressions continues et étalées.

Elle est accompagnée de métrorragies qu'elle peut précéder d'un court laps de temps dans 5 à 10% des cas.

L'aménorrhée : elle est retrouvée dans la majorité des cas. Il faut s'efforcer de la mettre en évidence aussi minime qu'elle soit. Elle n'exclue pas pourtant la possibilité d'une GEU. La durée de cette aménorrhée est variable d'une semaine à plusieurs mois. Elle est souvent accompagnée de classiques signes sympathiques de la grossesse : nausées, vomissements, tensions mammaires, parfois notées par les patientes (surtout s'il s'agit des multipares). Ces signes ont une valeur d'orientation dans la mesure où l'on garde en mémoire que la grossesse normale est indolore et ne saigne pas.

Les métrorragies : elles sont faites de sang brunâtre, couleur chocolat appelé « les pertes sépia » ce sont en général des pertes distillantes, spontanées. En fait, tous les types d'hémorragies peuvent se rencontrer : quelques gouttes de sang pouvant passé inaperçues, hémorragies abondantes faisant penser à un avortement et imposant un curetage,

hémorragies très précoces, coïncidant avec la période des règles et faisant croire à la femme que se sont des règles normales.

L'irrégularité menstruelle : il faut la rechercher avec autant de précision que l'aménorrhée ; l'irrégularité menstruelle s'adresse dans 80 à 90% des cas. Elle a d'autant plus de valeur qu'elle est objectivée chez une femme antérieurement bien réglée. Il peut s'agir :

-d'une anomalie dans la période de survenu : avec un léger retard ; avec quelques jours d'avance.

-d'une anomalie dans la durée : durée très courte, ou au contraire anormalement prolongée (l'écoulement sanguin est alors presque toujours irrégulier).

-d'une anomalie d'aspect ou de couleur (bien différent dans le cas typique du flux menstruel habituel) = pertes distillantes, brunâtres ou sépia.

Ces anomalies menstruelles peuvent exister isolément ou être groupées de façon diverses, aucune d'entre elles n'est constante ou absolument caractéristique.

b- L'examen physique : l'examen physique va fournir dans le cas typique des éléments importants en faveur du diagnostic. Il doit être fait avec tact et douceur pour ne pas précipiter la rupture.

Inspection :

L'inspection ne montre aucune anomalie. Cependant, en cas de grossesse avancée, on peut noter une paroi abdominale soulevée par un utérus augmenté de volume = ballonnement sus pubien.

Palpation :

Elle est pratiquée après avoir vidée la vessie et le rectum, elle révèle une douleur unilatérale à la partie basse de la fosse iliaque, pas de défense abdominale, pas de contracture abdominale.

L'examen au spéculum : paroi vaginale violacée et col violacé et sain macroscopiquement, sang noirâtre sépia provenant de l'utérus.

Le toucher vaginal : temps capital pour l'affirmation du diagnostic. Il sera combiné au palper hypogastrique, on note :

Col ramolli, douloureux à la mobilisation souvent entre-ouvert.

Utérus ramolli, augmenté de volume mais son volume est plus petit pour l'âge de la grossesse.

Masse latéro-utérine : unilatérale, douloureuse, séparée de l'utérus par un sillon, mobile, mollasse, de volume variable.

Douglas libre et indolore avant tout accident hémorragique mais comblé et douloureux après accident hémorragique, il ne faut prolonger ce touché pour ne pas précipiter la rupture.

Le toucher rectal : il confirme l'existence de la masse latéro-utérine.

En résumé :

- Trouble de la date des dernières règles,
- Sensibilité pelvienne,
- Quelque chose dans le cul-de-sac vaginal (Henri Mondor).

Au terme de cet examen, il faut mettre la patiente au repos et sous surveillance stricte. Il faut également mettre en route les examens complémentaires pour confirmer le diagnostic et intervenir avant toute complication.

c- Les examens complémentaires :

Plusieurs examens complémentaires ont été proposés dans le but de diagnostiquer les GEU soit à un stade jeune ou à un stade avancé pour les zones où les structures sanitaires ne sont pas assez développées. Ils ont des valeurs inégales : certains n'apportent qu'un argument de plus ou de moins à l'étude clinique, d'autres au contraire donnent des réponses précises de nidation extra-utérine.

- Les tests immunologiques de grossesses : Ces tests de grossesse permettent d'authentifier la notion de grossesse, sans préciser le siège.

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

Mais ces dosages urinaires sont de moins en moins pratiqués.

-Le dosage plasmatique d'HCG (Hormone Gonadotrophine Chorionique) ou mieux, le dosage spécifique de sa sous unité bêta HCG (BHCG) est très utile. Car négative, elle élimine quasi formellement la notion de grossesse évolutive même extra-utérine. Positive, elle indique alors l'échographie pour en préciser le siège.

- Echographie : C'est l'examen utile et anodin. Elle peut être faite en trans-abdominale ou en endo-vaginale.

•Echographie trans-abdominale : le diagnostic de certitude de la GEU repose sur la visualisation d'un sac ovulaire ectopique contenant un embryon doté d'une activité cardiaque. Ce pendant il y'a des signes indirects à savoir :

-Ligne de vacuité interne avec masse latéro-utérine,

-Présence d'un épanchement péritonéal, larges plages anéchogènes dans le cul-de-sac de Douglas, peut traduire un hémopéritoine débutant.

• **Echographie endo-vaginale** : cette technique apporte des informations complémentaires dans plus de 60% des cas de soupçon de GEU en montrant une masse latéro-utérine, un œuf ou un embryon en position ectopique. Le diagnostic de certitude échographique de GEU par visualisation de sac gestationnel ectopique est obtenu dans 48-69% des cas de GEU [12] rendant ainsi non nécessaire la confirmation coelioscopique.

- **La culdocentèse** : la ponction trans-vaginale du cul-de-sac de Douglas n'est positive que tardivement en objectivant un hémopéritoine par la présence de sang incoagulable ≥ 2 cc.

- **La ponction transpariétale (trans-abdominale)** : Comme la culdocentèse, la ponction trans-abdominale a peu d'intérêt dans le diagnostic des GEU (jeunes) non rompues, c'est un excellent examen en cas de grossesse extra-utérine rompue. Elle est positive lorsque la ponction ramène un liquide incoagulable.

- **Numération formule sanguine** : peut aider au diagnostic des GEU, surtout au stade de complication. Une anémie de plus en plus importante en dehors de tout signe d'hémorragie externe évoque chez une femme en activité génitale, la possibilité d'une grossesse ectopique surtout si elle est associée à une aménorrhée. Une hyperleucocytose marquée peut aider au diagnostic différentiel, en évoquant une maladie inflammatoire pelvienne ou une appendicite.

-Cœlioscopie : Elle reste un examen capital de la séquence diagnostique qui apporte une réponse dans la presque totalité des cas. Elle doit, sauf contre indication et même devant un tableau très évocateur, toujours précéder la laparotomie, exceptée, bien entendu, si l'on est en présence d'un hémopéritoine évident. C'est une attitude qui a permis de faire disparaître les laparotomies inutiles, les hospitalisations prolongées pour une mise en observation, et, par conséquent, les retards au diagnostic qui compromettent les possibilités de chirurgie conservatrice.

Cet examen endoscopique, de la cavité abdominale probablement distendue par un pneumopéritoine, doit se faire sous anesthésie générale profonde avec intubation scrupuleuse. C'est un acte chirurgical qui doit être effectué par des mains expertes et qui comporte en dehors des contre indications d'ordre général (cardiaques, pulmonaires, troubles de l'hémostase...) des contre-indications locales :

—Absolues : antécédent d'intervention pour occlusion, péritonite ou autre chirurgie majeure abdominale.

—Relatives : antécédent de laparotomie pour chirurgie pelvienne non compliquée.

Les aspects endoscopiques : on pourra observer :

—Une trompe soufflée, hyper-vascularisée, violacée, d'Hématosalpinx, accompagnée souvent de caillots accolés au pavillon dans les cas typiques de grossesse tubaire jeune.

—Une simple dilatation ovulaire, bleutée avec un peu de sang distillant du pavillon. Une masse de caillots appendue à ce pavillon : c'est l'avortement tubo-abdominal. Parfois, en raison de la précocité de la coelioscopie, un simple ressaut (simple induration) est perçu au passage du palpeur lors de l'examen minutieux de la trompe.

—Beaucoup plus rarement on peut observer magma rétro-utérin fait de caillot plus ou moins organisés et adhérentiel : C'est l'hématocèle enkystée.

Devant un peu de sang dans le cul de sac de Douglas, en l'absence de grossesse tubaire évidente, il faudra faire un examen complet de tout le pelvis à la recherche d'une grossesse située ailleurs (ovarienne ou péritonéale).

Les limites de l'examen : En cas de coelioscopie ultra-précoce, il peut arriver qu'une grossesse extra utérine très jeune ne puisse être mise en évidence. Il peut arriver aussi que par l'existence d'adhérences une trompe ne soit pas vue sur toute sa longueur. La laparotomie exploratrice s'impose alors.

g- L'examen histologique : l'examen de la caduque utérine recueillie par curetage ou par expulsion spontanée révèle :

- la présence de cellules déciduales.
- l'absence de villosités choriales.
- les atypies cellulaires d'ARIAS-STELLA.

G- Evolution des grossesses extra-utérines :

1- L'avortement tubo-abdominal et Hématosalpinx : l'avortement tubo-abdominal constitue l'issue la plus fréquente de la grossesse tubaire ampulaire et infundibulaire [33]. Souvent, le processus débute par des contractions de la trompe, suivies d'hémorragies ; celles-ci à leur tour occasionnent la rupture de la caduque réfléchie et finissent par chasser complètement l'œuf de son site d'implantation. Si l'œuf siège dans l'ampoule tubaire, les contractions réussissent généralement à l'expulser.

L'œuf arrive dans la cavité péritonéale ; la trompe, remplie de caillot, constitue une poche sanguine à paroi mince, dite Hématosalpinx. Souvent l'œuf reste sur place malgré toutes les contractions de la trompe, infiltré de sang et entouré de caillots et, quelques semaines plus tard, il se transforme en ce que l'on appelle une **môle tubaire**. Dans la môle tubaire, il n'ya plus de trace embryonnaire et la renaissance des membranes ovulaires et des restes du placenta est très difficile.

L'avortement tubaire s'accompagne aussi d'hémorragie. Le sang s'accumule d'abord au voisinage du pavillon de la trompe, provoquant ainsi des adhérences entre les organes voisins de l'abdomen.

De cette manière, la trompe gravide et son enveloppe est remplacée par une tumeur volumineuse, allongée renflée et située latéralement et en arrière de l'utérus. Le centre de la tumeur est formé par l'oviducte gravide et son enveloppe par des caillots sanguins épaissis ; on parle d'une **hématocèle péri tubaire**. Parfois le sang remplit complètement

l'excavation pelvienne et se collecte dans le cul de sac de Douglas. Les hémorragies profuses constituent une masse dite hématoçèle rétro-utérine.

2- La rupture tubaire : Après l'avortement tubaire, la rupture du sac embryonnaire est l'issue la plus fréquente de la grossesse interstitielle et isthmique [33]. La rupture elle-même résulte d'actions mécaniques occasionnelles telles que le tiraillement provenant des contractions de la trompe ou la distension soudaine du sac embryonnaire par des hémorragies intra-ovulaires. Elle peut également succéder à des interventions médicales telles que le toucher sous narcose, curetage etc. Elle arrive de préférence au cours du troisième mois, c'est-à-dire entre la huitième et la douzième semaine d'aménorrhée.

La déchirure se fait généralement au niveau du lieu d'implantation du placenta ou les vaisseaux sont très développés. A part l'hémorragie dans la cavité péritonéale entraînant une anémie grave, la rupture de la trompe gravidique aboutit souvent, comme l'avortement tubaire, à la formation d'une hématoçèle.

Pour cela, il est nécessaire que l'hémorragie tarisse spontanément afin que l'hématome puisse s'organiser. Si la rupture du sac embryonnaire a lieu au niveau de la paroi tubaire dépourvue du péritoine, du côté du ligament large, le sang se fait un chemin dans le tissu conjonctif lâche de ce ligament et constitue sous la séreuse l'hématome du ligament large.

Il arrive pourtant dans quelques rares cas que la paroi tubaire cède à la pression de l'œuf et que la déchirure laisse intacte la région du placenta. L'hémorragie est par conséquent minime. Le fœtus avec ou sans ses enveloppes glisse dans la cavité abdominale, où il continue son existence. La grossesse tubaire se transforme ainsi en grossesse abdominale secondaire. Dans certains cas, le fœtus peut arriver à maturité complète dans l'abdomen. Le fœtus est parfois entouré du chorion et de l'amnios ou au contraire, peut se trouver libre au milieu des anses intestinales. Parfois un exsudat fibrineux forme de nombreuses adhérences entre l'œuf et les organes abdominaux. Le placenta reste dans son site primitif et au cours de sa croissance, s'étend habituellement sur le péritoine, si bien que dans les derniers mois de la grossesse abdominale, il faut s'attendre à trouver le placenta soudé à la surface séreuse, voisine du ligament large, de l'utérus, de la paroi pelvienne postérieure, etc.... Le fœtus meurt au plus tard lorsque sa maturité est complète. La circulation dans le placenta cesse, le fœtus et ses annexes deviennent un corps étranger pour l'organisme maternel. Si l'embryon est jeune, il est résorbé en très peu de temps. Quand le développement est plus avancé, l'organisme est incapable de s'en débarrasser de cette manière. Des phénomènes tels que l'enkystement des tissus morts du fœtus et de ses annexes ainsi que la suppuration ou l'expulsion se produisent. L'enkystement constitue l'issue la plus rare, mais la plus favorable pour la mère. Le processus commence par la résorption du liquide amniotique ; les membranes ovulaires s'appliquent étroitement sur le fœtus qui se dessèche, s'atrophie, subit la momification dans

laquelle ses parties molles se transforment en une bouillie caséuse ; parfois, elles peuvent ainsi se conserver des années entières. Le péritoine forme autour du tout une capsule d'abord fibrineuse, puis, plus tard, fibreuse. La calcification progresse, et ainsi prennent naissance des kystes qui contiennent à l'intérieur d'une capsule calcifiée le fœtus momifié ou macéré : on parle alors d'un **lithokeliphos**. Si l'embryon est dépourvu de ses membranes dans la cavité abdominale, la calcification de ses téguments aboutit à la formation d'un **lithopédion**.

Anatomo-pathologie : l'œuf ectopique est un œuf normal dont les villosités se fixent sur des tissus inaptes à la placentation. La nidation tend à s'effectuer sur une zone déciduale. Il n'existe pas de chorion cytogène capable de réagir au contact de l'œuf, de limiter l'hémorragie d'implantation et de permettre le développement normal des lacs sanguins. Les érosions vasculaires conséquentes à la pénétration du trophoblaste entraînant le plus souvent des hémorragies plus ou moins importantes qui interrompent l'évolution de la grossesse [33].

L'image histologique qui serait pathognomonique de la grossesse, et décrite par ARRIASTELLA, se retrouvant dans 50% des cas ; il s'agit d'aspects caryopicnotiques et dégénératifs observés au niveau de l'épithélium hyper sécrétoire des glandes de l'endomètre [30].

Aujourd'hui avec la description des grossesses extra et intra utérines simultanées, certains auteurs ont amélioré, ces critères décrits par ARRIAS-STELLA.

Ainsi GRUBERT. K et OLL [26] dans une étude récente publiée en janvier 1997, en CAROLINE du sud, ont présenté quatre (4) cas dans lesquels bien que la grossesse soit ectopique, ils ont identifié des villosités choriales dans le prélèvement des débuts de curetage. Ils concluent que si la suspicion clinique est forte, la présence du tissu trophoblastique dans le produit de curetage n'exclue pas automatiquement une grossesse ectopique, la présence de quelques rares tissus trophoblastiques ou de signes tels que des cellules trophoblastiques intermédiaires, les vaisseaux hyalinisés, des matières fibrinoïdes doivent être recherchés pour établir de façon ferme une grossesse intra- utérine.

3- Formes atypiques :

Certains tableaux cliniques doivent être connus soit parce qu'ils réalisent des formes trompeuses, soit parce qu'ils représentent des formes évolutives particulières.

a- Les formes pseudo-abortives : les métrorragies sont au premier plan, accompagnées de douleurs pelviennes vives de survenue brusque. Le col est ouvert et l'expulsion de caillot de la caduque peut être abondante. L'absence de décroissance rapide du taux de l'HCG ; la persistance de la symptomatologie fonctionnelle et l'histologie du produit de curetage ou d'expulsion ne retrouve que de villosités placentaire mais d'éventuelle image d'ARRIAS-STELLA : permettent de rétablir le diagnostic.

b- Les formes fébriles ou pseudo-salpingiennes : une fièvre à 38 ou 39°C associée à une hyper leucocytose et à une accélération de la vitesse de

sédimentation oriente vers le diagnostic d'infection génitale haute. Les métrorragies étant attribuées à une endométriose associée. A l'examen, le toucher vaginal découvre une masse latérale, douloureuse avec un empâtement diffus péri-utérin. Dans ce cas, il est très difficile de se prononcer entre une salpingite ou une GEU. Le signe de NARD aide au diagnostic : c'est la constatation à jour frisant d'une voussure sous-ombilicale unilatérale devant une infection aigue récente. Cette voussure signe presque toujours une hématocele.

c- Formes pseudo-occlusives : les principaux signes rencontrés ici sont : la douleur, les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz, un météorisme souvent assez important, une hyper sonorité péri-ombilicale avec anses grêles distendues, absence de signes d'aménorrhée. Devant un tel tableau chez une femme supposée en état de grossesse, il faut penser à la possibilité de GEU, surtout à une grossesse abdominale.

d- Formes pseudo-appendiculaires : les signes prédominant sont : douleur dans la fosse iliaque droite, une pseudo-contraction, une constipation, des vomissements, une hyper thermie, une hyper leucocytose avec accélération de la vitesse de sédimentation.

Un seul signe pouvant orienter le diagnostic vers une GEU : notion d'aménorrhée.

e- Formes hétérotopiques : association d'une GEU avec une grossesse intra-utérine est exceptionnelle en dehors des inductions de l'ovulation et des procréations médicalement assistées. Le diagnostic de gestation

ectopique est particulièrement difficile. Le profil de la cinétique de l'HCG et les constatations échographiques étant faussées par la présence d'un sac gestationnel intra utérin évolutif. L'aggravation de la symptomatologie douloureuse ou augmentation de volume d'une masse annexielle doivent faire penser au diagnostic de grossesse hétérotopique.

METHODOLOGIE

III-MÉTHODOLOGIE

A- REPRESENTATION GEOGRAPHIQUE DU LIEU DE STAGE

1- Les limites

La région de Kayes, 1^{ère} région du MALI est située entre le 12° et 17° de latitude Nord à cheval sur le haut Sénégal et ses affluents à l'extrême Ouest du Mali.

La région couvre une superficie de 120 760 Km², représentant 9,7% de superficie totale du territoire nationale.

Elle s'étend approximativement d'Est à Ouest et du Nord au Sud sur une distance de 400Km. Elle est limitée à l'Est par la région de Koulikoro, à l'Ouest par la République du Sénégal, au Nord par la République Islamique de Mauritanie et au Sud par la république de Guinée Conakry.

Le cercle de Kayes occupe l'extrême ouest de la région de Kayes avec une superficie de 22 190 Km². Il s'ouvre sur deux pays frontaliers (République du Sénégal et de la Mauritanie).

2-Le climat

Il existe trois zones climatiques dans la région de Kayes :

➤ La zone sahélienne de la frontière Mauritanienne à Yélimané avec une pluviométrie annuelle variant de 150-550mm d'eau. Le climat est le type aride sur une superficie d'environ 16453 Km².

La zone soudanienne entre Yélimané et Kasama, la pluviométrie annuelle est variée de 550-1150mm d'eau. Le climat est semi-aride sur une étendue d'environ 85590Km².

- La zone pré-guinéenne de Kasama à la frontière Guinéenne. Sa superficie est environ 17719Km². Il tombe environ 1150-1400mm d'eau par an.

3-Le relief

Le relief de Kayes est fait essentiellement de plateau au nord, de massifs au centre et la falaise de Tambaoura au sud.

4-Hydraulique

Le cours d'eau le plus important de la région est le fleuve Sénégal. La Guina et le Felou constituent les principales chutes.

Les barrages hydroélectriques du Felou et de Manantaly fournissent de l'électricité à la ville de Kayes.

La réalisation du barrage de Diéma et de Manantaly permet l'aménagement du fleuve pour la régulation du débit et assure ainsi les possibilités d'irrigation.

5-La population

Elle compte 1 726 169 Habitants avec une densité de 8,20 habitants/Km² constitués de : Soninkés, Khassonkés, Malinkés, peulhs, Bambaras, Ouolofs. Une particularité est la forte proportion d'émigrés. La majorité des maliens vivants en France sont des Soninkés originaires de la région.

L'activité principale demeure l'élevage chez les peulhs et l'agriculture pour les autres ethnies. En dehors des activités agropastorales, le commerce constitue l'activité secondaire dominante.

6- Découpage administratif

La région de Kayes est composée de sept cercles :

- Kayes, Bafoulabe, Kéniéba, Kita, Nioro, Diéma, Yélimané ;
- 117 communes rurales ;

-12 communes urbaines.

B-PRESENTATION DE L'HOPITAL FOUSSEYNI **DAOU DE KAYES**

1 - Historique

L'Hôpital de Kayes est une des plus anciennes structures sanitaires situé à Kayes-Plateau contigu à la gare ferroviaire de Kayes. Il a été crée en 1883 par les militaires français. Il avait pour vocation de prodiguer les premiers soins aux blessés de guerre des conquêtes coloniales avant leur évacuation sur le Sénégal. Il devient Hôpital secondaire en 1959 puis est érigé en hôpital régional en 1969. L'ensemble de l'établissement a été rénové en 1987 dans le cadre d'un accord d'Assistance Technique Sanitaire entre les gouvernements du Mali et de l'Italie.

En 1991, il est baptisé Hôpital Fousseyni DAOU du nom d'un de ses anciens Médecin-Directeurs.

Créé par la loi N°03-020 du 14 juillet 2003, et conformément aux dispositions de la loi N°02-050 du juillet 2002 portant Loi Hospitalière, l'Hôpital Fousseyni DAOU est érigé en Etablissement Public Hospitalier (EPH) placé sous la tutelle du Ministre chargé de la santé.

2 - Structures

Occupant une superficie de 12 hectares environ, HFD comprend :

- ❖ Un service administratif, composé de :
 - ✓ une direction et un secrétariat
 - ✓ un bureau d'admission,
- ❖ services techniques, il s'agit des services de:
 - ✓ Urgences / Anesthésie Réanimation,
 - ✓ Médecine interne,
 - ✓ Chirurgie Générale,
 - ✓ Gynéco-Obstétrique,

- ✓ Urologie,
- ✓ Pédiatrie,
- ✓ Laboratoire Pharmacie,
- ✓ Radiologie,
- ✓ Ophtalmologie,
- ✓ Oto-rhino-laryngologie (ORL),
- ✓ un cabinet d'Odontostomatologie,
- ✓ Dermatovénérologie,
- ✓ Rééducation,
- ✓ une Cuisine, Une Buanderie, Une Morgue.

3- Ressources humaines

Le personnel de l'hôpital, renforcé par la coopération d'une équipe cubaine de 7 spécialistes et un groupe de 5 agents détachés de l'armée et de l'INPS, se dénombre à 116 agents permanents dont :

67 Fonctionnaires (Catégorie A=27 ; B2=20 ; B1=14 ; C=06)

10 Conventionnaires,

27 Contractuels de l'Hôpital

12 Agents des Collectivités Territoriales

L'établissement reçoit aussi du personnel hospitalo-universitaire qui est

Composé de:

- ✓ étudiants en année de thèse et des étudiants stagiaires de la Faculté de Médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie : 10 (nombre variable, non maîtrisé)
- ✓ stagiaires infirmières, sages-femmes des écoles de santé de Kayes.

C- Cadre de l'étude :

1-Lieu d'étude

Notre étude a eu lieu au service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes. Notre choix s'est porté sur cet hôpital du fait qu'aucune étude n'a été faite sur les grossesses extra utérines dans le service de gynéco- obstétrique.

Le service de gynécologie et d'obstétrique :

C'est un bâtiment à un étage datant de 1883.

Au rez de chaussée : Trois (3) salles d'hospitalisation à deux lits chacune,

Une grande salle à quatre lits,

Une salle d'accouchement et de soins des nouveaux nés comportant :

Quatre tables d'accouchement et communiquant avec une salle d'attente,

Une salle de consultation prénatale et d'information, une salle de garde,

Trois toilettes dont une pour le personnel.

A l'étage : Deux salles d'hospitalisation pour une capacité de dix lits,

Une salle de pansement des malades opérées, une salle des étudiants en année de thèse, une salle pour les consultations externes, une salle pour les manœuvres, trois toilettes dont une pour le personnel.

Le personnel se compose de :

Deux médecins gynécologues obstétriciens dont un médecin directeur,

Dix étudiants en année de thèse,

Trois sages femmes,

Six infirmières obstétriciennes,

Une infirmière en santé publique,

Dix matrones et de trois manoeuvres.

Les activités du service sont programmées comme suit :

Trois jours de consultations externes,

Trois jours de consultation prénatale,

Deux jours d'échographie,

Une visite journalière des malades hospitalisées, après le staff quotidien,

Un jour d'activités chirurgicales programmées (jeudi).

Au niveau organisationnel du service de garde :

La permanence est assurée par l'équipe de garde composée de deux étudiants en année de thèse, une sage femme ou une infirmière obstétricienne, une matrone et un manoeuvre.

L'équipe dispose de :

- quatre tables d'accouchement,
- trois salles d'opération fonctionnelles
- un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales. Ce kit créé sur fonds propres de l'hôpital est remboursé par les

patientes après l'intervention. Il s'agit de kit de laparotomie (GEU, torsion d'annexe etc...). kit d'urgence pour la gestion des hémorragies du post-partum immédiat.

Un staff quotidien à lieu tous les jours ouvrables à 8 heures 30 minutes réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés les 24 heures durant la garde.

Une visite est faite tous les jours et la visite générale chaque lundi après le staff.

En plus de ces activités, le service reçoit toutes les urgences obstétricales et de gynécologie provenant des structures de santé situées dans un rayon de 250km et prend en charge les évacuations du CS Réf de Kayes, des six autres cercles de la région et des localités frontalières du Sénégal, de la Mauritanie et de la Guinée Conakry.

Type d'étude : Nous avons entrepris une étude transversale descriptive avec recrutement prospectif des données.

Période d'étude : Elle s'est déroulée du 1^{er} juillet 2007 au 30 JUIN 2008

Population d'étude : L'étude a porté sur des patientes admises et prises en charge pour GEU jusqu'à leur sortie dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Fousseyni DAOU pendant la période d'étude.

Echantillon :

Nous avons recensé de façon exhaustive tous les cas de GEU dans le service pendant la période d'étude

- Un questionnaire préétabli a permis de recueillir les renseignements nécessaires pour chaque patiente.

Critères d'inclusion :

- être admise et prise en charge dans le service pendant la période d'étude (1^{er} juillet 2007 au 30 juin 2008) pour GEU.

Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans cette étude :

- Les GEU diagnostiquées au service de gynécologie – obstétrique de l'hôpital Fousseyni DAOU dont la prise en charge a été effectuée dans un autre centre de santé.
- Les femmes opérées pour GEU dans d'autres services venues dans le service en période post – opératoire pour d'autres motifs ou complications.
- Patientes admises pour autres motifs que la GEU

Plan de collecte de données :

Support : une fiche d'enquête a été établie pour le recueil des données. Elle comporte des variables réparties en :

- aspect épidémiologique,
- éléments de confirmation diagnostics
- prise en charge thérapeutique,
- suites opératoires à court et à moyen terme,
- pronostic.

- Plan d'analyse des données :

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel
Epi-Info (version 6.0).

RESULTATS

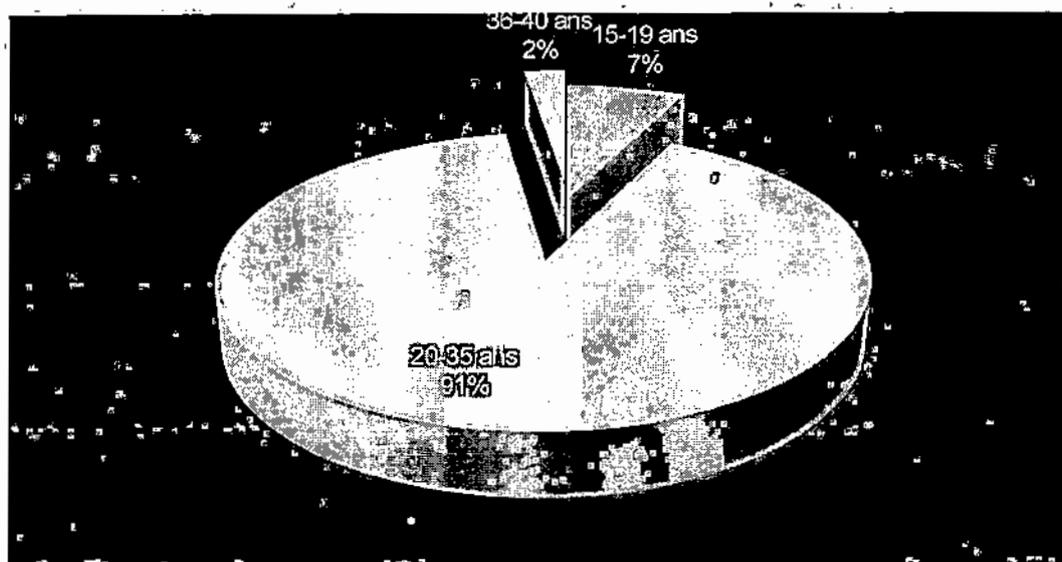
IV - RESULTATS

1- Caractéristiques de l'échantillon

Prévalence de la GEU dans le service

Du 1^{er} juillet 2007 au 30 juin 2008 nous avons recensé au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Fousseyni DAOU **42 cas de GEU**. Pendant la même période nous avons effectué **3741 accouchements** soit une moyenne de **1,12 %** (soit **1 GEU / 89 accouchements**).

Figure 1: Fréquence de la GEU par tranche d'âges



L'âge médian des patientes est de 27 ans, avec âges extrêmes de (15 ans - 40 ans).

Figure 2 : Répartition en fonction du statut matrimonial

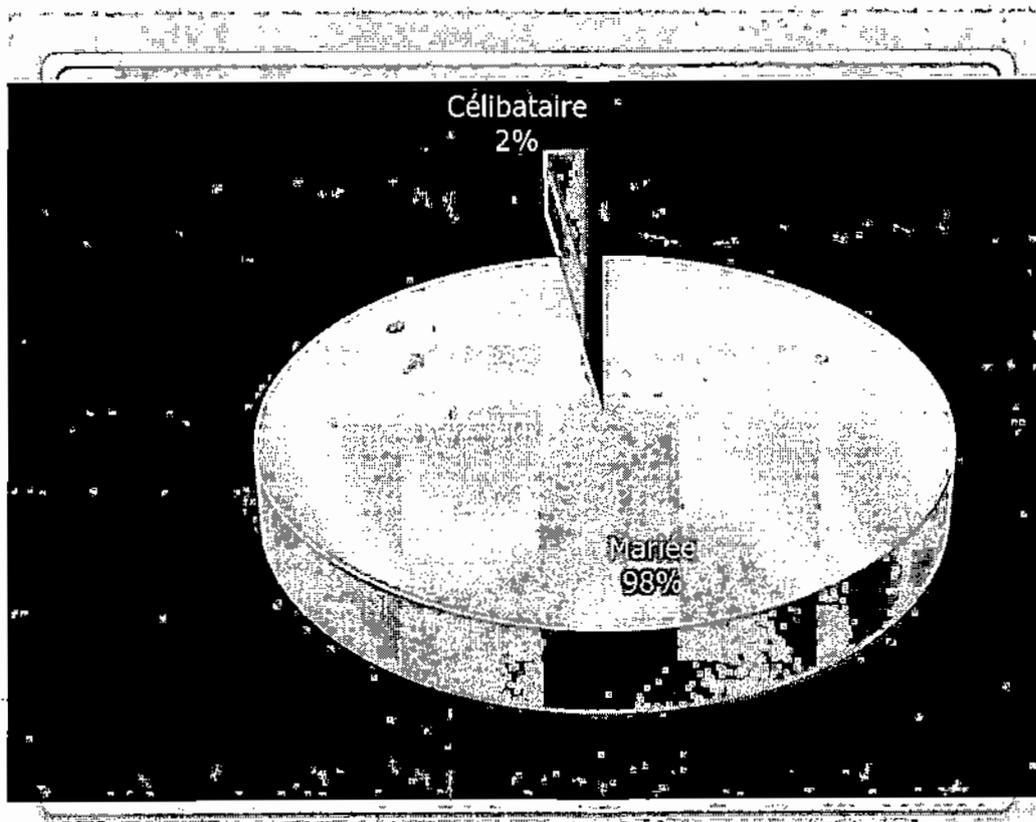


Figure 3 : Répartition selon la profession

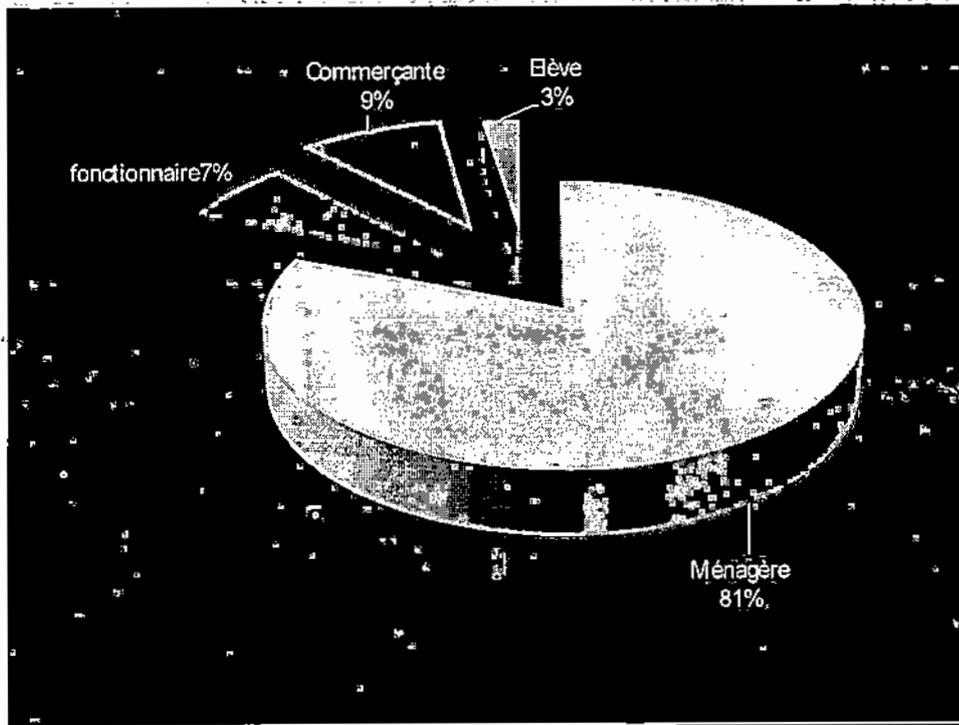


Tableau I : Fréquence de la GEU par rapport au nombre d'accouchement par mois dans le service

Mois	Nombre de GEU	Nombre d'accouchement	GEU/accouchement	%
Juillet 2007	7	350	7/350	2
Août 2007	3	237	3/237	1,26
Septembre 2007	2	455	2/455	0,44
Octobre 2007	5	394	5/394	1,27
Novembre 2007	2	340	2/340	0,59
Décembre 2007	4	333	4/333	1,2
Janvier 2008	1	280	1/280	0,3
Février 2008	7	254	7/254	2,75
Mars 2008	3	247	3/247	1,21
Avril 2008	3	255	3/255	1,17
Mai 2008	3	303	3/303	0,99
Juin 2008	2	303	2/303	0,66

Tableau II : répartition des patientes selon le cercle de Provenance.

CERCLE DE RESIDENCE	Effectifs	%
KAYES	39	92,9
KENIEBA	2	4,8
BAFOULABE	1	2,8
TOTAL	42	100

La quasi-totalité de nos patientes résident dans le cercle de Kayes, avec un taux de 92,9% soit 39 cas.

Tableau III : répartition des patientes selon le nombre de partenaire sexuel

Partenaires sexuels	Effectifs	%
1	10	23,8
2-3	20	47,6
>4	12	28,6
TOTAL	42	100

20 de nos patientes avaient (2- 3) partenaires sexuels soit 47,6% des cas.

Tableau IV : répartition des patientes selon l'ethnie

ETHNIE	Effectifs	%
BAMBARA	10	23,8
SARAKOLE	9	21,4
KHASSONKE	2	4,8
PEULH	10	23,8
MALINKE	3	7,1
MAURE	4	9,5
AUTRES	4	9,5
TOTAL	42	100

Autres : Ouolof, Bobo, Sonrhäï

Tableau V : répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission		Effectifs	%
Venue d'elle-même		26	62
Evacuées	CSCOM	2	4,7
	Structures privées de Kayes	12	28,6
	Structures hors de Kayes	2	4,7
TOTAL		42	100

26 de nos patientes sont venues d'elle même soit 62 %

2. Les antécédents médicaux : La bilharziose a été le seul antécédent médical retrouvé chez 1 malade soit 2,38 %

3. Antécédents chirurgicaux :

Tableau VI : répartition des patientes selon les antécédents

chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectifs	%
Laparotomie pour GEU	3	7,1
Césariennes	3	7,1
Plastie tubaires	2	4,8
Aucun	34	81
TOTAL	42	100

L'antécédent de laparotomie pour GEU ainsi que la césarienne ont été les antécédents chirurgicaux les plus représentés soient 7,1% des cas chacun.

4. Antécédents gynéco obstétricaux

Tableau VII : répartition des patientes selon la Gestité

GESTITE	Effectifs	%
Primigeste (1)	6	14,3
Paucigeste (2-3)	20	47,6
Multigeste (4-6)	13	31,0
Grande Multigeste (7 ou plus)	3	7,1
TOTAL	42	100

La GEU semble affectée une faible Gestité. Le taux de paucigeste est de 47,6%.

Tableau VIII : répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectifs	%
Nullipare(0)	5	11,9
Primipare(1)	10	23,8
Paucipare (2-3)	19	45,2
Multipare (4-6)	8	19,1
TOTAL	42	100

La parité moyenne a été de 2, la GEU semble affectée une faible parité.

Tableau IX : répartition des patientes selon les antécédents d'avortements

Antécédents d'avortement	Effectifs	%
Spontané	11	26,2
Spontané suivi de curetage	7	16,7
IVG	1	2,4
Aucun	23	54,7
TOTAL	42	100

23 de nos patientes n'avaient aucun antécédent d'avortement soit 54,7% des cas. 7 de nos patientes ont subi un avortement suivi de curetage soit 16,7% des cas.

Tableau X : répartition des patientes selon les antécédents infectieux

Antécédents infectieux	Effectifs	%
Vulvo-vaginite	10	23,8
Aucun	32	76,2
TOTAL	42	100

32 de nos patientes n'avaient aucun antécédent infectieux soit 76,2% des cas.

L'infection génitale basse a été trouvée chez 10 patientes soit 23,8%

Tableau XI : répartition des patientes selon les antécédents de contraception

Antécédent de contraception	Effectifs	%
Oral (progestatifs)	5	11,9
DIU	7	16,7
Aucune contraception	30	71,4
TOTAL	42	100

30 de nos patientes n'avaient aucun antécédent de contraception soit 71,4% des cas.

Dispositif intra-utérin a été le moyen de contraception le plus représenté soit 16,7% des cas contre 11,9%. La contraception orale et la GEU est survenu surtout après l'arrêt de la contraception orale (micropilule).

Tableau XII : répartition des patientes selon les antécédents de stérilité

Antécédents de stérilité	Effectifs	%
Primaire	5	11,9
Secondaire	10	23,8
Aucun	27	64,3
TOTAL	42	100

27 de nos patientes n'avaient aucun antécédent de stérilité soit 64,3% des cas.

5. Caractéristiques cliniques

Tableau XIII: Répartition des patientes selon l'âge gestationnel au moment du diagnostic

Age gestationnel	Effectifs	%
7 semaines	1	2,4
12 semaines	26	62
14 semaines	11	26,2
17 semaines	3	7
20 semaines	1	2,4
TOTAL	42	100

L'âge gestationnel moyen au moment du diagnostic a été de 12 semaines d'aménorrhée (SA) avec des extrêmes de (7 et 20 SA)

Tableau XIV : répartition des patientes selon les circonstances de découvertes

Circonstances de découvertes	Effectifs	%
Patiente reçue en urgence dans un tableau d'hémopéritoine	38	90,5
Diagnostiquée à l'échographie	4	9,5
TOTAL	42	100

La majorité de nos patientes ont été reçues dans un tableau d'hémopéritoine soit 90,5% des cas.

Tableau XV : répartition des patientes selon les signes**fonctionnels**

Signes fonctionnels	Effectifs	%
Douleurs abdomino-pelviennes spontanées	41	97,6
Douleurs abdomino-pelviennes + Aménorrhée + Métrorragie	38	90,5
Douleurs abdomino-pelviennes + Aménorrhée	19	45,2
Douleurs abdomino-pelviennes + Métrorragie	14	33,33
Douleurs abdomino-pelviennes + Lipothymie ou syncope	6	14,3
Signes sympathiques de la grossesse + Douleurs abdomino-pelviennes	29	69

La triade symptomatique classique à savoir (la douleur pelvienne + l'aménorrhée + la métrorragie) est retrouvée chez 90,5%

Tableau XVI : répartition des patientes selon les signes généraux

Signes généraux	Effectifs	%
Normaux	7	16,66
Pâleur cutanéomuqueuse + Pouls filant ou accéléré	16	38,1
Pâleur cutanéomuqueuse + Pouls filant ou accéléré + Baisse de la tension artérielle	4	9,5
Pâleur cutanéomuqueuse + Etat de choc	10	23,8
Pâleur cutanéomuqueuse + Hyperthermie	5	11,9

Presque la majorité de nos patientes avaient un pouls filant dont 38,1% en état de choc.

Tableau XVII : répartition des patientes selon les résultats de la palpation abdominale

Palpation abdominale	Effectifs	%
Douleur abdomino- pelvienne provoquée	4	9,5
Douleur abdomino- pelvienne + Fluctuation abdominale + Cri de L'ombilic	38	90,5
TOTAL	42	100

La fluctuation abdominale avec cris de l'ombilic a été retrouvée à la palpation abdominale chez presque toutes nos patientes soit 90,5%

Tableau XVIII : répartition des patientes selon les résultats du toucher vaginal combiné au palper

Toucher vaginal + palper	Effectifs	%
Douglas libre et sensible	3	7,14
Masse latéro-utérine sensible	1	2,4
Douglas bombé et sensible	18	43
Cris du Douglas	38	90,5

Le cri du Douglas a été retrouvé chez la majorité de nos patientes au toucher vaginal 90,5%.

6. Les examens para cliniques :

Tableau XIX : répartition des patientes selon les examens complémentaires effectués

Examens complémentaires	Effectifs	%
Test de grossesse	41	97,6
Ponction du Douglas +Test urinaire de grossesse	29	69
Ponction Transpariétale + Test urinaire de grossesse	9	21,4
Échographie pelvienne +Test urinaire de grossesse	4	9,5

Le test urinaire de l'HCG couplé de ponction du Douglas ont été les examens para-cliniques de premières intentions dans notre série soit 69% des cas.

Tableau XX : Caractéristiques des examens complémentaires

Caractéristiques des examens complémentaires	Positif	Négatif
Test de grossesse	41 cas soit 97,6%	1 cas soit 2,4%
Ponction Transpariétale	9 cas soit 21,4%	0
Ponction du Douglas	29 cas soit 69%	0

Presque toutes nos patientes ont bénéficié de test urinaire de grossesse

Tableau XXI: Caractéristiques de l'échographie

Caractéristiques de l'échographie pelvienne	Résultats	Effectifs	%
Echographie pelvienne	Sac ovulaire avec activité cardiaque	3	7,1
	Image latéro-utérine	1	2,4
	Absence d'image suspecte	0	0
	Présence d'épanchement dans le Douglas	0	0
TOTAL		4	9,5

38 de nos patientes n'ont pas bénéficiées d'échographie pelvienne soit 90,5% des cas.

7-Prise en charge :**Tableau XXII :** répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine

Taux d'hémoglobine		Effectifs	%
Effectué en urgence	< 7g/dl	3	7,14
	7-11g/dl	30	71,42
	>11 g/dl	3	7,14
Non effectué		6	14,3
TOTAL		42	100

Le taux d'hémoglobine a été effectué en urgence chez 36 patientes soit 85,7% des cas, dont 33 patientes présentaient une anémie (taux d'hémoglobine ≤ 11 g/dl) soit 78,6% des cas, avec des extrêmes taux d'hémoglobines de (2,1g/dl et 12,3g/dl), et le taux moyen d'hémoglobine est de 7,2g/dl.

Tableau XXIII : répartition des patientes selon la transfusion sanguine

Transfusion	Effectifs	%
Transfusées	10	23,8
Non transfusées	32	76,2
TOTAL	42	100

10 de nos patientes ont bénéficié d'une transfusion sanguine, soit 23,8 % des cas

Tableau XXIV : répartition des malades selon l'intervalle de temps entre le début de la symptomatologie et la prise en charge

Intervalle de temps	Effectifs	%
48h	2	4,8
72h	35	83,3
>144h	5	11,9
TOTAL	42	100

L'intervalle de temps entre le début de la symptomatologie clinique et la prise en charge à été en moyenne de 72 heures, c'est pourquoi la majorité de nos patientes arrivent dans un tableau de rupture.

Leur circuit avant d'arriver à l'hôpital :

Plus de la moitié nos patientes sont venues d'elle même soit 61,9% des cas

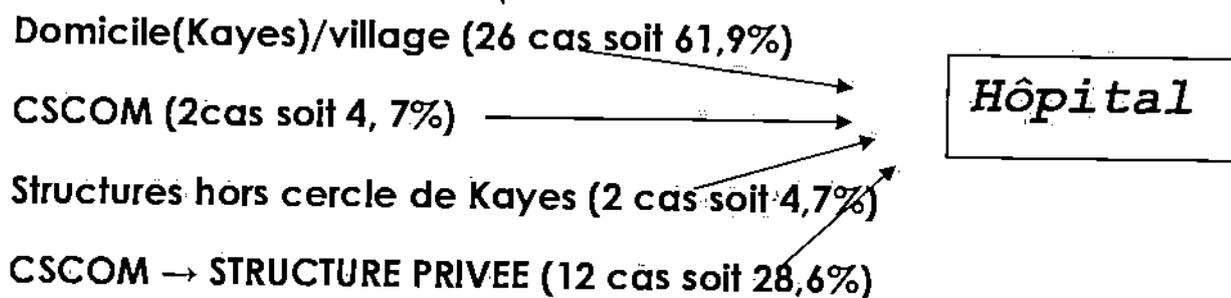


Tableau XXV : Répartition des patientes selon l'intervalle de temps entre le diagnostic et l'intervention

Intervalle de temps (mn)	Effectifs	%
30	10	23,8
45	31	73,8
60	1	2,4
TOTAL	42	100

L'intervalle de temps entre le diagnostic et le début de l'intervention a été en Moyenne de 45 minutes avec des extrêmes de (30mn et 60 mn).

Tableau XXVI : répartition des patientes selon la quantité d'hémopéritoine

Quantité d'hémopéritoine	Effectifs	%
< 1 litre	12	28,6
1-2 litres	24	57,14
2-3 litres	2	4,76
TOTAL	38	90,5

La quantité d'hémopéritoine a varié entre 100 CC et 2300 CC

Tableau XXVII : répartition des patientes selon la technique chirurgicale utilisée

Technique chirurgicale	Effectifs	%
Salpingectomie totale	37	88,1
Salpingectomie partielle	0	0
Annexectomie	1	2,4
Salpingotomie	1	2,4
Expression tubo abdominale	0	0
Extraction de grossesse abdominale	3	7,1
TOTAL	42	100

La salpingectomie totale a été la technique chirurgicale la plus utilisée soit 88,1%

8. Classification :

Tableau XXVIII : répartition selon la localisation de la GEU

Localisation	Effectifs	%
Droite	22	52,4
Gauche	17	40,5
Abdominale	3	7,1
TOTAL	42	100

La GEU a été retrouvé sur la trompe droite chez 22 patientes soit 52,39% et sur la trompe gauche chez 17 patientes soit 40,5%.

Tableau XXIX : répartition selon le siège de la GEU

Localisation	Effectifs	%
Tubaire	39	92,9
Abdominale	3	7,1
TOTAL	42	100

Il s'agissait d'une localisation tubaire dans 92,9% des cas.

Tableau XXX : repartitions des GEU tubaires selon la variété topographique

Variété de la GEU tubaire	Effectifs	%
Interstitielle	9	23
Isthmique	7	18
Ampullaire	22	56,4
Infundibulaire	1	2,6
TOTAL	39	100

Il s'agissait d'une localisation tubaire dans la majorité des cas dont la localisation ampullaire dans 56,4% des cas.

9. Diagnostic per opératoire :

Tableau XXXI : répartition des patientes selon le diagnostic per-opératoire

Diagnostic per opératoire	Effectifs	%
GEU tubaire rompue	38	90,5
Avortement tubo- abdominale complète ou en cours	0	0
Hématosalpinx	1	2,4
Hematocele retro-uterine	0	0
Grossesse abdominale	3	7,1
TOTAL	42	100

La GEU était rompue dans 38 cas soit 90,5% entraînant un hémopéritoine.

Tableau XXXII : répartition des patientes selon l'état de la trompe controlatérale à la laparotomie

Etat de la trompe controlatérale	Effectifs	%
Saine	35	83,3
Inflammatoire	1	2,4
Adhérentiel	2	4,8
Hydrosalpinx	1	2,4
Endométriose	0	0
Pyosalpinx	0	0
Absente	3	7,1
TOTAL	42	100

La trompe controlatérale avait un aspect sain soit 83,3% ; pathologique dans 9,6% des cas et absente dans 7,1% des cas.

10. Pronostic :**Tableau XXXIII:** la répartition des patientes selon le pronostic vital

Pronostic vital	Effectifs	%
Décédé	0	0
Vivantes	42	100
TOTAL	42	100

Les suites opératoires ont été simples dans 32 cas, soit 76,2%. Elles étaient compliquées d'anémie sévère chez 10 patientes soit 23,8%.

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

Tableau XXXIV : la répartition des patientes selon l'avenir obstétrical

Avenir Obstétrical	Effectifs	%
Bon	35	81
Réservé	4	11,9
Sombre	3	7,1
TOTAL	42	100

3 de nos patientes soit 7,14% sont revenues en état de grossesse. Il n'a pas été enregistré de cas de récurrences.

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Les 42 cas de GEU de notre étude transversale descriptive ont été répertoriés à partir des registres de consultations, d'hospitalisations, de comptes rendus opératoires et des observations. Le recueil des données de ces dossiers a été facile. Les renseignements recueillis ont été plus précis et complets.

Les difficultés notées au cours de ce travail ont été les suivantes :

- Certains examens complémentaires (Echographie pelvienne, BHCG plasmatiques) n'étaient pas souvent réalisables en urgence.
- Le pouvoir d'achat de certaines de nos patientes était insuffisant pour assurer une prise en charge financière correcte.
- L'unité de réanimation non équipée rendait difficile la réanimation de certaines de nos patientes.

C'est un travail fait dans une structure hospitalière de référence qui ne reçoit pas tous les cas de GEU, car une clinique privée de la place reçoit quelque cas de GEU donc il est possible que certaines patientes décédées puissent échapper à notre étude. La taille de l'échantillon déterminée par la durée de l'étude, et la non réalisation du bilan infectieux ne nous a pas permis d'atteindre certains objectifs. Toute fois certaines données cliniques et épidémiologiques sont exploitables.

5-1- EPIDEMIOLOGIE :

5-1-1 La fréquence : La fréquence de la GEU est de 1,12 % (1 GEU / 89 accouchements). Notre fréquence est identique à celle retrouvée par KEITA Namory à Conakry soit 1,12% (1 GEU / 89 accouchements) en 1981 [10].

Par contre d'autres études africaines trouvent une fréquence plus élevée que la notre : respectivement PICAUD et BAMOUNI ont trouvé tous 1.6 % au centre hospitalier de Libreville en (1999) et au CHNSS de Bobo Djoulasso (Burkina Faso de 1993 – 1995) [1,4], LANKOANDE à Ouagadougou en 1998 trouve 3.5 % [12], 1,9% (1 GEU / 53 accouchements) pour JC MOREAU au CHU le DANTEC à Dakar en 1991[5]. DEMBELE Y et CISSE H ont trouvé respectivement au CS Réf CV du district de Bamako 1,89% (1GEU/53 accouchements) de 2005-2006, 2,65% de 1994-1999[60,11], TRAORE M [54] trouve 1,71% en 1985 au centre hospitalier universitaire du point G, 2,87% pour SOUMARE M [23] au CHU Gabriel TOURE de 1996 à 1997.

Les études des pays occidentaux trouvent une fréquence variant de 0.5 – 2 % [51].

5-1-2-Age : L'âge moyen des patientes était de 27ans, il est presque identique à celui trouvé par plusieurs auteurs : BAMOUNI YA [4] au Burkina Faso de 1993 – 1995 et MOUNANGA [3] en 1986, RATINAHIRANA S [6] au Madagascar de 1993 – 1995, DEMBELE YAYA [60] au CS Réf CV du district de Bamako de 2005-2006.

La tranche d'âge la plus concernée est celle de 20 – 35 ans avec une fréquence de 91 %. Cette tendance est retrouvée par DIALLO

FB [14] à Niamey en 1998 et par Perrin [9] à Cotonou (Bénin) qui ont trouvé respectivement 63.93 % dans la tranche d'âge de 20 – 29 ans et 61.27 % dans la tranche d'âge de 21 – 30 ans

En effet l'activité sexuelle est souvent précoce en Afrique comme le démontre notre étude avec des extrêmes d'âge de 15 et 40 ans. Les pathologies comme la GEU ne sont pas exceptionnels chez les adolescentes.

Nous constatons que la femme peut faire une GEU à tout âge de sa période d'activité génitale.

5-1-3-Parité : La parité moyenne de nos patientes est de deux (2). La GEU a été identifiée jusqu'à la sixième parité. Cette tendance est retrouvée par Jean-François MEYE [21] à Libreville (GABON), de Février 1997 à juillet 2000.

Le taux de nullipare de notre série (11,9 %) est plus élevé que celui de MOUNANGA [2] 8.42 %, par contre inférieur à celui de RATINAHIRANA S. [6] 19.7 % et à celui de Perrin [9] 27.8 %.

5-1-4-Les facteurs de risque : les antécédents de nos patientes nous ont permis d'observer certains facteurs de risque de la GEU.

En effet FERNANDEZ [24] a noté le rôle des antécédents d'infection *Chlamydia Trachomatis*, de chirurgie tubaire, d'appendicectomie, de GEU antérieure, d'utilisation de certaine méthode contraceptive comme le DIU (Stérilet) dans la survenue de GEU.

Dans le domaine infectieux, nous n'avons pas trouvé d'antécédents d'infection à *Chlamydia Trachomatis*, alors que MUTEGANYAN [16] à Bujumbura (Burundi) l'a trouvé chez 9 patientes sur 12 (75%) qui ont présenté une GEU. Ceci est certainement dû à l'absence de cet examen dans notre contexte cause de son coût élevé.

Les données de RATINAHIRANA. [6] montrent que 85.5% des patientes ont eu plusieurs partenaires sexuels. Ce taux quoique supérieur au notre (76.2%) conforte nos résultats par rapport à la multiplicité des partenaires comme facteurs de risque de GEU.

L'antécédent de GEU a été retrouvé chez 3 patientes soit (7,14%) ce taux est supérieur à celui de DEMBELE Y [60] qui est de 5,5%, comparable à ceux d'autres auteurs PERRIN R [9] au BÉNIN, RATINAHIRANA.S [6] à MADAGASCAR qui ont respectivement trouvé 7,35% et 8% mais il est plus faible que ceux de ENGONGAHBEKA [18] (2 cas sur six grossesses abdominales) et MOUNANGA [2] (14 cas pour 95 GEU).

Cinq(5) de nos patientes avaient un antécédent de prise de contraceptifs hormonaux genre oral soit 11,9%.Ce taux est inférieur à celui trouvé par DEMBELE Y [60] soit 17,2%

L'antécédent de stérilet a été trouvé chez 7 de nos patientes soit 16,7%. Ce taux est inférieur à celui trouvé par DEMBELE Y [60] soit 3,9%.Par contre SEPOU.AL [19] à BANGUI n'a pas trouvé d'antécédent de stérilet dans son étude.

5-2-Manifestations cliniques :

L'âge gestationnel moyen au moment de la consultation est de 12 semaines d'aménorrhée. Le fait de se croire enceinte n'amène pas systématiquement à consulter.

Les patientes ont consulté lorsque l'évolution de la grossesse est devenue anormale : les signes cliniques constitués d'aménorrhée, de douleurs pelviennes et de métrorragies, lesquels permettant d'évoquer la GEU ont été retrouvés chez 38 de nos patientes soit 90,5%. Ce taux est nettement plus élevé que celui de SEPOUL AL [19] qui avait trouvé cette association chez 52 patientes soit 44,8% des cas mais plus faible que celui de DIALLO F. B. [14] à Niamey qui avait trouvé cette association dans 96 % des cas. Pris isolément, les signes cliniques présentent des fréquences qui sont différentes selon les auteurs [2, 4, 9]. Toutefois, les signes fonctionnels qui reviennent souvent sont : l'aménorrhée, les douleurs pelviennes et les métrorragies.

Le signe physique le plus important en cas de GEU non rompue repose sur la présence d'une masse annexielle. Nous l'avons trouvé chez 1 patiente soit 2,4 %. Ce taux est inférieur à celui de SEPOUL AL [19] et BAMOUNI YA [4] qui ont trouvé respectivement dans 23,3 % et 13,5 %. MOUNANGA M. [2] et RATINAHIRANA S. [6] ont trouvé respectivement 6,31 % et 11 % à Madagascar. Par contre ce taux est inférieur à celui de DEMBELE Y [60] CS Réf CV du district de Bamako soit 12,1%.

En cas de GEU rompue, l'hémopéritoine est le principal signe retrouvé par la plupart des auteurs africains [2,4, 6, 9 et 14]. Nous l'avons retrouvé dans 90,5 % soit 38 cas dont 26,3 % en état de choc hypovolémique. Cette situation est aussi dramatique dans notre milieu comme dans la littérature africaine : 83,6% des formes sont rompues d'après LANKOANDE à Ouagadougou en 1998 [12], 90,3% pour MOREAU à Dakar en 1995 [5], 95% pour DIALLO à Niamey en 1998 [14] et 100% pour PAMBOU à Brazzaville en 1996 [20], par contre 76,7% des formes sont rompues d'après DEMBELE Y au CS Réf CV du district de Bamako [60].

5-3-Examens Para-cliniques :

Le test urinaire de l'HCG couplé à la ponction du Douglas ont été les deux (2) examens para cliniques de première intention (69% soit 29 cas).

La culdocentèse a été d'indication large à Libreville (GABON) J F MEYE [21] (67,9%) nombre de cas. Nous l'avons effectué dans (69% soit 29cas) et elle a été positive dans (100% soit 29 cas).

La ponction transpariétale a été effectuée dans (21,4% soit 9 cas) et a été positive dans (100 % soit 9 cas). Par contre, J. F. MEYE [21] à Libreville (Gabon) dans son étude n'a pas effectué de ponction transpariétale.

A l'instar de certains auteurs africains : Diallo FB [14], et JC Moreau [5], nous les retenons comme moyen de diagnostic de la GEU.

Quant au dosage des B HCG, il vient en appui. Son coût est prohibitif.

Ces examens utilisés ensemble ou individuellement selon les cas conduisent dans 96 % de cas à une laparotomie en urgence.

5-4-Prise en charge

Le traitement a été chirurgical pour les 42 patientes soit 100 % des cas.

L'intervalle de temps entre le début de la symptomatologie clinique et la prise en charge a été en moyenne de 72 heures avec des extrêmes de (48 et 144 heures).

L'enjeu du traitement est d'enlever la GEU sans prendre de risque hémorragique et en préservant la fertilité ultérieure.

La laparotomie demeure le moyen thérapeutique largement utilisé en Afrique. Les gestes effectués dans notre laparotomie étaient ceux retrouvés par la plupart des auteurs africains : Diallo F.B [14] (Niamey), PAMBOU O. [20] (Congo), PICAUD A. [1] (Gabon) : Salpingectomie totale (88,1 % soit 37 cas), Salpingotomie (2,4 % soit 1 cas), Annexectomie (2,4% soit 1 cas), Extraction de grossesse abdominale (7,1% soit 3 cas).

La coelioscopie, traitement de référence de la GEU dans les pays développés reste de pratique limitée dans notre contexte. Cela s'explique par l'absence de couverture sanitaire en matériel de coelioscopie.

La présence permanente d'une équipe opérationnelle ainsi que le kit de laparotomie dans le service ont joué un rôle fondamental dans la prise en charge immédiate de nos urgences. Les délais d'accès aux soins ainsi réduits ont amélioré le pronostic vital.

5-5- Pronostic :

Les suites opératoires ont été simples dans 76,2% (soit 32cas), les suites étaient compliquées, d'anémie dans 23,8 % (soit 10 cas).

L'avenir obstétrical reste bon chez 35 patientes soit 83,3% dont 2 revenues en état de grossesse, réservé chez 4 patientes soit 9,6%, sombre chez 3 patientes soit 7,1% car elles étaient à leur deuxième salpingectomie totale.

L'avenir obstétrical est néanmoins meilleur chez les femmes qui étaient déjà mères avant d'avoir eu la GEU soit 64,3% des cas (pauci pares et multipares)

Il reste sombre chez les femmes qui inaugurent leur vie obstétricale par la GEU soit 11,9% de primigeste.

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 5 jours.

Nous n'avons pas enregistré de décès au cours de notre étude, ce qui n'a pas été trouvé par DEMBELE.Y [60] au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako (0,8%), SEPOUL AL [19], DIALLO F. B. [14] et SOUMARE M. [23] respectivement (1,7 % ; 1,63 % et 1,72 %).

PICAUD [1] en 1989 avait trouvé un taux de létalité de 13.7 /1000, participant à 14.6 % des causes de mortalité maternelle.

En France, LAURE PANEL et Coll trouvent que la GEU Participe à 10 % des causes de mortalité maternelle au premier trimestre [22,29].

Nous devons reconnaître que les décès suite à une GEU ne devaient plus se rencontrer surtout dans les hôpitaux de référence comme celui dans lequel nous avons mené notre étude. Tout ne dépend malheureusement pas de ces structures et des compétences qui y sont disponibles, les malades ont un rôle important à jouer dans la précocité du diagnostic, qui conditionne le pronostic maternel.

VI-CONCLUSION-RECOMMANDATIONS

6-1 Conclusion :

La GEU constitue un problème de santé publique dans notre environnement, de part l'augmentation croissante de sa fréquence dans ces deux dernières décennies.

Le diagnostic presque toujours tardif et l'accès difficile à des moyens diagnostics comme l'échographie offre peu de choix thérapeutique.

Un traitement chirurgical lourd car entraînant d'importante mutilation et diminuant les chances de fécondité ultérieure des patientes.

Le pronostic vital est favorable dans la majorité des cas si le diagnostic est précoce avec prise en charge adéquate.

6-2 Recommandations

La prévention de cette pathologie passe par les actions suivantes :

- **Aux autorités**
 - Équiper les formations hospitalières de référence des moyens d'investigation para-cliniques opérationnels 24 h/24 pour un diagnostic rapide et précoce (échographie avec sonde endo-vaginale, dosage des B HCG plasmatiques)

- Promouvoir une politique de développement de la coeliochirurgie dans les hôpitaux de deuxième référence.
- Assurer l'approvisionnement des mini-banques de sang des hôpitaux et cela de façon permanente.
- Promouvoir un service de réanimation au sein de ces établissements hospitaliers de deuxième référence.

- **Aux personnels socio sanitaires**

- Rechercher systématiquement une GEU chez toute patiente en âge de procréer présentant une douleur pelvienne ou abdomino-pelvienne, un saignement, ou 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'alarmes en cas de grossesse :

Douleurs pelviennes ou abdomino-pelviennes, saignement, chute syncopale.

- Faire une échographie systématique au premier trimestre de la grossesse pour localiser son siège surtout chez les femmes avec facteur de risque ou avec des signes d'après comme saignement, douleurs pelviennes.

- **À la population :**

- Consulter précocement en cas de suspicion de grossesse pour déterminer sa localisation
- Éviter ou traiter efficacement les infections sexuellement transmissibles surtout celles dues au gonocoque et au chlamydiae.

LOCALISATION ET RESUME DE LA THESE

NOM : SINAYOKO

PRENOM : Yaya

TITRE DE THESE : Etude des Grossesses extra-utérines dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes sur une période d'une année.

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007-2008

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : Mali

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et D'odonto-stomatologie

SECTEUR D'INTERET : Gynécologie et Obstétrique.

Il s'agit d'une étude transversale descriptive avec recrutement prospectif des données qui s'est déroulée dans le Service de Gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes du 1^{er} Juillet 2007 au 30 Juin 2008 soit une année.

Nous avons colligé pendant cette période 42 cas de grossesse extra-utérine et effectué 3741 accouchements soit une fréquence d'une GEU pour 89 accouchements (1,12%).

La fréquence de la GEU varie d'un mois à l'autre. La fréquence la plus élevée a été enregistrée au mois de juillet 2007 et au mois de

février 2008 (7 cas) soit 1,66% et la plus faible au mois de janvier et au mois de juin 2008 (2cas) soit 4,8%.

La fréquence de la GEU a augmentée dans ces deux dernières décennies. La prise en charge de nombreux cas de GEU au niveau d'une clinique privée a sans doute contribué à la baisse du taux de notre étude.

La grande majorité de nos patientes a été reçue en urgence après la rupture de la GEU (90,5% soit 38 cas) et était des paucipares (45,2% soit 19 cas). Les nullipares étaient concernées dans 11,9% (soit 5 cas).

L'âge gestationnel moyen au moment de la consultation est de 12 semaines d'aménorrhée. Le fait de se croire enceinte n'amène pas systématiquement à consulter.

Les patientes consultent lorsque l'évolution de la grossesse est anormale : (douleurs spontanées, métrorragies).

Les méthodes diagnostiques les plus utilisées ont été :

- **le test urinaire de grossesse 97,6% (soit 41 cas)**
- **la ponction transpariétale 21,4% (soit 9 cas)**
- **la ponction du Douglas 69% (soit 29 cas).**

La chirurgie radicale demeure le moyen thérapeutique largement utilisé (88,1% soit 37 cas). La chirurgie conservatrice a été utilisée dans (2,4%soit 1 cas).

Les mots clés sont : Grossesse extra-utérine, milieu hospitalier,
rupture tubaire, hémopéritoine.

BIBLIOGRAPHIE

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES:

1. PICAUD A, NLOME NZE AR, OGOWET IN, FAYE A, LOUNDOU J

La grossesse extra-utérine : Etude de 509 cas traités chirurgicalement au CHU de Libreville gynéco. Obstét, bio. Reprod 1989; 18 : 714-720

2-MOUNANGA M, KOGOU-BOUTAMBA B, AWASSI-N'DOUONOA, ZINSOU R.

La grossesse extra-utérine : étude de 95 cas. Méd. Afr. Noire 1986; 33: 171-179.

3. BERGER MJ, TAYMOR M.L

Simultaneous intra-uterine and tubal Pregnancies following ovulation induction am j .Obstét Gynécol 1972 à 1973; 6: 812-13.

4 .BAMOUNI Y, DAO B, BAZIE A.J et AL.

Place de l'échographie dans le diagnostic des grossesses extra-utérines (GEU) au CHNSS de BOBO DIOULASSO (BURKINA FASSO) de 1993 à 1995.

5. MOREAU J.C, RUPARI L, DIOUF A, MENDES V, BAH M.D, DIADHIOU

F. Aspects épidémiologiques et anatomo-cliniques des grossesses extra-utérines (GEU) au CHU de DAKAR.

**6. RATINAHIRANA S, RAZANAMPANY Pr, RADANIASON H,
RATSIMANOHATRA E, RAKOTOZAFI G.**

Aspects actuels de la grossesse extra-utérine à NOSYBE
(MADAGASCAR) de novembre 1993 à février 1995 ; Cahier de
santé : 1997 : 7 : 19-23.

7. BREMOND A, BONVALLOT D, MAGNIN P.

Devenir de la grossesse sur stérilet : Revu Franc Gynéco 1977 ; 3 :
189-192.

8. BRUHAT M, MANHES H, CHOUKROUN J, SUZANNE R.

Essai de traitement Per-Coelioscopique de la GEU à partir de 26
observations.

Revu Franc Gynéco, 1977; 10 : 667-674.

9. PERRIN R, BOCOV, BILONGO, AKPOVI J, ALI HONOU E.

Prise en charge de la grossesse extra-utérine à la clinique de
gynécologie et d'obstétrique de Cotonou (BENIN). Cahier santé :
1997 ; 7 : 201-203.

10. KEITA N.

Grossesse extra-utérine en milieu noir Africain au CHU de Conakry
en 1981, thèse de médecine.

11. CISSE H.

Etude épidémiologique-clinique de la grossesse extra-utérine au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako, Thèse, Méd. 2000.

12. LANKOANDE J, OUEDRAOGO CMR, OUEDRAOGO A et AL.

Aspects particuliers de la Grossesse Extra-utérine en milieu africain à propos de 124 observations en 1995 à Ouagadougou (Burkina) Med 1998

13. COSTE J, JOB SPINA N.

Les aspects épidémiologiques des Grossesses Extra-utérines. J Gynécol Obstétrique Biol Reprod 1988 ; 17 : 916-1001

14. DIALLO FB, IDI N, VANGEENDRHUYSEN C.

La Grossesse Extra-utérine à la maternité de Référence de Niamey (Niger). Aspect diagnostic, thérapeutique et pronostic. Med, Afrique Noire 1998; 45:365-369.

15. DE STEFANO F, PETERSON HB, LAYDE PM, RUBIN GL.

Risk of ectopic pregnancy following tubal sterilisation Obstét Gynécol 1982; 60:326-330.

16. MUTEGANYAN D, NAKINTUE R, MUHIRWA G, POSTE ETAL.

Rôle du chlamydia Trachomatis dans les infections utéro-annexielle ou leurs séquelles au CHU de Kamenge (BUJUMBURA-BURINDI) : A propos de 82 cas. Méd. Afr Noire : 1997 ; 44 : 6-9.

17. DIQUELOU JY, PIA P, TESQUIER L, HENRY-SUCHET J, CICQUEL JM.

La place de chlamydia Trachomatis dans l'étiologie infectieuse des grossesses extra-utérines. J.Gynécol.Obstét, Réprod 1985 ; 17:325-332.

18. ENGONGAH-BEKA, MEYE JF, OZOUAKI F, SIMA-OLE B.

Association grossesse intra-utérine et grossesse extra-utérines rompues. A propos de 2 cas d'évolution différente et revue de la littérature. Méd. Afr- noire 1997 ; 44 : 472-475.

19. SEPOUL AL, YANZA C, NGUEMBI E, ODDOT M, NGAL R, KOUABOSSO AL. Aspects épidémiologiques et cliniques de 116 cas de grossesses extra-utérines à l'hôpital communautaire de BANGUI.

20. PAMBOU O, GUYOT B, TSIKU X, et Al.

Prise en charge de la grossesse extra-utérine au CHU de BRAZZAVILLE (CONGO) et à l'hôpital Tenon (PARIS, France). Rév Franc gynécô. Obstét 1996 ; 91 :223-227.

21. MEYE JF, ADRIEN SIMA-ZUE, BONIFACE SIMAOLÉ, KENDJO €, ENGONGAH-BEKA T.

Aspects actuels de la grossesse extra-utérine à Libreville (GABON) à propos de 153 cas.

22. LAURE PANEL.

Morbidité et mortalité maternelle de la grossesse extra-utérine Paris (France).

23. SOUMARE M.

Grossesse extra-utérine dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré à propos de 116 cas. Thèse de Médecine-Bamako (MALI).

24. FERNANDEZ H, COSTE J, JOBSPINA N, PAPIERNICK E.

Facteurs de risque de la GEU. J Gynécologie obstétrique biologie reproduction 1991 ; 20 : 373-379.

25. FERRAND S, MADELENAT P, MENARD A, CREQUAT J, HAUUY J.P, CASSUTO G.

Vers un traitement ambulatoire de la grossesse extra-utérine :
Contracept. Fertil. Sex. 1990: 181-184.

26. GRUBER K, GELVEN PL, AUSTIN RM.

TITLE: Chronic villi or trophoblastic tissue in uteri samples of four women with ectopic Pregnancies. Source: International journal of gynaecological pathology 1997 Jan; 16 (1): 28-32.

27. HALLATT J G.

Ectopic pregnancy associated with the intrauterine device: a study of seventy cases. Am J Obstét Gynécol 1976;6:754-758 .

28. HALLATT J G.

Repeat ectopic pregnancy: a study of 123 consecutive cases. Am J Obstet Gynecol 1975; 4:520-524.

29. HERNANDEZ AG ET COLL.

Endometriosis, y embarazo ectópico. Acta Gynecol. (Madrid) 1972; 23:231.

30. ICHINOE K, WAKE N, SHINKAI N, SHIINA Y, MIYAZAKI Y, TANAKA T.

Non surgical therapy to preserve oviduct function in patients with tubal

Pregnancies J Gynécol Obstét Biol Réprod 1987; 156: 484-487.

31. ISABELLE P.

Avenir obstétrical des patientes opérées de grossesse extra-utérine: à propos de 106 cas. Thèse de médecine 1992 ;5 :18.

32. JANECK P, GRANDI P.

Chirurgie restauratrice d'emblée dans le traitement des grossesses extra-utérines J Gynécol. Obstet biol. Repro 1978 ;7 : 1261- 67

33. KITCHIN JD, WEIN RM, NLEY WC, THIAGARAJAH S, THORNTON WN. Ectopic pregnancy: current clinical trends; Am J Obstet Gynécol 1979; 8:870- 76

34. LANSAC J, GALLET C, ROCHET Y.

La grossesse extra-utérine et son pronostic obstétrical; J Gynécol Obstet Biol Reprod 1975; 4:65-74

35. LEHFELDT H, TETZE C, GORSTEIN F.

Ovarian pregnancy and the intrauterine device; Am J Obstet Gynecol 1970 à 1978;7:1005-1009

36. LERAT MF, ET COLL.

Etude de l'ovaire et de la trompe au microscope électronique à balayage ; J Gynécol Obstet Biol Reprod 1974;3:351.

37. MAJMUDAR B, HENDERSON P, SEMPLE E.

Salpingitis isthmica nodosa: a high - risk factor for tubal pregnancy; Obstet Gynecol 1983; 62:73-78

38. MANHES H, MAGE G, POULY JL, ROBERT JF, BRUHAT MA.

Traitement coelioscopique de la grossesse tubaire non rompue : améliorations techniques. Presse Medical 1983;12:1431

39. Monnier JC, VANTYGHEM-HAUDIGUET MC, LANCIAUX B, VINATIER D.

La grossesse extra-utérine : aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques ; J. Gynécol Obstet Biol Reprod 1985;14:67-75.

40. MORRIS JM, VAN WAGENEN G.

Interception: the use of post ovulatory oestrogen to prevent implantation. Am J Obstet Gynecol, 115, 101; 1973.

41. O'LEARY JL, O'LEARY JM.

Rudimentary Horn pregnancy. Obstet Gynecol, 22, 371; 1963.

42. ORY HW.

Ectopic pregnancy and intrauterine contraceptive devices: new perspectives, *Obstet Gynécol* 1981; 2: 137-144

43. PAALMAN RJ, MCELIN TW.

Cervical pregnancy: review of the literature and presentation of cases. *Amer. J Obstet Gynécol*, 77, 317, 1959.

44. Philippe E.

A propos de « Salpingite chronique et grossesse extra-utérine ...
J Gynécol Obstet Biol Reprod, 1987, 16, 261.

45. PICAUD A, BERTHONNEAU JP, NLOME-NZE AR, OGOWET-IGUMU N, ENGONGAH-BEKA, FAYE A.

Sérologie des chlamydiae et grossesse extra-utérine. *J Gynécol Obstet Biol Reprod* 1991;20:209-215.

46. PICAUD A, NLOME-NZE AR, OGOWET-IGUMU.

Diagnostic échographique des grossesses extra-utérines (GEU). A propos de 228 cas de GEU confirmées par la laparotomie. *J Gynécol Obstet Biol Reprod* 1990 ;19 :817-821.

47. POULY JL, CHAPRON C, MAGE G, CANIS M, MANTHES H, BRUHAT MA, WATTIEZ A.

Le traitement coelioscopique des grossesses extra-utérines a-t-il encore un avenir ? *J Gynécol Obstet Biol Reprod* 1990;19:561-565.

48. POULY JL, MAGE G, GACHON F, GAILLARD G, BRUHAT MA.

La décroissance du taux d'HCG après traitement coelioscopique conservateur de la grossesse extra-utérine. J. Gynécol. Obstétr. Biol Reprod 1987; 16:195-199.

49. ROTHE DJ, BIRNBAUM SJ.

Cervical Pregnancy: diagnostic and management. Obstet Gynécol, 42, 675, 1973.

50. RUBIN GL, PETERSON HB, DORFMAN SF, LAYDE PM, MAZE JM, ORY HW, CATES W.

Ectopic pregnancy in the United States 1970 trough 1978 JAMA 1983; 249:1725-1729.

51. SOCIETE NATIONALE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE de France.

La grossesse extra-utérine avant 6 semaines d'aménorrhée. J Gynécol Obstet Biol Reprod 1989;18, 8:1076-1083.

52. SMYTHE AR, UNDERWOOD PB.

Ectopic pregnancy after post coital diethylstilbestrol. Am J Obstet Gynecol 1975; 121:284-285.

53. STROMME WB.

Conservative surgery for ectopic pregnancy. A twenty year review. Obstet Gynecol 1973; 41, 2:215-222

54. TRAORE M.

Contribution à l'étude de la grossesse extra - utérine à propos de
100 cas. Thèse médecine 1985, N° 20

55. VILLE Y, LERUEZ M, GLOWACZOWER E, FERNANDEZ H.

Fertilité après grossesse extra-utérine en Afrique. J Gynécol Obstet
Biol Reprod 1991;20:27-32

56. WAHLEN T.

Pregnancy in non communicating rudimentary horn.

Acta Obstet Gynécol 1983; 61, 2: 698-701

57. WEINSTEIN L, MORRIS MB, DOTTERS D, CHRISTIAN D.

Ectopic pregnancy. A new surgical epidemic. Obstet Gynécol
1983; 61, 2:698-701

58. WINLOW HC, STRASBAUG N, MERVINÉ.

Pregnancy following hysterectomy. Paris Med. 72, 45, 1969.

59. MAGUIRAGA M.

Etude de la mortalité maternelle au centre de santé de référence
de la commune V du district de Bamako Thèse, Méd., 2000.

60. DEMBELE Y.

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques, diagnostiques,
thérapeutiques et pronostiques de la grossesse extra-utérine dans
le service de gynéco Obstétrique centre de sante de référence
de la commune V du district de Bamako Thèse, Méd., 2005-2006.



ANNEXES

Fiche d'enquête

I- Identification de la patiente

N° fiche /___/ Année /___/

1- Nom /_____/

2- Prénom /_____/ Age /___/

3- Provenance /_____/

4- Ethnie /_____/

5- Adresse /_____/

6- Profession /_____/

7- Etat matrimonial /___/ (C = célibataire, M = marié, D = divorcé, V = veuve)

II- Antécédents

Médicaux

8- Tuberculose /___/ (O=oui, N=non)

9- Bilharziose /___/ (O=oui, N=non)

10- Autres /_____
/_____

Chirurgicaux

11- Appendicectomie /___/ (O=oui, N=non)

12- Péritonite /___/ (O=oui, N=non)

13- Coelioscopie /___/ (O=oui, N=non)

14- Chirurgie des voies urinaires /___/ (O=oui, N=non)

15- Laparotomie pour GEU /___/ (O=oui, N=non)

16- Césarienne /___/ (O=oui, N=non)

17- Plastie tubaire /___/ (O=oui, N=non)

18- Intervention sur les ovaires /___/ (O=oui, N=non)

19-CCV ou Stérilisation tubaire /___/ (O=oui, N=non)

20-Autres/_____
/_____

Gynéco-Obstétriques

21-Ménarche /___/

22-Cycle /___/

23- Gestité /___/

24-Parité /___/

25-Vivant(s) /___/

26-Décédé /___/

27-Durées des règles /___/

28-DDR /___/

29-Dysurie /___/

30-Prurit /___/

31-Dyspareunie /___/

32-Dysménorrhée /___/

33- Avortement /___/ (O = oui, N = non)

-Curetage /___/ (O = oui, N = non)

-Suites septiques /___/ (O = oui, N = non)

34- Douleurs pelviennes et leucorrhées /___/ (O = oui, N = non)

35- IVG /___/ (O = oui, N = non)

-Suites septiques /___/ (O = oui, N = non)

36- Plastie tubaire /___/ (O = oui, N = non)

37- Césarienne /___/ (O = oui, N = non)

38- Autres /_____
/_____

Contraception

39- DIU /___/ (O = oui, N = non)

40- Stérilisation tubaire /___/ : (O = oui, N = non)

41- Contraception hormonale /___/ (O = oui, N = non)

- Si oui genre /_____/

42- Autres /_____/

Autres facteurs de risques

43- Tabagisme /___/ (O = oui, N = non)

44- Inducteur d'ovulation /___/ (O = oui, N = non)

- Si oui genre /_____/

45- Douche vaginale /___/

46- Autres /_____/

III- Circonstances de diagnostic

Interrogatoire

47- Notion d'aménorrhée récente /___/ (O = oui, N = non)

Durée /_____/

48- Perturbation du cycle menstruel /___/ (O = oui, N = non)

Métrorragies /___/ (O = oui, N = non)

Règles /___/ (O = oui, N = non)

Premières manifestations

49- Douleurs spontanées /___/ (O = oui, N = non)

50- Métrorragies /___/ (O = oui, N = non)

51- Lipothymie ou Malaise /___/ (O = oui ; N = non)

52- Syncope /___/ (O = oui ; N = non)

53- Aménorrhée /___/ (O = oui ; N = non)

54- Hyperthermie /___/ (O = oui ; N = non)

55-Vomissement /___/ (O = oui ; N = non)

56-Episode de douleur de l'hypochondre droit /___/ (O = oui ; N = non)

57-Ténesme ou Epreint /___/ (O = oui ; N = non)

58-Autres /_____/

Signes sympathiques de la grossesse :

59-Nausées /___/ (O = oui ; N = non)

60-Vomissement /___/ (O = oui ; N = non)

61-Tension mammaire /___/ (O = oui ; N = non)

62-Météorisme abdominal /___/ (O = oui ; N = non)

Examen physique

Inspection

63-Etat général /___/ (B = bon ; A = altéré)

64-Pâleur /___/ (O = oui ; N = non)

65-Etat de conscience /___/ (B = bon ; A = altéré)

66-Ventre respire /___/ (O = oui ; N = non)

67-Métrorragie /___/ (O = oui ; N = non)

Signes généraux

68-Tension artérielle /___/ (O = oui ; N = non)

69-Pouls /___/ (O = oui ; N = non)

70-Température /___/ (O = oui ; N = non)

71-Etat de choc /___/ (O = oui ; N = non)

Palpation

72-Douleur pelvienne spontanée ou
provoquée en fosse iliaque /___/ (O = oui ; N = non)

73-Abdomen fluctuant /___/ (O = oui ; N = non)

74-Cri de l'ombilic /___/ (O = oui ; n = non)

Percussion abdominale

75-Matité déclive dans les flancs /___/ (O = oui ; N = non)

Examen au spéculum : confirme :

76-Métrorragie /___/ (O = oui ; N = non)

77-Col fermé /___/ (O = oui ; N = non)

Toucher Vaginal

78-Utérus de taille normale /___/ (O = oui ; N = non)

79-Masse annexielle sensible /___/ (O = oui ; N = non)

80-Douleur du cul-de-sac /___/ (O = oui ; N = non)

81-Syndrome péritonéal inconstant :

Fameux « cri du douglas » /___/ (O = oui ; N = non)

Les Examens Para-cliniques

82-Test de grossesse /___/ (O = oui ; N = non)

Résultat /___/ (P = positif ; N = négatif)

83-Ponction du Douglas /___/ (O = oui ; N = non)

Résultat /___/ (P = positif ; N = négatif)

84-Ponction Transpariétale /___/ (O = oui ; N = non)

Résultat /___/ (P = positif ; N = négatif)

85-Echographie Pelvienne

Résultat 1 : sac ovulaire /___/ (P = positif ; N = négatif)

Résultat 2 : image latéra-utérine /___/ (P = positif ; N = négatif)

Résultat 3 : Absence d'image suspecte /___/ (P = positif ; N = négatif)

Résultat 4 : présence d'épanchement dans le Douglas /___/ (P = positif ; N = négatif)

Traitement de la grossesse extra-utérine

Chirurgie radicale :

87-Annexectomie /___/

88-Salpingectomie totale /___/

Chirurgie conservatrice :

89-Conservation tubaire totale : -Expression tubo-abdominale /___/

-Salpingectomie (césarienne tubaire) /___/

90-Conservation tubaire partielle : -Salpingectomie partielle /___/

Traitement médical :

91-Drogues (médicament) : Méthotrexate

Aspects opératoires

Macroscopie :

92-Topographie : Gauche /___/ Droite /___/

93-Siège de nidation :

Interstitielle /___/ Isthmique /___/ Isthmo-ampulaire /___/

Ampulaire /___/ ovarienne /___/ Infundibulaire /___/

Abdominale /___/ Cervicale /___/ Ligament large /___/

GEU + GIU /___/

Nature des Lésions

94-Rupture ou fissure de la paroi tubaire /___/

95-Avortement tubo-abdominal complet ou en cours /___/

96-Hématocèle rétro-utérine /___/

97-Hématosalpinx /___/

Etat du pelvis et de la trompe controlatérale à la Laparotomie

98-Trompe controlatérale : Saine /___/

Lésée /___/

Type : Endométriosé /___/

Hydrosalpinx /___/

Pyosalpinx /___/

99-Antécédents de Salpingectomie /___/ (O = oui ; N = non)

100-Etat ovaire controlatérale /___/ (O = oui ; N = non)

101-Adhérence /___/ (O = oui ; N = non)

Evolution et suites opératoires

102-Durée d'hospitalisation /_____/

103-Etat à la sortie /_____/

104-Décédée /___/

105-Circonstances /_____/

/_____/

106-Pronostic /_____/

/_____/

107-Autres /_____/

/_____/

/_____/

/_____/

FIN

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 sa conception.

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

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

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

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

JE le jure.