

FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2008 - 2009

Thèse N°...../

TITRE

**ETUDE EPIDEMIO CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE DES
GROSSESSES EXTRA-UTERINES DANS LE SERVICE DE
GYNECO-OBSTETRIQUE DU CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DU POINT G**

DU 1^{ER} JANVIER 2005 AU 31 DECEMBRE 2007

BAMAKO - MALI

THESE

Présentée et soutenue publiquement le _____ 2009

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

Mme. GUINDO Haoua BERTHE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Président : Professeur SY Assitan SOW
Président : Professeur SY Assitan SOW

JURY

**Membre: ~~Docteur DOUMBIA Djénéba~~
DOUMBIA**

Co-Directeur : Docteur Samba TOURE

Directeur : Docteur Bouraïma MAIGA

DEDICACES

Au nom d'Allah, le Clément et le Miséricordieux.

Après avoir loué et rendu gloire à ALLAH qui m'a donné la santé et l'inspiration nécessaire pour mener à bien ce travail sous l'estime de son prophète MOHAMED (Paix et salut sur lui)

Je dédie cette thèse

A mon cher père : Almamy BERTHE,

Merci pour notre éducation. J'ai appris de toi, l'esprit d'entreprise et le dévouement au travail. Tes bénédictions ont été pour moi une source intarissable de courage et de détermination au cours de ma formation. Tu as été là aux moments difficiles de ma vie ; que le tout puissant ALLAH t'accorde encore longue vie dans la paix et dans le bonheur auprès de nous. Amen !

Reçois cette thèse en signe de mon amour sacré pour toi.

A ma chère mère : Massaran KANE,

Tu as toujours été là aux moments difficiles de ma vie ; femme respectueuse, tu as su m'inculquer les règles de bonne conduite ; grâce à Dieu et à tes bénédictions voilà enfin que je suis devenu ce que tu as toujours voulu que je sois.

Puisse ALLAH, le Tout Puissant t'accorder encore longue vie dans la paix et dans le bonheur auprès de nous. Amen !

A mon mari,

Merci toujours

A mon cher fils : Abdramane B GUINDO dit Capi,

Ce travail est à toi .Qu' ALLAH t'accorde longue vie dans la paix ; dans la santé et dans un excellent succès.

REMERCIEMENTS

Je profite de ces instants solennels pour adresser mes vifs remerciements

A mes mamans: Tiguiran KANE et Fanta DEMBELE

Ce travail est pour vous Qu' ALLAH vous accorde longue vie

A ma tante, Tiguiran BERTHE

Merci de tes conseils ; que le tout puissant t'accorde encore longue vie.

A mon tonton OUA BERTHE

Merci pour vos conseils que le tout puissant vous accorde longue vie dans la paix.

A mes sœurs et frères,

Votre soutien et vos conseils ne m'ont jamais fait défaut .Ce travail me permet de vous réitérer mon amour et c'est aussi l'occasion pour moi de vous rappeler que la grandeur d'une famille ne vaut que par son unité.

A mon frère Sékou BERTHE

Tous mes remerciements pour ta contribution à la réalisation de ce travail.

A mes chères sœurs : Chata, Fatoumata et Oumou BERTHE,

Chères sœurs, les mots me manquent pour vous exprimer mes sentiments de reconnaissance ; sachez que je suis toujours de cœur avec vous. Merci pour tout ; que le tout puissant vous récompense et vous accorde encore longue vie dans la paix dans la santé et dans le succès.

A mes neveux et nièces,

Tous mes sentiments profonds sont pour vous. Je vous exhorte à travailler davantage à l'école.

A feus mes grands parents,

Merci pour votre conseil ; Qu'ALLAH vous accompagne dans le paradis.

Au Mr Mory KANE,

Vous avez été pour moi un père, un ami ; ce travail est vôtre, merci pour tout ; jamais je ne vous oublierai. Qu'ALLAH renforce votre bonté et votre générosité et guide toujours vos pas sur le droit chemin ; « amen ».

A mon cousin Ladjji KANE,

Le moment est venu pour moi de te signifier ma profonde reconnaissance pour toute affection que tu as eu à mon égard.

A Kadidia SACKO,

Mon amie et compagne des grandes batailles, reçois cette thèse en souvenir des nuits blanches passées au labeur. Merci ma chère.

**Au médecin chef et tout le personnel de gynécologie obstétrique du CHU
PG,**

Merci d'avoir contribué à ma formation.

Aux étudiants de la cour de Massa du village du Point-G.

En reconnaissance de votre bonne collaboration, recevez cette thèse.

A toute la famille BERTHE KANE et DOUMBIA.

Merci pour ces moments de convivialité partagés avec vous.

A notre Maître et Présidente de Jury,

Professeur SY ASSITAN SOW

Professeur de gynécologie obstétrique à la F.M.P.O.S.

Chef de service de gynécologie obstétrique du CSRÉF de la com. II.

Présidente de la SO.MA.GO.

Chevalier de l'ordre national du MALI.

Chère maître

Votre abord facile, votre disponibilité, vos qualités de maître et surtout votre abnégation nous ont séduit.

Vous êtes un modèle de simplicité.

Veillez trouver ici cher maître et tante l'expression véritable de notre profonde gratitude et de notre sincère reconnaissance éternelle.

Qu'ALLAH le Tout Puissant puisse vous garder encore longtemps auprès de nous en vous donnant la force nécessaire à la réalisation de vos ambitions pour la santé de la population en général et celle de la femme en particulier.

A notre Maître,

Docteur Doumbia Dieneba Doumbia

Maître assistant en anesthésie réanimation à la F MPOS

Chargée de cours d'anesthésie à la FMPOS et à l' INFSS.

Praticienne hospitalière en anesthésie- réanimation au CHU point G.

Chère Maître

Vous nous faites un grand plaisir en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations. Votre simplicité et votre accueil chaleureux ne nous ont pas fait défaut lors de nos stages. Merci pour votre disponibilité.

Que le tout puissant vous protège durant toute votre vie Amen.

A notre Maître et Co- Directeur de thèse,

Docteur SAMBA TOURE.

- Gynécologue obstétricien,

-Chef adjoint du service de gynécologie obstétrique du CHU du point-G.

Cher maître

Votre disponibilité, votre abord facile et votre exigence pour le travail bien fait, font de vous un exemple à suivre. La qualité de votre travail, le respect de la vie humaine, la faculté d'écoute ne peuvent que soutenir et rehausser l'amour de la gynécologie et de l'obstétrique.

Cher maître, toute notre fierté de vous voir diriger cette thèse, vous nous donnez l'occasion de vous exprimer notre profond respect et de vous présenter nos sincères remerciements. Qu'ALLAH vous protège durant toute votre vie Amen.

A notre Maître et Directeur de thèse,

Docteur Bouraima MAIGA.

-Gynécologue obstétricien,

-Maître assistant à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie,

-Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décerné par le ministère de la femme, de l'enfant et de la famille,

-Détenteur d'un prix d'excellence TARA BORE en 1997,

-Chevalier de l'ordre national,

-Responsable de la filière sage femme de l'institut national de formation en science de la santé (INFSS),

Chef de service de gynécologie –obstétrique du CHU du point G.

Cher maître :

Sensible à la confiance que vous nous avez accordée en nous confiant et sous votre direction ce travail, nous espérons en avoir été dignes.

Nous avons reçu de vous depuis nos premiers pas dans le service de gynécologie obstétrique une formation théorique et pratique.

Homme de principe, la qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, d'humilité et du travail bien fait.

Puisse le seigneur vous accordez santé et longévité Amen

ABREVIATIONS

ATCD : antécédent

COM : commune

CSRéf : Centre de santé de Référence

CHU PG : Centre Hospitalier Universitaire du Point 'G'

CPN : consultation prénatale

DES : Diplôme d'études de spécialisation

DIU : Dispositif Intra-utérin

FIV : Fécondation In vitro

GA : Grossesse Abdominale

GEU : Grossesse Extra-utérine

GIU : Grossesse Intra-utérine

GO : Grossesse ovarienne

HCG : Hormone Chorio Gonadotrophine

INESS : institut de formation en science de la santé

ICGO : intervention chirurgicale gynécologique et obstétricale

IST : Infection Sexuellement Transmissible

PSL : produits sanguins labiles

TV : Toucher Vaginal

TR : Toucher Rectal

Kcl : Chlorure de potassium

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION:	11
-OBJECTIFS :	13
II- GÉNÉRALITÉS :	14
III- MÉTHODOLOGIE :	37
IV- RÉSULTATS :	45
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	78
VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :	86
VII- RÉFÉRENCES OU BIBLIOGRAPHIE :	88
VIII- ANNEXES :	97

I. Introduction

Le terme de GEU s'applique aux grossesses qui s'implantent et se développent en dehors de la cavité utérine. Elles sont en général tubaire, mais peuvent être ovariennes ou abdominales.

-La GEU reste la première cause de mortalité liée à la grossesse dans les pays industrialisés. [4]

-le traitement de la GEU occupe le deuxième rang des urgences gynécologiques et obstétricales après la césarienne [3]

-Elle est en croissance régulière au Mali et dans les pays en développement [3,5].

- Cette croissance est liée à l'augmentation des infections sexuellement transmissibles (IST). D'autres facteurs de risques sont évoqués notamment l'ATCD de GEU, les avortements spontanés, les interruptions volontaires de la grossesse (IVG), la chirurgie tubaire et l'utilisation de micropilules. Son diagnostic doit être précoce mais reste difficile et trompeur notamment dans les pays en développement malgré l'introduction de nouvelles techniques telles que : dosage des BETA-HCG, échographie, cœlioscopie. Dans ces pays le traitement pose un certain nombre de problèmes à savoir :

-l'importante mortalité due à la découverte tardive de la GEU essentiellement en phase de rupture avec hémopéritoine dont la conséquence est la perte de la trompe par salpingectomie et parfois le décès maternel par hémorragie.

-l'avenir obstétrical de la femme qui reste tributaire [3] de l'état du pelvis surtout de la trompe controlatérale.

-la fertilité ultérieure de la patiente qui est gravement compromise si elle 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 constitue un véritable drame.

Il n'y a pas eu au CHU du point G d'étude transversale descriptive avec recrutement rétro-prospectif des GEU, c'est pour combler cette lacune que nous avons entrepris le présent travail avec comme objectifs :

Objectifs

1-Objectif général :

-Etudier les aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques de la GEU dans le service de Gynéco-Obstétrique du CHU du Point G du premier janvier 2005 au 31 Décembre 2008

2 Objectif spécifique

- Déterminer la fréquence de la GEU.
- rapporter les signes cliniques et paracliniques.
- Décrire les formes cliniques.
- Rechercher les facteurs de risque connus.
- rapporter les moyens et les méthodes de traitement de la GEU.
- Déterminer le pronostic maternel lié à la GEU.
- Faire quelques recommandations.

Généralités

1-Historique : La GEU, il y a un siècle, était considéré comme une fatalité .c'est LAWSON TAIT en 1898 qui a été le premier auteur pour un nouveau concept : une intervention chirurgicale pouvait sauver la patiente. Cette technique consistait en une salpingectomie. Depuis, le traitement de la GEU a évolué à travers le temps. En 1953 **STROMME** (32) montrait que le traitement conservateur de la GEU était possible par laparotomie.

Jusqu'en 1977 la laparotomie était le seul moyen de diagnostiquer la GEU

Le traitement conservateur coelioscopique de la GEU a été proposé pour la première fois en 1977 par **MANHES ET BRUHAT** (5), parmi 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 rapporté en 1982 par **TANAKA** (33) au japon par le methotrexate depuis, d'autres substances sont utilisées notamment la RU486 et les prostaglandines dont le premier essai a été réalisé en cœlioscopie par injection intra tubaire de prostaglandine F2-alpha. En France **FERNANDEZ** (14) le pratique sous échographie. L'abstinence thérapeutique est évoquée par certains auteurs **DARGENT** (9).

2-Définition :

La GEU est une grossesse ectopique qui se développe et se fixe en dehors de la cavité utérine.

3-Fréquence :

Elle représente 2% des cas environ .C'est une affection assez fréquente, elle varie entre 1% à 1/300 naissances.Ces dernières années on assiste à un doublement de son incidence (**FERRANDS, MADELENAT.P**) (25 ,41)

4- Anatomie et physiologie :

4-1.Rappel physiologique de la fécondation et de la nidation de l'œuf :

Dans les conditions physiologiques, l'ovule est expulsé dans la cavité pelvienne après rupture du follicule de DE GRAFF, immédiatement est capté par le pavillon de la trompe lorsque celui-ci coiffe l'ovaire ou guidé par un courant séreux vers la trompe .L'ovule séjourne dans le 1/3 externe de la trompe : lieu de la fécondation. En même temps les spermatozoïdes déposés dans le vagin au moment du coït remonte par le col utérin vers les trompes avec acquisition du pouvoir fécondant : c'est la capacitation.

La fécondation qui a lieu dans la portion externe ou ampullaire de la trompe est la rencontre de l'ovule et d'un spermatozoïde.

L'œuf résultant de cette fusion doit descendre dans la cavité utérine en 6 jours, là il se fixe sur la muqueuse préparée à cet effet : c'est la nidation.

Durant la migration, l'œuf commence sa multiplication et se fixe au stade de blastocyte dans la cavité utérine entouré de cellules crampons ou trophoblaste qui s'enfoncent dans la muqueuse ou caduque assurant la fixation de l'œuf.

Les échanges avec la circulation maternelle s'établissent : c'est l'ébauche du futur placenta.

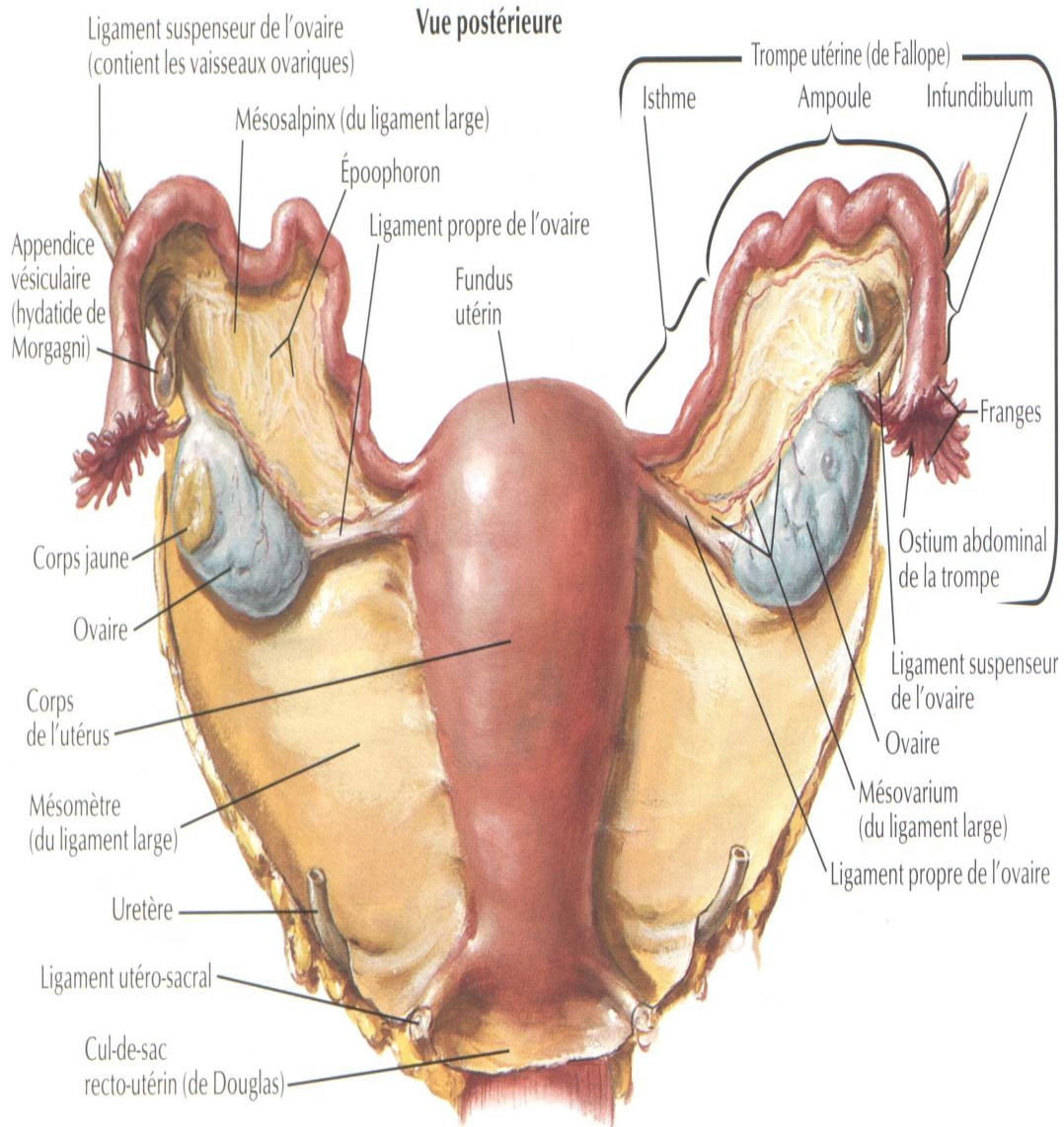


FIGURE 1 : STRUCTURE ANATOMIQUE DE L'UTERUS : VUE POSTERIEURE

4-2. Physiopathologie de la GEU :

Ce mécanisme normal est perturbé dans le cas de la GEU. Il peut l'être pour plusieurs raisons :

- Anomalie de l'œuf
- Retard de captation de l'ovule
- Trouble de la migration de l'œuf
- Facteurs hormonaux

A- Anomalie de l'œuf :

Elle est rare et mal connue, un volume excessif de l'œuf au départ gêne sa migration à travers les voies génitales maternelles.

B- Retard de captation de l'ovule :

Il représente 10-20% des causes de la GEU, surtout lorsque la ponte ovulaire survient sur l'ovaire controlatéral avec fécondation s'effectuant dans la cavité abdominale. Ainsi la nidation du blastocyste se fait avant d'atteindre la cavité utérine.

C- Les troubles de la migration :

Ils sont responsables d'environ 80% des cas de GEU, et peuvent être dus à différentes causes qui conditionnent le pronostic ultérieur.

C-1-Remaniement tubaire inflammatoire :

La salpingite infectieuse (tuberculose génitale, gonococcie, infection à chlamydia) a comme conséquence une destruction des cils vibratiles de l'épithélium tubaire, et l'action du péristaltisme tubaire serait impuissant à

porter l'œuf dans les délais normaux jusqu'à sa destination utérine. 50% des GEU sont liés à cette étiologie.

C-2 –IVG

Les GEU sont fréquentes chez les femmes curetées plusieurs fois.

C-3 Statut post opératoire : plastie tubaire

Le post opératoire si minime soit il vient s'ajouter aux lésions originelles, responsables des cas d'une GEU antérieure ou d'une stérilité.

C-4 Endométriose tubaire ou endosalpingiose :

C'est une colonisation de la muqueuse tubaire par l'endomètre.

Sa localisation typique est la partie interstitielle de la trompe.

C-5 Tuberculose :

C'est une affection tubaire de plus en plus rare, mais qui aboutit dans la majorité des cas à la stérilité.

C-6 Malformation tubaire :

Les diverticules et l'hypoplasie, ainsi qu'une longueur exagérée de la trompe.

C-7 Contraception :

Le stérilet (DIU) : il semble que la fréquence des GEU tubaires est nettement augmentée depuis l'extension de ce mode de contraception, cela peut être dû à la pose de stérilet sans précaution d'asepsie ou au séjour très prolongé du stérilet dans la cavité utérine. Dans ce cas il faut y penser systématiquement lors de traitements ou retard de règle chez une femme porteuse de stérilet.

C-8 Les troubles neurovégétatifs :

Entraîne une modification voire une inhibition du péristaltisme tubaire.

Ils sont dus à des facteurs extrinsèques (facteurs psychologiques) **TRENNY GR et al.**

C-9 Autres facteurs de troubles de la migration de l'œuf :

-micro progestatif

-inducteur de l'ovulation

-fécondation in vitro

-tabagisme

4-3 Les formes anatomique de la GEU :

A- Implantations tubaires :

La localisation tubaire est de loin la plus fréquente (98%) cette implantation peut se faire sur n'importe quel segment de la trompe : ampullaire (78%), isthmique (15%), infundibulaire (3%), interstitielle (1%), isthmo-ampullaire (1%).

B- La grossesse ovarienne :

Elle représente (1%) des GEU, cette localisation est caractérisée par l'intégrité tubaire homo et controlatérale avec présence d'un sac ovulaire relié à l'utérus par le ligament utéro-ovarien, ainsi que par la présence du tissu ovarien en direct avec le sac ovulaire (**KITCHIN**) (35)

On distingue : la GO primaire ou le tissu ovarien forme une coque complète de l'œuf : grossesse intra folliculaire.

GO combinée ou le tissu ovarien ne forme pas de coque autour de l'œuf : c'est la forme la plus fréquente.

C- La grossesse abdominale :

Elle représente (1%) des GEU.

L'œuf se développe primitivement ou secondairement (après avortement tubo-abdominal) par exemple dans la cavité péritonéale, en se fixant sur n'importe quel organe.

La GA primitive est exceptionnelle. Elle peut évoluer au delà du cinquième mois, mais des accidents hémorragiques graves peuvent survenir (**kitch in**) (35)

1 Interstitielle

2- Isthmique

3- Ampullaire

4 Infundibulaire

5- Fimbricale

6- Ovariennne

7- Abdominale

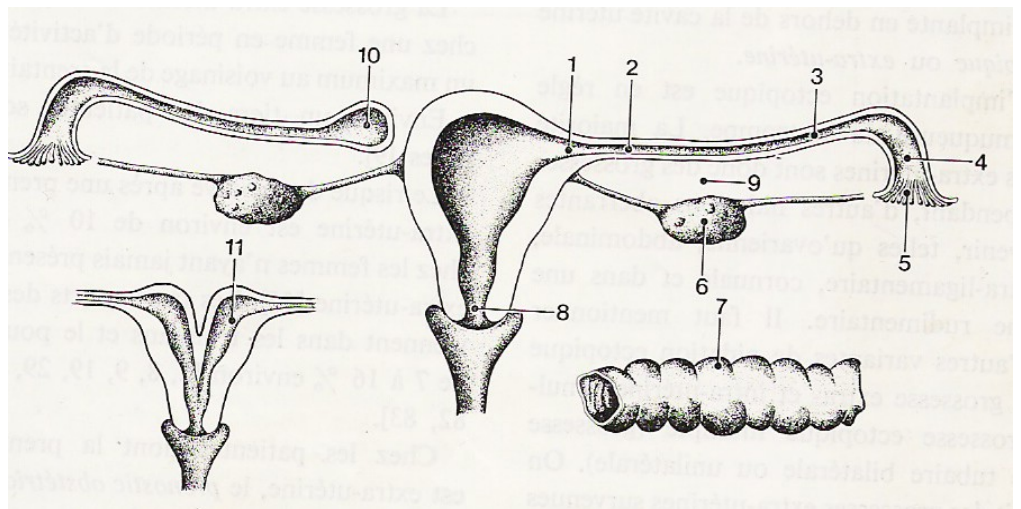


FIGURE 2 : Localisation des grossesses ectopiques

8- Cervicale

9- Intra ligamentaire 10- dans la corne utérine rudimentaire 11- cornuale

D- Autres localisations :

Ccorne utérine

-Cervicale

-Intra ligamentaire

Ccornuale

-Fimbricale

5- Etude clinique : le diagnostic de la GEU est difficile :

5-1 Grossesses tubaires non compliquées :

La symptomatologie est très variée :

A- Interrogatoire :

Lorsqu'il est minutieux et bien conduit il apporte les éléments suivants:

-La douleur

-L'aménorrhée

-Les métrorragies

-Irrégularité menstruelle

Souvent certaines femmes consultent pour épigastralgie, nausée, vomissement, trouble du transit à type de diarrhée, ténesme, éblouissement, vertige, lipothymie

On terminera l'interrogatoire :

En précisant les antécédents pathologiques généraux et plus spécialement gynécologiques (notion de stérilité antérieure traitée ou non, notion de GEU antérieure, notion d'avortement spontané ou IVG).

La douleur :

La douleur est toujours présente dans la GEU, c'est elle qui conduit le plus souvent la patiente en consultation. Il s'agit surtout de douleur abdomino-pelvienne unilatérale intense. Dans ce cas elle est sourde ne cédant ni au repos ni aux antalgiques banaux.

-Aménorrhée :

Elle est retrouvée dans la majorité des cas. La patiente consulte pour un retard de règle, parfois net, parfois de quelques jours seulement et évident, surtout dans les cas d'irrégularité cyclique.

-Métrorragies :

Ces métrorragies sont faites de sang brunâtre, couleur chocolat appelée. (**Perte sépia**), elle sont peu abondantes,

-Irrégularité menstruelle :

Elle concerne essentiellement la période de survenue, la durée et l'aspect.

Intermittente.

-B- L'examen physique :

-Inspection : l'examen général

Peut révéler une certaine pâleur avec des conjonctives décolorées. cet examen peut être normale, ce qui n'exclut pas le diagnostic de la GEU.

-Palpation :

L'abdomen est souple et indolore, souvent on note dans les flancs une sensation de masse douloureuse avec défense. Cet examen doit être doux et précieux.

-Percussion :

La percussion a peu d'intérêt.

-Examen au spéculum :

Le col est sain gravidique, d'aspect violacé. L'écoulement s'il existe vient de la cavité utérine.

-TV* : on a deux phénomènes

. L'utérus quoique ramolli est plus petit que ne le voudrait l'âge de la grossesse.

. Dans un cul de sac, on retrouve une masse unilatérale indépendante de l'utérus, *mobile* mais fait essentiel, douloureuse : c'est la <<**petite chose**>> latero-utérine de Mondor.

-**TR*** : Il confirme l'existence d'une masse douloureuse retro-utérine.

5-2 Grossesses tubaires compliquées :

Les complications sont nombreuses et toujours d'ordre hémorragique. on distingue :

A- Inondation péritonéale :

a-Mécanisme : elle est consécutive à l'hémorragie cataclysmique qui est la conséquence de l'éclatement tubaire par distension d'une part et d'autre part suite à un simple écoulement à travers le pavillon tubaire resté ouvert.

b- Clinique :

-**Interrogatoire** : on a une douleur syncopale, subaiguë hypogastrique irradiant dans l'épigastre et l'épaule .elle est survenue soit spontanément soit occasionnée par un effort minime soit il.

-**Examen physique** : on note les signes d'hémorragies :

Pâleur, baisse de la pression artérielle, soif intense sueur, respiration ample et superficielle.

-**Palpation** : l'abdomen est ballonné sensible, mais pas de contractures, on constate un pouls petit filant et des extrémités froides.

-**Percussion** : on note une matité des flancs traduisant un hémopéritoine.

-TV* : un cri du Douglas.

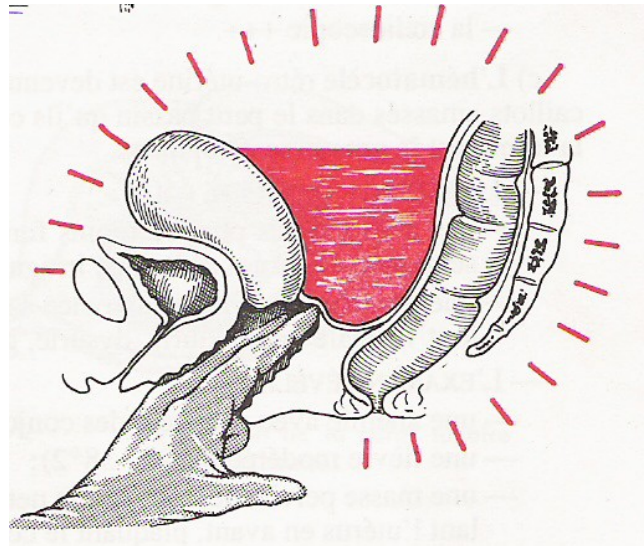


FIGURE 3 : GEU rompue avec épanchement de sang dans le Douglas
(Cri du Douglas au toucher vaginal)

B- Les hémorragies aiguës et subaiguës : sont les plus fréquentes :

a- Mécanisme :

La grossesse ectopique saigne dans la cavité péritonéale soit par une déchirure de la trompe (grossesse ampullaire et isthmique), soit par le pavillon (grossesse ampullaire et infundibulaire par avortement tubo-abdominal).

b-Clinique :

-L'aménorrhée

-des métrorragies peu abondantes

-et une douleur d'intensité variable

Les signes généraux sont marqués et constants : vertige, tachycardie légère, hypotension artérielle, anémie et leucocytose.

-TV* : difficile à interpréter mais on observe un utérus ramolli, légèrement augmenté de taille, une masse latéro-utérine, et une sensibilité du douglas.

En conclusion ce sont les signes d'anémie qui attirent l'attention sur les hémorragies aiguës ou subaiguës de GEU.

C- Les hématocèles :

a- Mécanisme : il s'agit d'un saignement progressif qui va se collecter au point déclive de la cavité abdominale et peut s'enkyster d'où le nom d'hématocèle enkystée.

b- La clinique : retrouve :

-Un retard de règles assez net, entrecoupé de petites métrorragies faites de sang noirâtre.

-Une ou plusieurs crises douloureuses abdominales ou pelviennes s'accompagnant d'une pâleur et d'une tendance syncopale.

-Un gène vesico-rectale.

-Un état subfébrile.

-**TV*** : on constate une masse se moulant au pourtour postérieur et latérale de l'utérus.

En effet l'hématocèle peut se rompre ultérieurement, réalisant dans ce cas un hémopéritoine aigu et cataclysmique, il peut suppurer, donc il ne faut pas compter sur une résolution spontanée.

Il existe 2 formes principales d'hématocèle :

.Hématocèle anté-utérine.

.Hématocèle retro-utérine

D- Hematosalpynx:

a-Mécanisme:

Correspond à une grossesse ectopique interrompue mais non rompu. Son diagnostic clinique est très difficile.

b-Clinique : retrouve :

-Un retard de règles ou de métrorragies.

-Des douleurs abdominales.

TV* : retrouve une tuméfaction latéro-utérine.

5-3-Les formes cliniques de la GEU :

Elles sont nombreuses et sont à l'origine des erreurs diagnostiques. On a :

a- La GEU bilatérale :

Doit être évoquée systématiquement en cas d'échec de traitements médicaux et chirurgicaux.

b-Forme après IVG :

La GEU doit être évoquée chez une femme qui consulte pour des métrorragies ou des douleurs abdominales après IVG. Dans ces cas la réalité de la GEU sera vérifiée en demandant à la patiente une échographie pelvienne.

c- La grossesse abdominale :

Dans certains cas les manifestations passent inaperçues quand l'âge de la grossesse s'avance :

- Les douleurs deviennent paroxystiques.
- Les vomissements apparaissent.
- On note également une alternance de diarrhée et de constipation.

À l'examen physique : on constate :

- .Une distension abdominale.
- .La HU est anormale par rapport à l'âge de la grossesse.
- .Les BDCF sont frappés

La masse fœtale est mal limitée avec un fœtus tantôt sous la peau tantôt disparaissent sous les anses intestinales et l'épiploon.

Au TV ; le col est long, ferme ou un peu ramolli.

Evolution : dans la plus part des cas au terme de la grossesse, on a l'apparition d'un <<faux travail>> et mort du fœtus avec rétention placentaire dans d'autres cas, on note un trouble du transit à type d'occlusion intestinale permettant ainsi le diagnostic.

Le placenta se greffe sur les anses grêles, délivrance difficile, l'enfant souvent meurt ou malformé.



FIGURE 4 : Grossesse abdominale après le 5^{ème} mois.

(Le placenta se greffe sur les anses grêles ; délivrance difficile ; enfant souvent meurt ou malformé.)

d-La grossesse ovarienne :

-cliniquement il est impossible de distinguer une grossesse ovarienne d'une grossesse tubaire, on retrouve les mêmes signes, seul l'examen histologique peut faire le diagnostic.

-L'évolution se fait vers la rupture le plus souvent, mais quelques rares cas de grossesses arrivées à terme ont été publiés dans la littérature.

e- Forme hétéro typique :

L'association GEU, GIU est exceptionnelle en dehors des inducteurs 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 l'augmentation de volume d'une masse annexielle doit faire penser au diagnostic de grossesse hétéro typique.

6-Examens complémentaires :

A-les test immunologiques de la grossesse :

-Dosage de beta-HCG (hormone gonadotrophine) :

Il est surtout quantitatif et concerne la fraction beta-HCG. car on sait que l'HCG est sécrétée spécifiquement par le trophoblaste puis par le placenta dès le début de la grossesse, le dosage est spécifique et très sensible, la limite de détection est de 5mUI/ml, donc un dosage inférieure à ce chiffre permet d'exclure le diagnostic de grossesse, l'HCG est retrouvée dans le sang maternel dès le douzième jour de la grossesse soit 2 jours avant la date présumée des règles. Le taux augmente rapidement et classiquement, ils doublent toutes les 8 heures.

Le dosage de HCG peut être effectuée dans le sang, dans les urines de manière qualitative ou quantitative.

La réaction immunologique de la grossesse, pratiquée 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 la GEU (réaction peu sensible et grossesse ectopique souvent hypo sécrétant).

B-L'échographie

Aujourd'hui elle est l'examen le plus couramment utilisé pour diagnostiquer une GEU.

Les résultats se résument en 3 types principaux de signes :

a- Les signes utérins : dans la GEU l'utérus ne contient pas de sac ovulaire et les parois (antérieure et postérieure) sont accolés.

b- Les signes latéro-utérin :

-On voit un sac gestationnel latéro-utérin, rarement avec un embryon visible doté d'une activité cardiaque. Le diagnostic est alors certain.

-Souvent on ne voit qu'une masse inhomogène latéro-utérine.

c- Les signes péritonéaux :

L'épanchement liquidien dans le douglas n'est pas constant, mais évocateur du diagnostic au stade de complication.

C- La culdocentèse (ponction du DOUGLAS) :

La ponction transvaginale du cul de sac de DOUGLAS n'est positive que tardivement en objectivant un hémopéritoine par la présence de sang incoagulable supérieur ou égal à 2cc.

Elle a peu d'intérêt dans le diagnostic précoce des GEU, mais peut éventuellement confirmer la nature de l'épanchement visualisé à l'échographie.

D- La ponction transpariétale:

Elle a aussi peu d'intérêt dans le diagnostic précoce des GEU (jeunes non rompues).

C'est un excellent examen en cas de GEU rompue. Elle est positive lorsque la ponction ramène un sang incoagulable de 30-50cc.

E- Coéloscopie :

Elle montre la GEU sous forme d'un renflement violacé, allongé dans le sens de la trompe avec un écoulement de sang brun par le pavillon et présence de quelques millimètres de sang noirâtre dans le cul de sac de DOUGLAS.

C'est l'examen de dernier recours car comporte de graves risques anesthésique et opératoire.

F- La radiologie de l'abdomen sans préparation (ASP) :

Dans la GEU elle montre des anomalies de position du fœtus.

7- Traitement :

L'intervention s'impose d'urgence dès que le diagnostic est posé, à côté de la chirurgie un traitement médical en essor a été signalé.

A-Traitement chirurgical des GEU tubaires :

Les différentes méthodes sont soit radicales ou conservatrices.

a-Méthodes :

-Chirurgie tubaire radicale :

La salpingectomie est une opération radicale et facile, permettant une hémostase parfaite. Il est souhaitable d'y associer une réaction cunéiforme de la portion interstitielle de la trompe.

-Chirurgie tubaire conservatrice :

Elle est plus séduisante mais de réalisation difficile. Elle est pratiquée en dehors des Complications.

b-Techniques :

-Avortement tubo-abdominal ou expression de l'œuf par le pavillon.

Cette technique ne semble s'imposer que lorsque l'avortement tubo-abdominal est sur le point d'être réalisé sans incision, par une pression tubaire extrêmement soigneuse et douce, elle consiste à provoquer l'expulsion de l'œuf par le pavillon.

-Salpingectomie ou césarienne tubaire :

C'est l'intervention par excellence et elle trouve son indication dans les GEU de la partie ampullaire.

La trompe est incisée le long de son bord libre sur 2cm, dans le sens longitudinal l'ablation de l'œuf est aisée, elle se fait seulement aux doigts ou au scalpel par l'expression.

L'hémostase se fait spontanément, voir par ligature de l'artère sous tubaire de part et d'autre par du lieu d'implantation.

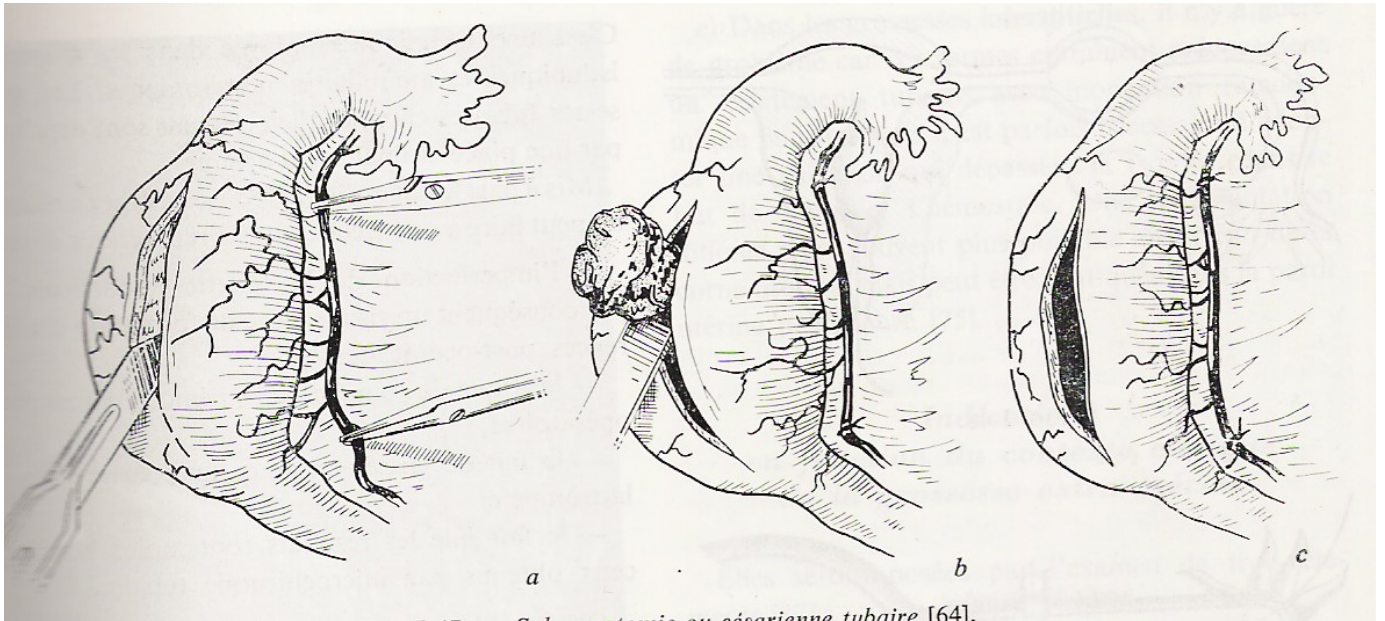


Figure 5 : Salpingotomie ou césarienne tubaire

a- Hémostase de l'artère tubaire.

b- L'artère tubaire étant ligaturée, évacuation au doigt ou au scalpel du produit de conception.

c- Intervention terminée sauf suture de l'incision tubaire.

-Coeliochirurgie :

Elle est dans les pays développés le traitement habituel dans 95% des GEU.

Au MALI la technique est de pratique récente, mais suscite un grand espoir.

Le principe est basé sur la technique de salpingotomie avec aspiration du produit de grossesse et sans suture de la séreuse, l'hémostase se fait soit spontanément soit par électrocoagulation.

Le traitement conservateur est préférable.

Une surveillance du taux d'HCG est indispensable et ce taux doit franchement baisser en 48 heures.

B-Traitement médical de la GEU :

Il est local ou général »

a-Voie générale :

Proposée pour la première fois par TANAKAN au JAPON en 1982. son principe est basé sur l'injection intramusculaire d'antimitotique (methotrexate) à la dose de 20-40mg 2fois à 48 heures d'intervalle. Ce produit bloque le développement du trophoblaste, qui se résorbe alors de façon spontanée. La chute du taux d'HCG confirme la guérison de la GEU.

b-Voie locale :

Son principe est d'injecter dans le sac ovulaire ectopique une substance qui entraînera la destruction de l'œuf.

Pour cela on utilise des produits toxiques pour l'œuf (methotrexate le kcl, ou les prostaglandines). l'injection a été faite la première fois sous échographie **par FERNANDEZ (14)** en France.

C-Abstention thérapeutique :

Elle est possible si : le taux d'HCG est inférieur à 1000ui/ml.

D-Traitement de la grossesse abdominale :

Il est toujours une intervention délicate d'une part à cause du risque d'hémorragie pré, per et post opératoire et d'autre part à cause de multiples adhérences contractées avec les organes abdomino-pelviens.

La date de l'intervention varie selon que l'enfant est vivant ou non.

E-Traitement de la grossesse ovarienne :

Il doit être conservateur, c'est-à-dire faire une ovariectomie partielle pour pouvoir ménager l'avenir hormonal de la femme.

Mais en cas de grossesse ovarienne à âge avancé, faire une ovariectomie totale.

G-Traitement postopératoire :

Dans le souci d'offrir à la femme de meilleures chances de fécondité ultérieure, un traitement médical postopératoire peut être entrepris (antibiotique, corticoïde, anti-inflammatoire).

8-Pronostic

8-1-Maternel :

La GEU représente encore une cause fréquente de mort maternelle. L'avenir obstétricale des patientes, opérées, reste sombre [**SPIRA en 1996(13)**]

D'après : POULI (42), la chirurgie est préférable malgré la possibilité de récurrence.

8-2-Fœtal :

Il est grevé presque toujours de décès, rarement la GEU atteint le terme.

METHODOLOGIE

1. CADRE D'ETUDE

Notre étude a eu lieu dans le service de gynéco obstétrique du CHU du Point G

- Historique du CHU point G :

La construction d'un établissement sanitaire comme l'Hôpital du point G est intervenue pour servir en quelque sorte de vitrine au système médical colonial.

Des lors un détour par l'histoire de la médecine coloniale serait-elle nécessaire, pour mieux comprendre les spécificités que celle-ci présentait au Soudan.

En soulageant les colonisés de leur maux, la médecine coloniale est censée incarner les bienfaits de la civilisation : la conquête territoriale puis la conquête des corps.

A l'origine de la création de cet Hôpital, l'on trouve une administration coloniale centrale préoccupée par le besoin de se doter d'un système sanitaire pour prévenir et traiter les européens des épidémies et autres maladies infectieuses (la peste) qui sévissaient alors au Soudan.

Son institution en 1912 comme Hôpital militaire, intervient comme le premier acte dans la mise en œuvre d'une politique sanitaire qui prévoyait, outre l'Hôpital du Point G, la construction à travers la ville de Bamako d'autres établissements sanitaires comme le dispensaire général, de l'aide médicale Indigène (AMI), l'institut central de la Lèpre (ICL) et le Lazaret.

Le choix en hauteur du site, tout comme la cité administrative située sur la colline voisine traduit la volonté de l'autorité coloniale d'organiser l'espace selon les critères d'hygiène et sociaux.

Le recrutement des subalternes est fait selon des critères bien précis (plus habiles, plus propres,.....) pour des postes d'auxiliaires et des travaux de jardinage, du nettoyage des pavillons, brancardage. Ils étaient logés dans trois bâtiments distants de l'hôpital dont naîtra l'actuel quartier du Point G.

Ils étaient constitués de soudanais maliens, de dahoméens (Bénin), de voltaïques (Burkina Faso) de guinéens,....

La date de création du quartier a été consécutive à celle de l'hôpital en 1906, créé par Nianankoro Fofana, un des soldats indigènes qui travaillait à l'hôpital comme chirurgien auxiliaire.

-Description du CHU et du service de gynéco obstétrique du Point G

Centre à vocation hospitalo-universitaire, le CHU du Point G est situé au Nord-ouest de la ville de Bamako sur la colline à laquelle il a emprunté son nom.

Sa situation géographique rend son accès difficile pour la population alors qu'il abrite les plus grands services d'un hôpital de dernière référence.

En 1992, il est devenu un établissement public à caractère administratif (EPA) et en 2002 un établissement public hospitalier (EPH).

Unité mixte, le service de gynéco obstétrique est un centre de référence de troisième niveau qui reçoit plus particulièrement les urgences obstétricales évacuées des différentes localités du Mali et les affections gynécologiques courantes.

Le service de gynécologie obstétrique a été créé en 1912. Il était dirigé d'abord par les chirurgiens expatriés français puis par des chirurgiens maliens.

La succession des différents chefs de service :

-1970 Professeur Rougerie (chirurgien français) ;

-1970-1972 Professeur Foucher (chirurgien français) ;

-1972-1975 Professeur Bocar Sall (traumatologue malien) ;

-1975-1978 Professeur Mamadou Lamine Traoré (chirurgien généraliste malien) ;

-1978-1983 Docteur Colomard (chirurgien français) ;

-1984-1985 Marc Jarraud (chirurgien français) ;

-1985-1986 Docteur Henri Jean Philippe (chirurgien français) ;

-1987 Docteur Etienne Steiner (chirurgien français) ;

-1987-2001 Professeur Amadou Ingré Dolo (gynécologue obstétricien malien) ;

-2001-2003 Docteur Niani Mounkoro

- 2003 à nos jours : Docteur Bouraïma Maïga (gynécologue obstétricien malien) ; qui a été en 1980 chef de service adjoint.

Il faut noter que ces données ne sont pas exhaustives car notre enquête n'a pu remonter jusqu'à la date de création du service.

Le Service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du Point G est un bâtiment de deux étages :

- **Au rez-de-chaussée** : on y trouve :

Un bloc obstétrical : situé à l'aile Ouest du bâtiment, comprenant :

- Une salle de garde pour les infirmières,
- Une salle de garde pour les sages femmes,
- Une salle de réanimation avec deux lits, pour les adultes
- Deux toilettes internes,
- Une salle de réanimation néonatale,
- Une salle d'opération réservée uniquement pour les césariennes,
- Une salle d'accouchement avec deux tables,
- Une salle de travail d'accouchement,
- Une salle de garde pour les FFI (faisans fonctions d'interne),

Un bloc pour les activités : situé à l'aile Nord du bâtiment et comprenant :

- Une salle d'attente pour les consultations Gynécologiques,

- Une salle de consultations Gynécologiques externes avec toilette interne,
- Un bureau pour la sage femme maîtresse,
- Un bureau pour le major,
- Une salle de garde pour les DES et les médecins Stagiaires,
- Une salle d'échographie,
- Une salle de C.P.N (consultation prénatale) et de dépistage du cancer du col de l'utérus,
- Une salle pour les consultations pédiatriques,
- Une salle de garde pour les GS (garçon de salle),

Au 1^{er} étage

On y trouve :

- Un bureau pour le chef de service,
- Un bureau pour le chef de service adjoint,
- Un bureau pour le médecin généraliste,
- Une salle de secrétariat et archives,
- Une salle de garde pour les anesthésistes,
- Une salle de STAFF,

Un secteur d'hospitalisation gynécologique : comprenant quatre salles de 1ere catégorie, un lit chacune et une toilette interne,

Un secteur d'hospitalisation obstétrique : 2^e et 3^e catégories composé de deux grandes salles de cinq lits chacune et deux petites salles de deux lits chacune.

- Une salle de soins.

Le 2^{ème} étage : réservé à «l'Assistance médicale à la procréation », comprend :

- Un bureau pour le chef de laboratoire,
- Une salle de prélèvement d'ovocytes,
- Une salle de recherche,
- Des salles d'hospitalisation.

- RESSOURCES HUMAINES DU SERVICE : _____

Au moment de notre étude, les effectifs du service de gynécologie obstétrique comprenaient de 36 agents :

- 2 Médecins de gynécologie obstétrique ;
- 1 Médecin généraliste ;
- 2 Médecins, DES en Gynécologie Obstétrique ;
- 14 Techniciens supérieurs de santé (1 : spécialité infirmière, 13 : sage femmes) ;
- 7 Infirmières obstétriciennes ;
- 3 Aides infirmières ;
- 6 Garçons de salle (4 fonctionnaires d'état et 2 pour prime de garde) ;
- 1 Secrétaire informaticienne.

Participent également aux activités, les médecins stagiaires, les étudiants thésards ...

- ORGANISATION DU SERVICE

- Les consultations prénatales se font du Lundi, Jeudi et Vendredi, de 8h à 14h30. Elles sont assurées par les sages femmes ; au cours desquelles les gestantes reçoivent les VAT (vaccin anti-tétanique), les

moustiquaires imprégnées d'insecticides. Deux jours de planning familial ;

Le dépistage de la dysplasie du col se fait tous les jours ouvrables ;

Trois jours de consultations externes de gynécologie et 4 jours d'intervention sont programmés durant la semaine en dehors des urgences.

Un jour de consultation pédiatrique.

Un Staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8h30 minutes réunissant le personnel médical et dirigé par le chef du service.

AU cours du Staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et événements qui se sont déroulés lors de garde.

La visite des malades hospitalisés se fait tous les jours après le Staff.

Il existe un organigramme de fonction se présentant comme suit :

2- Type d'étude : Nous avons entrepris une étude rétrospective, descriptive et transversale

3- Période d'étude : elle va du premier janvier 2005 au 31 décembre 2007.

4- Population d'étude : L'étude a porté sur des femmes admises et prises en charge pour affections gynécologiques dans le service de Gynéco-obstétrique du CHU du Point G pendant la période d'étude.

5- 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 :

Etre admise et prise en charge de la GEU dans le service pendant la période d'étude (du premier janvier 2005 au 31 décembre 2007).

5-2 Critères de non inclusion

- Les femmes opérées pour GEU dans d'autres services venues dans le service en période postopératoire pour d'autres motifs ou complication.

6-Plan de collecte des données :

a- Support : Une fiche d'enquête a été établie pour le recueil des données : elle comporte :

- L'aspect épidémiologique clinique
- L'état de confirmation diagnostique
- La Prise en charge thérapeutique
- Les Suites opératoires à court et à moyen terme
- Le pronostic.

b- Critère d'évaluation du pronostic ultérieur :

-Bon : absence de lésions génitales macroscopiques, trompe souple avec pavillon bien épanoui.

-Mauvais : lésions inflammatoires pelviennes, ovaires et trompes sous adhérentielles, hydrosalpinx + obstruction tubaire, trompe et ou ovaire controlatérale absents.

7) Le traitement et la saisie des données

L'Analyse des données a été faite sur EPI-info 3.3.2 et La saisie sur Word 2007

RESULTATS

A- EPIDEMIOLOGIE

1- FREQUENCE

Tableau 1 : Répartition des patientes selon la fréquence annuelle de survenue de la GEU en fonction du nombre d'interventions chirurgicales gynécologiques et obstétricales dans le service (ICGO).

Année	Nombre de GEU	Nombre total d'ICGO	Pourcentage
2005	12	484	2,47
2006	28	584	4,79
2007	50	826	6,15
Total	90	1894	4,75

Le nombre de GEU/nombre d'ICGO par année est : 2,47% pour 2005 ; 4,79% pour 2006 et 6,15% POUR 2007 avec une fréquence globale de 4,75%.

2- CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Tableau 2 : Répartition des patientes selon l'âge.

Tranches d'âge en année	Effectif absolu	pourcentage
14-19	4	4,44
20-29	46	51,11
30-39	34	37,78
40 et plus	5	5,56
Total	90	100

La tranche d'âge la plus touchée a été celle de 20-29 ans avec un effectif de 46 soit 51,11%.

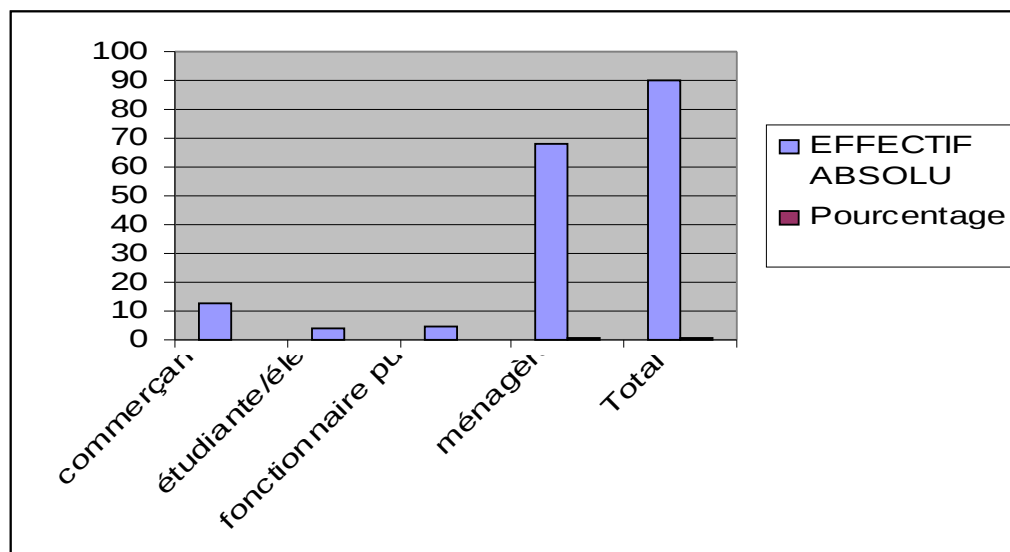


Figure 6 : Répartition des patientes selon l'activité professionnelle.

Les ménagères ont représenté 75,56% parmi les professions recensées suivies des commerçantes avec 14,44%.

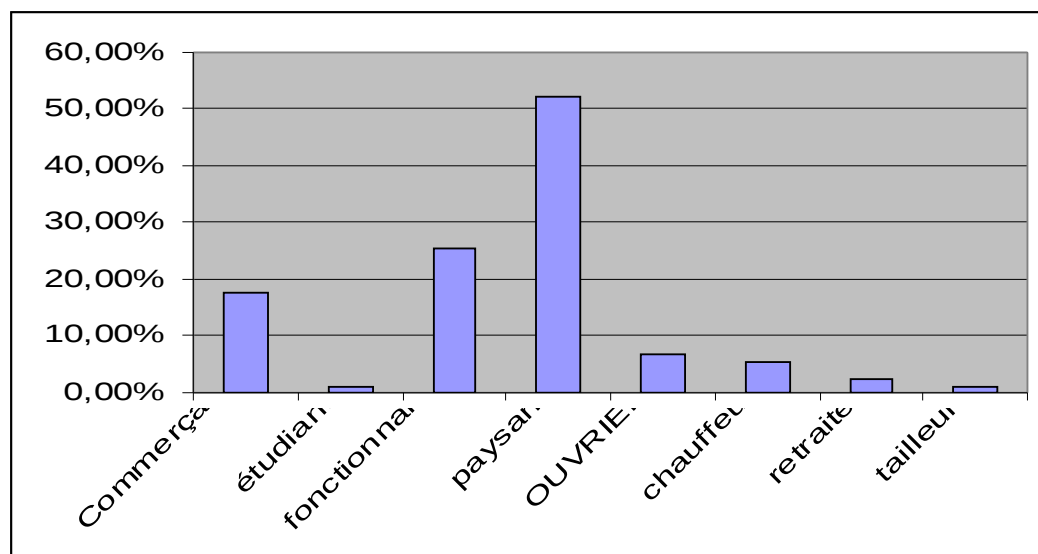


Figure 7 : Répartition des patientes selon l'activité professionnelle du conjoint/procréateur.

TABLEAU 3 : Répartition des patientes selon l'ethnie.

Ethnie	Effectif absolu	Pourcentage
Bambara	44	48,89%
Bozo	1	1,11%
Dogon	6	6,67
Malinké	10	11,11
Peulh	13	14,44
Senoufo	3	3,33
Sonrhäï	2	2,22
Sarakolé	5	5,56
Maure	1	1,11
Autres : Libanaise, Togolaise, Wolof	5	5,56
Total	90	100

Les bambaras ont représenté 48,89% suivis par les peulhs 14,44% et les malinkés 11,11%.

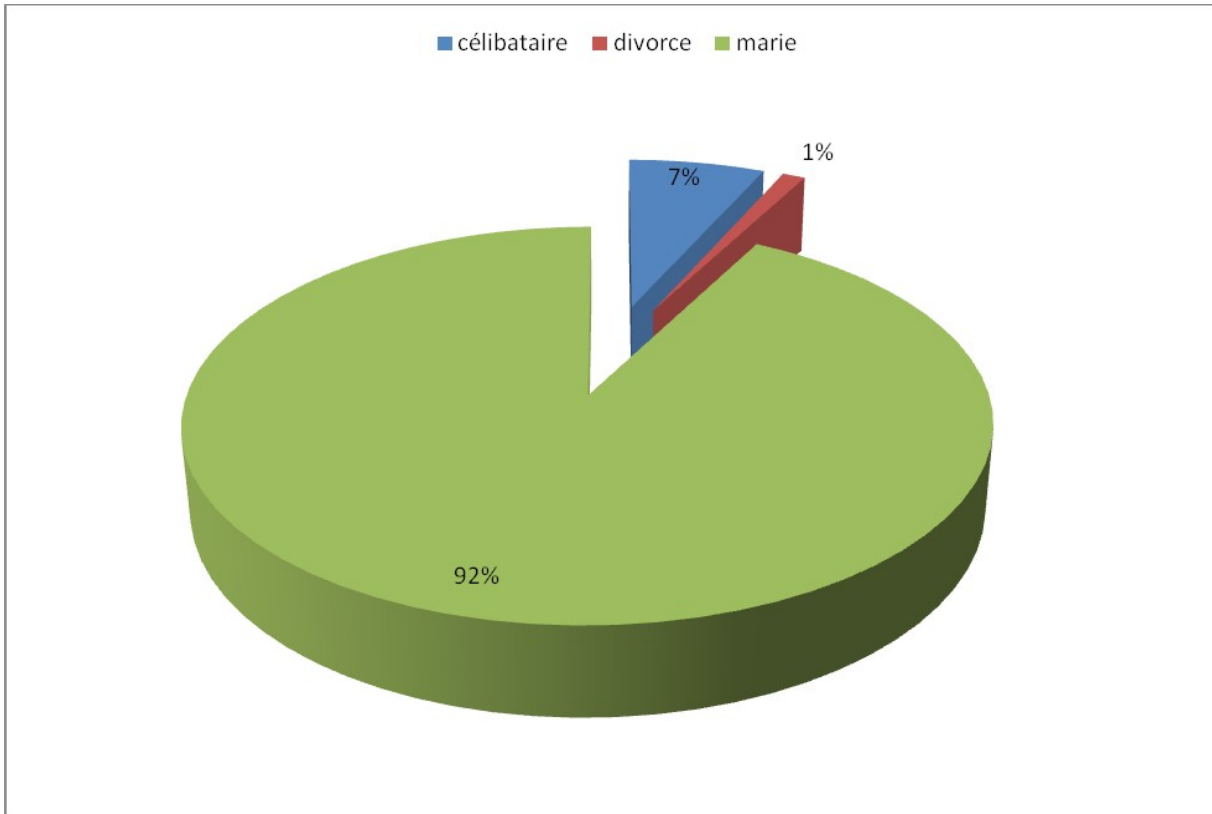


Figure 8 : Répartition des patientes en fonction du statut matrimonial.

La plupart de nos patientes sont des femmes mariées avec 92,22%

.B- ADMISSION

Tableau 4 : Répartition des patientes selon le mode d'admission.

Mode d'admission	Effectif absolu	Pourcentage
Evacuées	81	90
GEU diagnostiquée dans le service	9	10
Total	90	100

81 soit 90% des patientes ont été évacuées.

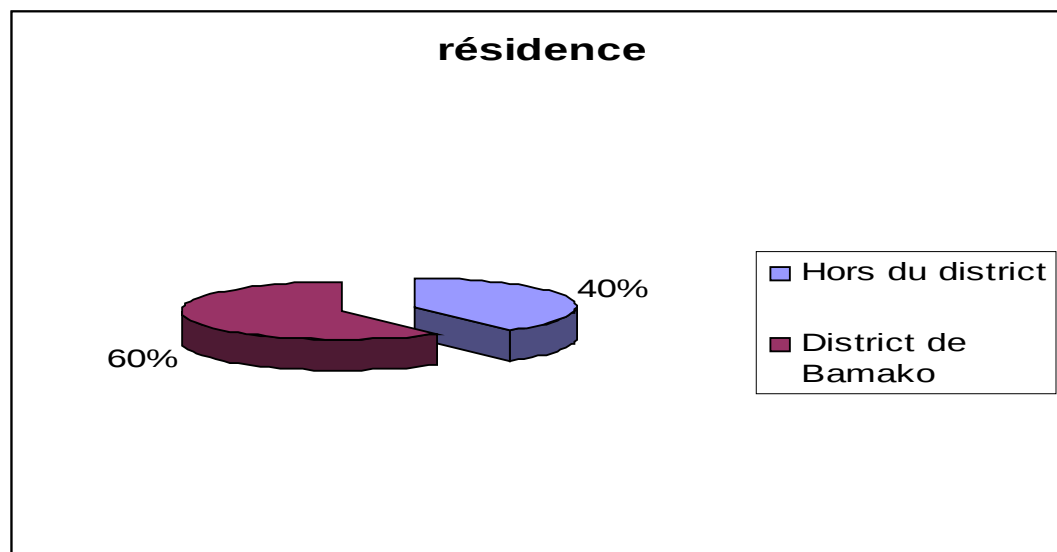


Figure 9 : Répartition des patientes selon le lieu de Résidence.

Les patientes résidants dans le district venaient en première position avec 60%.

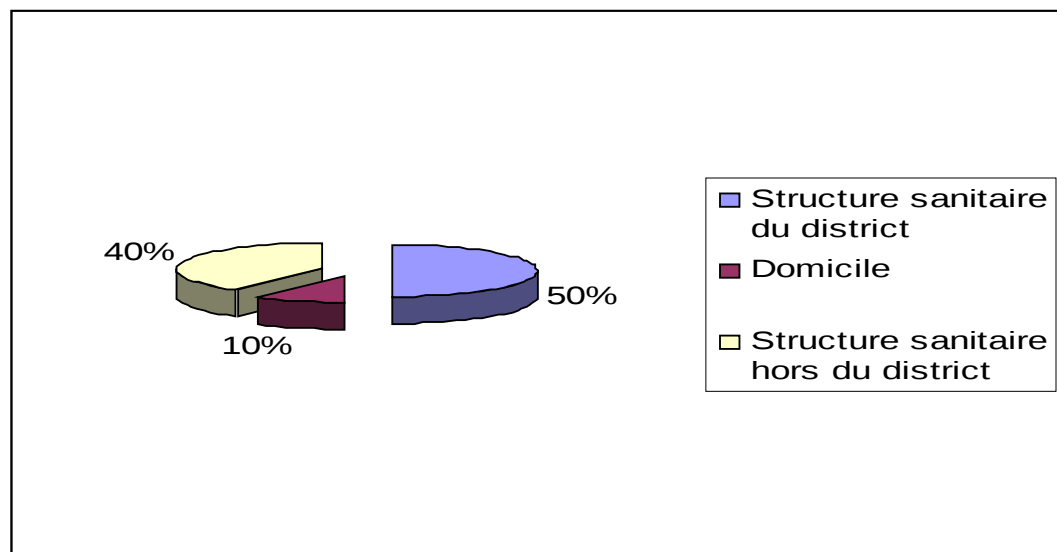


Figure 10 : Répartition des patientes selon la structure sanitaires de provenance.

50% des patientes proviennent des structures sanitaires du district de Bamako.

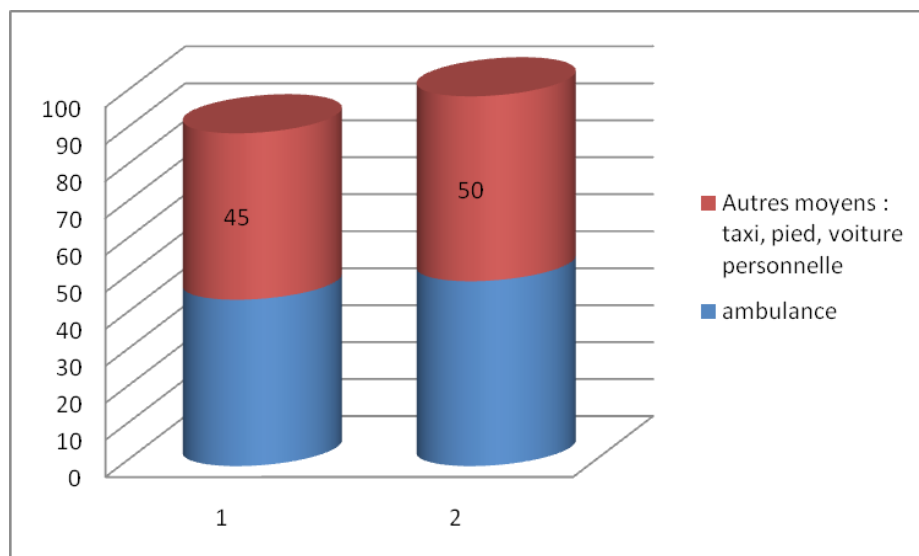


Figure 11 : Répartition des patientes selon les moyens de transport.

L'ambulance a été le moyen de transport le plus utilisé avec 50%.

TABLEAU 5 : Répartition des patientes selon le motif de référence.

Motif de référence	Effectif absolu	Pourcentage
Douleur pelvienne +métrorragie+aménorrhée	1	1,11
Douleur pelvienne +aménorrhée	4	4,44
Métrorragie+douleur pelvienne	5	5,55
Echec de tentative de déclenchement	1	1,11
Diagnostic déjà évoqué par échographie	48	53,33
Suspensions de GEU	16	17,77
Les avortements spontanés	2	2,22
Hémopéritoine	3	3,33
Grossesse arrêtée	1	1,11
GEU découverte pendant la consultation	9	10
Total	90	100

Le diagnostic de GEU déjà évoqué par l'échographie constitue 53,33% des motifs de référence suivie des suspicions de GEU soit 17,77%. Sur les 90 cas 81 ont été évacuées en urgence soit 90% et 9 cas ont été diagnostiqués au cours de la consultation soit 10%.

C- CLINIQUE

C -1 : Interrogatoire :

TABLEAU 6 : Répartition des patientes selon les facteurs de risques et d'autres Antécédents gynécologiques retrouvés.

Facteurs de risque et ATCD gynécologiques retrouvés	EFFECTIF ABSOLU	Pourcentage
Les infections génitales	39	43,33
Bilharziose	2	2,22
Traitement chirurgical de stérilité	2	2,22
Contraception (DIU)	1	1,11
ATCD de GEU	14	15,56
Endométriose	2	2,22
IST	2	2,22
Avortement spontané +IVG (interruption volontaire de la grossesse)	28	31,11
Total	90	100

Les infections génitales représentaient 39 soit 43,33% des antécédents gynécologiques et facteurs de risques retrouvés, 28 cas soit 31,11% avaient fait des avortements.

TABLEAU 7 : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux retrouvés.

ATCD chirurgicaux	Effectif absolu	Pourcentage
appendicectomie	2	2,22
Césarienne	1	1,11
plastie tubaire	2	2,22

salpingectomie	14	15,56
Aucun	71	78,88
Total	90	100

15,56% des patientes avaient fait une salpingectomie.

-La bilharziose a été le seul antécédent médical retrouvé chez 2 patientes soit 2,22%

TABLEAU 8 : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel en semaine

D'aménorrhée (SA).

Age gestationnel en SA	Effectif absolu	Pourcentage
6-11SA	55	61,11
15-20 SA	2	2,22
24-28 SA	1	1,11
32-36 SA	1	1,11
Non précisé	31	34,44
Total	90	100

6-11 SA représentaient 61,11% des âges gestationnels.

15-36 SA représentaient les âges gestationnels des grossesses ovarienne et abdominale soit 4,44%.

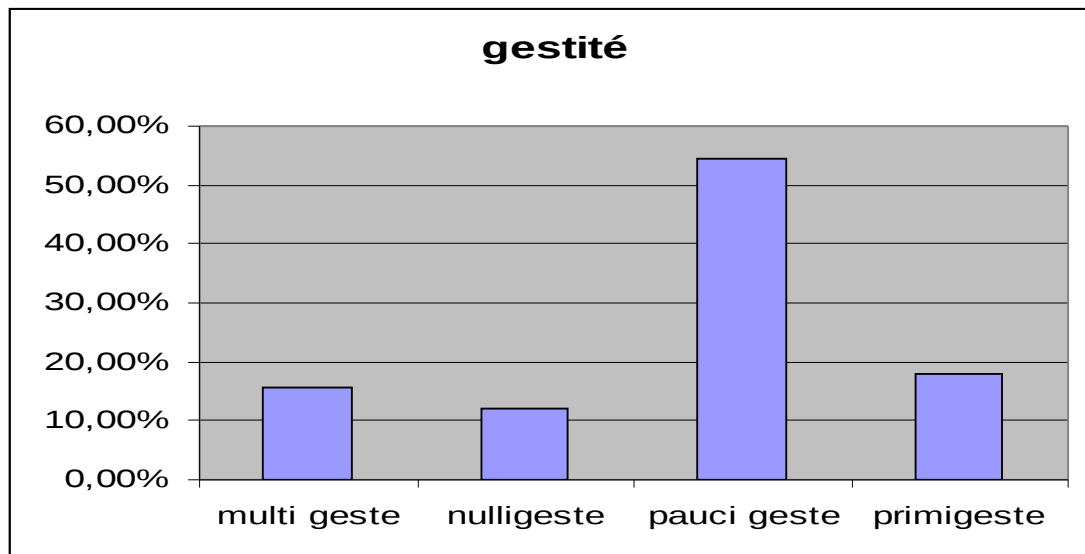


Figure 12 : Répartition des patientes selon la gestité.

Plus de la moitié des patientes soit 54,44% sont des pauci gestes.

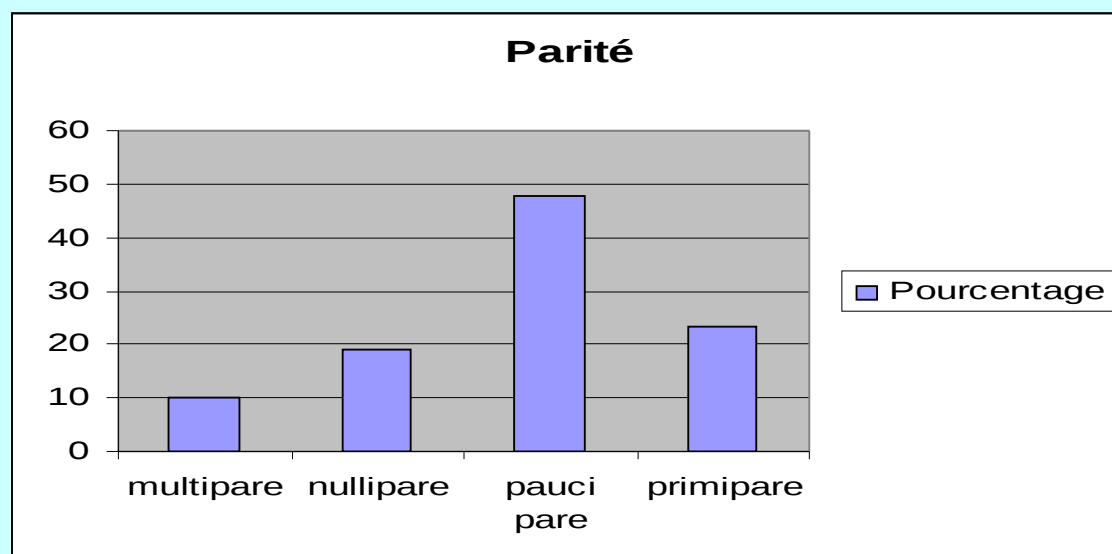


Figure 13 : Répartition des patientes selon la Parité.

Les pauci pares ont représentées 47,78% des patientes suivies des primipares 23,33%.

TABLEAU 9: Répartition des patientes selon les signes cliniques.

Signes cliniques	Effectif absolu	Pourcentage
Douleur abdomino- pelvienne +métrorragie+aménorrhée	37	41,11
Douleur abdomino pelvienne +aménorrhée	40	44,44
Signes sympathiques de la grossesse	3	3,33
Douleur pelvienne +métrorragie	10	11,11
Total	90	100

La douleur pelvienne associée à l'aménorrhée représentaient 44,44% suivi de la douleur pelvienne associée à l'aménorrhée plus la métrorragie 41,11%, des signes cliniques.

C-2 : EXAMEN PHYSIQUE

TABLEAU 10 : Répartition des patientes selon les signes généraux.

Signe généraux	Effectif absolu	Pourcentage
état de choc	1	1,11
Hyperthermie	7	7,78
Pâleur	39	43,33
Syncope ou lipothymie	1	1,11
Hypotension	11	12,22
Aucun	31	34,44
Total	90	100

La pâleur constitue 43,33% des signes généraux.

TABLEAU 11 : Répartition des patientes selon les données de la palpation abdominale.

Palpation abdominale	Effectif absolu	Pourcentage
Défense abdominale	12	13,33
Abdomen fluctuant + cri de l'ombilic	60	66,67
Abdomen souple et sensible	10	11,11
Abdomen souple et indolore	8	8,89
Total	90	100

Abdomen Fluctuant et cri de l'ombilic ont été retrouvés dans 66,67% des palpations abdominales.

TABLEAU 12 : Répartition des patientes selon l'état du douglas et des culs sac latéraux au toucher vaginal.

Au toucher vaginal	Effectif absolu	Pourcentage
Cri du douglas	30	33,33
douglas comblé et sensible	25	27,77
douglas libre et indolore	7	7,78
douglas libre et sensible	21	23,33
masse latéro-utérine	7	7,78
Total	90	100

Le cri du douglas a été retrouvé dans 33,33% des cas suivi du douglas comblé et sensible dans 27,77%.

TABLEAU 13: Répartition des patientes selon le résultat de la ponction du Douglas pratiquée.

Ponction	Effectif absolu	Pourcentage
Du douglas		
Blanche	4	28,6%
Hématique	10	71,4%
Total	14	100,0%

La ponction du douglas pratiquée a été hématique dans 71,4% et blanche dans 28,6%.

TABLEAU 14 : Répartition des patientes selon le résultat de la ponction pariétale pratiquée.

Ponction	Effectif absolu	Pourcentage
pariétale		
Blanche	4	4,44
Hématique	47	52,22
Aucune	39	43,33

Total	90	100
-------	----	-----

La ponction pariétale pratiquée a été hématique dans 52,22% et blanche dans 4,44%.

D- EXAMENS PARACLINIQUES

TABLEAU 15: répartition des patientes selon le test de grossesse ou UCG effectué.

Test UCG	Effectif absolu	Pourcentage
Positif	32	35,55
Négatif	12	13,33
Non effectuée	46	51,11
Total	90	100

Le test positif représentait 35,55%.

TABLEAU 16 : Répartition des patientes selon le groupe sanguin.

Groupe sanguin	Effectif absolu	Pourcentage
Groupées en urgence	83	92,22
Déjà groupées	7	7,78
Total	90	100

92,22% de nos patientes ont été groupées en urgence.

TABLEAU 17 : Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine (Hb).

Taux d'Hb (g /dl)	EFFECTIF ABSOLU	Pourcentage
<7	25	27,77
7-10	21	23,33
>10	4	4,44
Non effectué	40	44 ,44
Total	90	100

27,77% avaient un taux d'hémoglobine < 7 grammes par décilitre.

TABLEAU 18 : Répartition des patientes selon le résultat de l'échographie effectuée.

Résultat de l'échographie	Effectif absolu	Pourcentage
Epanchement dans le douglas	29	32,22
Image de masse latéro-utérine	25	27,78
sac ovulaire avec embryon +activité cardiaque	9	10
sac ovulaire avec embryon sans activité cardiaque	4	4,44
Aucune	23	25,55
Total	90	100

L'échographie a révélé un épanchement dans le douglas chez 32,22% des patientes suivie d'une image latéro- utérine 27,78%.

TABLEAU 19 : Répartition des patientes selon le type clinique.

Type clinique	Effectif absolu	Pourcentage
GEU non rompue	35	38,89
GEU rompue	55	61,11
Total	90	100

Les GEU rompues représentaient 61,11% et les GEU non rompues 38,89%.

TABLEAU 20: répartition des patientes selon l'intervalle de temps entre le début de la symptomatologie et la prise en charge.

Intervalle de temps	Effectif absolu	Pourcentage
12 heures	6	6,66
24 heures	14	15,56
48 heures	24	26,67
72 heures	40	44,44
144 heures	6	6,66
Total	90	100

L'intervalle de temps entre le début de la symptomatologie clinique et la prise en charge a été en moyenne de 72 heures avec 44,44% c'est pourquoi la moitié de nos patientes arrive dans un tableau de rupture.

E- TRAITEMENT

Le traitement de la GEU a été 100% chirurgical dont 97,78% à la laparotomie 2,22% à la coeliochirurgie.

TABLEAU 21 : Répartition des patientes selon le traitement médical antérieur.

Traitement médical antérieur	Effectif absolu	Pourcentage
antalgiques, anti-inflammatoires, décoctions, hormones, antibiotiques, Antispasmodiques : no spa, spas fon	38	42,2
Aucun	52	57,8
Total	90	100

42,2% des patientes ont reçu des traitements médicaux antérieurs

TABLEAU 22: répartition des patientes en fonction du délai entre le diagnostic et l'intervention.

Délais	Effectif absolu	Pourcentage
30 minutes	60	66,67
45 minutes	20	2,22

60 minutes	12	13,33
90 minutes	8	8,88
Total	90	100

L'intervalle de temps entre le diagnostic et le début de l'intervention a été en moyenne 30 minutes.

TABLEAU 23: répartition des patientes Selon le type d'anesthésie.

TYPE d'anesthésie	Effectif absolu	Pourcentage
Anesthésie générale	72	80
Rachianesthésie	18	20
Total	90	100

80% des patientes ont été opérées sous anesthésie générale.

TABLEAU 24 : répartition des patientes selon la qualification de l'opérateur.

Qualification de l'opérateur	Effectif absolu	Pourcentage
Spécialiste	2	2,22
Médecin généraliste	12	13,33
DES	6	6,67
Interne	70	77,78
Total	90	100

Les internes ont été les plus représentés avec 77,78%.

TABLEAU 25: Répartition des patientes selon la topographie des GEU tubaires et ovariennes.

Topographie de la GEU	Effectif absolu	Pourcentage
Droite	45	50
Gauche	42	46,67
Autre : (GA)	3	3,33
Totale	90	100

Les GEU tubaires droites représentaient 50% des localisations et 46,67% pour les localisations gauches.

TABLEAU 26 : Répartition des patientes selon le siège de la GEU.

Siège de la GEU	Effectif absolu	Pourcentage
Interstitiel	2	2,22
Isthmique	4	4,44
Ampullaire	73	81,11
Infundibulaire	1	1,11
Ovarienn	7	7,78
Abdominal	3	3,33

Total	90	100
-------	----	-----

Le siège ampullaire a été la plus représenté avec 81,11% dont 1cas de GIU +GEU (grossesse hétéro typique) soit 1,11%.

TABLEAU 27: Répartition des patientes selon les formes anatomiques de la GEU à la laparotomie.

Forme anatomique	Effectif absolu	Pourcentage
Rupture, fissuration de la paroi tubaire	85	94,44
Avortement tubo-abdominal complet ou en cours	2	2,22
Hematosalpinx	1	1,11
Hématocèle retro-utérine	2	2,22
Total	90	100

Rupture, fissuration de la paroi tubaire représentaient 94,44% des formes anatomiques de la GEU à la laparotomie.

TABLEAU 28 : Répartition des patientes selon l'état du pelvis et de la trompe controlatérale.

Etat du pelvis et trompe controlatérale	Effectif absolu	Pourcentage
Controlatérale saine	48	53,33
Salpingectomie antérieure	14	15,55
Hydrosalpinx	4	4,44
Adhérence	21	23,33
Endométriose	2	2,22
Pyovar	1	1,11
Total	90	100

Le pelvis et la trompe controlatérale saine représentaient 53,33%, suivi des adhérences dans 23,33% des cas.

TABLEAU 29 : Répartition des patientes selon la technique chirurgicale utilisée.

Technique chirurgicale	Effectif absolu	Pourcentage
Salpingectomie	76	84,44
Annexectomie	7	7,78
Extraction abdominale	3	3,33
Expression tubaire	2	2,22
Coeliochirurgie	2	2,22
Total	90	100

La salpingectomie a été utilisée chez 84,44% des patientes et la coeliochirurgie chez 2,22% des patientes.

TABLEAU 30 : Répartition des patientes selon la quantité de l'hémopéritoine en CC (centimètre cube).

Hémopéritoine en CC	Effectif absolu	Pourcentage
50-180	14	15,56
200-350	35	38,89
400-500	12	13,33
600-700	10	11,11
800-900	3	3,33
1000-2000	14	15,56
2500-3000	2	2,22

TOTAL	90	100
-------	----	-----

La quantité d'hémopéritoine en CC entre 200-350 a été la plus représentée avec 38,89%.

TABLEAU 31 : répartition des patientes selon la transfusion sanguine.

Transfusion	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	42	46,67
Non	48	53,33
Total	90	100

46,67% avaient subi la transfusion sanguine.

TABLEAU 32 : Répartition des patientes selon le nombre de poches de sang transfusé.

Transfusion (nombre de poches)	Effectif absolu	Pourcentage
1poches	28	31,11
2poches	13	14,44
4poches et +	1	1,11
Aucune	48	53,33

Total	90	100
--------------	-----------	------------

28 soit 31,11% des patientes avaient reçu une poche ,13 soit 14,44% avaient reçu deux poches.

TABLEAU 33 : répartition des patientes selon le pronostic obstétrical.

Pronostic obstétrical	Effectif absolu	Pourcentage
Bon	44	48,89
Mauvais	46	51,11
Total	90	100

Un bon pronostic obstétrical a été noté chez 44 patientes soit 48,89%.

TABLEAU 34 : répartition des patientes selon les suites opératoires.

Suites opératoires	Effectif absolu	pourcentage
Simple	85	94 ,44
Complicées*	5	5 ,55
Total	90	100

Les suites opératoires ont été simples dans 87 cas soit 96,66%.

*2 cas d'anémie sévère, 1 cas de suppuration pariétale et 2 cas de paludisme.

TABLEAU 35 : répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation	Effectif absolu	Pourcentage
1 jour	2	2,22
2 jours	11	12,22
3 jours	21	23,33
4 jours	25	27,77
5 jours	12	13,33
6 jours	7	7,77
7 jours	3	3,33
8 jours	1	1,11
9 jours	8	8,88
Total	90	100

La durée d'hospitalisation 4 jours a été la plus représentée avec 27,77%

TABLEAU 36 : Répartition des patientes selon le résultat de l'Anatomie pathologie.

Résultat de l'anatomie pathologie	Effectif absolu	Pourcentage
confirme GEU	8	8,88%
infirme GEU	0	0
Non disponible	82	91,11
Total	90	100

Le diagnostic de la GEU a été confirmé chez 8 des patientes soit 8,88% des résultats.

TABLEAU 37 : répartition des patientes selon l'issue de la GEU.

Issue de la GEU	Effectif absolu	Pourcentage
Décédée	0	0
Vivante	90	100
Total	90%	100

Aucun cas de décès maternel n'a été constaté.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1-Fréquence :

Durant notre étude nous avons enregistré 90 cas de GEU sur 3219 accouchements ce qui correspond à une fréquence globale de 2,79 % soit une GEU pour 36 accouchements, ce taux était proche de celui de Cissé H (6) avec 2,6 %, supérieur à celui de Dembélé avec 1,89% au CSRéf com5 du District de Bamako en 2005.

- Keita M A (44) a trouvé une fréquence de 1,4% en 2006 au CSRéf com4 du District de Bamako.

Ces variations de fréquence entre notre étude et celle de ces auteurs pourraient s'expliquer par :

La taille de l'échantillon : l'étude de Cissé (6) qui a regroupé plus de cas de GEU, se rapproche mieux de la notre.

Par rapport aux interventions chirurgicales gynécologiques et obstétricales (1894).

La fréquence globale était de 4,75% soit une GEU pour 21 interventions chirurgicales gynécologiques et obstétricales.

La GEU est la deuxième urgence gynécologique et obstétricale au MALI après la césarienne : c'est un problème de santé publique.

2-Facteurs de risque

La survenue de GEU est surtout fréquente dans les circonstances suivantes : ATCD d'infections génitales à répétition, de traitement de stérilité, de contraception, d'avortement à répétition, de GEU. Ceux ci constituent l'essentiel des facteurs responsables du retard à la migration ovulaire consécutive à des modifications anatomiques et physiologiques des trompes.

Les ATCD : d'infection génitale a été retrouvé chez 39 patientes soit 43,33%, de GEU 14 cas soit 15,56%.

Ces taux sont comparables à ceux de DEMBELE Y (45) et de KEITA A (44) qui ont trouvé respectivement 85 cas soit 66,4% et de 55cas soit 49,55% pour l'ATCD d'infection génitale.

7 cas soit 5,5% et de 20 cas soit 15,75% pour l'ATCD de GEU.

3- Caractéristiques sociodémographiques

-âge :

Dans notre étude la fréquence de la GEU a été maximale entre 20-29 ans soit 51,11 % des cas, ceci s'expliquait par le fait que cette tranche d'âge correspondait à la période d'activité génitale intense de la femme pendant laquelle les antécédents gynécologiques et obstétricaux se cumulent.

Ce résultat était comparable à celui de :

-Cissé H (6) et Keita M A (44) qui ont trouvé respectivement le maximum de cas dans les tranches d'âge de 25-29 ans et 19-33 ans

-Provenance :

Les patientes étaient venues en grande partie des communes du district de Bamako.

Cela s'expliquait par le fait que beaucoup de nos patientes avaient été référées par les structures sanitaires par manque de plateau technique, d'unités de sang, de service de réanimation. Hors du district la majorité des patientes était venue du csréf de KATI cela s'expliquait par le fait que ce centre de santé est proche du CHU PG.

-Statut matrimonial :

Les mariées représentent 92,22% de notre série d'étude. Cela pourrait s'expliquer par le taux élevé de mariage dans notre pays

-Profession :

Les ménagères occupaient la première place avec 75,56% de cas de notre série. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'elles étaient plus nombreuses et étaient moins informées sur les règles d'hygiène et de prévention des IST.

4- Les ATCD :

_Médicaux : au cours de notre étude nous avons enregistré 2 cas de bilharziose soit une fréquence de 2,22 %. Cela pourrait s'expliquer par l'incidence élevée de cette maladie dans notre pays.

-Chirurgicaux :

Les récurrences de la GEU étaient fréquentes, (15,56%) cela pourrait s'expliquer par la persistance des facteurs étiologiques après traitement et l'apparition fréquente en post opératoire d'adhérences pelviennes et abdominales gênant dans certaines situations la migration de l'œuf.

2 Cas de plastie tubaire a été retrouvé soit 2,22%. La survenue d'une GEU après une plastie tubaire s'expliquait par le fait que le traumatisme tubaire si minime soit il venait ajouter ses effets aux lésions originelles responsables d'une stérilité antérieure. 1 cas d'ATCD de césarienne soit 1,11%, 2 cas d'appendicectomie soit 2,22% et 14 cas de salpingectomie soit 15,56% ont été retrouvés.

-Gynécologiques :

Les ATCD d'infection génitale (43,33%) de stérilité (2,22%) de contraception (1,11%) et d'avortement (31,11%), de stérilité surtout primaire (2,22%), d'inducteur de l'ovulation :

clomifène (1,11%) ,d'endométriose(2,22%) ,d' IST (2,22%), de GEU(15,56%)
couramment rencontrés sont reconnus comme facteurs favorisant la survenue d'une GEU.

Nos taux étaient comparables à ceux de beaucoup d'auteurs :

FERRAND et MADELENAT signalent que la fréquence de la GEU est multipliée par 6 ou 8 en cas d'ATCD de stérilité

Cissé (6) et Soumaré (31) ont observé chacun 1 cas de GEU sur DIU au cours de leur différente enquête.

WESTROME (38) a montré que le risque de GEU est multiplié par 5 à 7 après une salpingite.

-Obstétricaux :

Les paucipares constituaient dans notre série la classe prédominante avec un total de 46,67 %, suivies par les primipares, ensuite les nullipares ce qui sous entendait que la GEU peut survenir quelque soit la parité comme le montrait les résultats de :

Cissé (6) : 43,4% des pauci pares contre 46,8% de nullipares et primipares

Keita M A (44) :40,94 des pauci pares contre 34,65% des primipares et 6,30% de grandes multipares.

5- Aspect clinique :

-Motif de consultation :

Les signes cliniques : douleur abdomino- pelvienne +aménorrhée a motivé une consultation dans 44,44% des cas. Ceci pourrait s'expliquer par le développement important des techniques de diagnostic de ces dernières décennies permettant un diagnostic précoce de cette pathologie avant toute complication.

L'existence d'autres signes isolés ou associés tels que :

.douleur abdomino-pelvienne+métrorragie retrouvés dans 11,11 % des cas.

.douleur abdomino-pelvienne+aménorrhée + métrorragie retrouvés dans 41,11 % des cas.

.signes sympathiques de la grossesse retrouvés dans 3,33% des cas.

.lipothymie ou syncope retrouvé dans 1,11% des cas doivent susciter l'indication d'examen complémentaires tendant à faire le diagnostic des GEU.

-Examen clinique :

.Signes généraux :

-1,11% de nos patientes ont été reçues dans un état de choc (tension artérielle imprenable, pouls petit et filant, sueur froide, dyspnée, soif intense, refroidissement des extrémités).

- La Pâleur cutaéo-muqueuse a été retrouvée dans 43,33% des cas.

-L'hypotension artérielle a été retrouvée dans 12,22% des cas.

.Palpation abdominale :

-Dans 66,67% des cas la palpation a montré un abdomen fluctuant avec cri de l'ombilic contre 58,3% dans l'étude de Cissé H (6).

-abdomen souple et indolore : 8,89% des cas.

-Abdomen souple et sensible : 11,11% des cas.

-Défense abdominale : 13,33% des cas.

-Examen gynécologique :

.Le cri du Douglas très fréquemment rencontré 33,33% témoignait une inondation péritonéale. Cela s'expliquait par le fait que les patientes venaient tardivement en consultation.

.La masse latéro-utérine a été retrouvée dans 7,78% contre 47,76% dans l'étude de Cissé (6).

.Culs de sac libres et sensibles : 23,33% des cas.

.Culs de sac libres et indolores : 7,78% des cas.

6-Examens paracliniques :

-Hématologie :

La plupart de nos patientes ont été groupées en urgence.

27,77% de taux d'hémoglobine inférieur à 7 gramme par décilitre (dl) expliquaient la fréquence élevée de la transfusion corrigeant ainsi l'anémie.

Il n'y a pas eu de déficit transfusionnel.

-Ponction transparietale :

La ponction transparietale effectuée, a été positive (hématique) dans 52,22%.cela s'expliquait par le fait que la plus part de nos patientes arrivaient au stade de rupture (61,11 % de GEU rompues).

Cissé (6) a trouvé 57,1% de ponction positive et Keita 76,08%.

-Test de grossesse :

Dans notre étude le test de grossesse a été réalisé chez 44 patientes soit 48,88% et est revenu positif dans 34,44% contre 92,11% dans l'étude de Keita.

Un test UCG ou de grossesse négatif n'élimine pas le diagnostic de GEU car c'est un test immunologique pratiqué sur les urines peu sensible. La grossesse ectopique est souvent hypo sécrétante (44).

-Echographie :

L'échographie a été dans notre série l'examen complémentaire le plus pratiqué soit 74,44% contre 86,6% pour l'étude de Keita ceci pourrait s'expliquer par les importants progrès réalisés dans ce domaine au cours de ces dernières années avec l'utilisation dans notre pays de la sonde endovaginale plus performante dans le diagnostic précoce des GEU.

-Coelioscopie :

Il s'agissait d'une coelioscopie diagnostic ; elle a été réalisée dans 1 cas soit 1,11% et était revenue positive C'est l'examen de dernier recours qui ne peut être utilisée que lorsque les autres moyens étaient épuisés.

.Cissé (6) a eu 14,8% de coelioscopie positive dans son étude.

.Keita (44) sur 11 coelioscopies effectuées a noté 8 cas positive soit 72,73%.

Notre taux était inférieur à ceux de ces auteurs.

7-Thérapeutique :

La salpingectomie a été la technique chirurgicale la plus pratiquée dans notre étude. Ceci s'expliquait par le fait que la majorité des patientes étaient reçues au stade de complication (rupture tubaire le plus souvent) à noter que les auteurs admettaient qu'elle permettait de prévenir ou de diminuer la survenue de récurrences.

La coeliochirurgie a été au cours de notre étude enregistrée dans 2 cas soit 2,22%.

Prise en charge au service de chirurgie A disposant d'une colonne.

Le nombre peu élevé de cas de coeliochirurgie est l'absence de plateau technique propre au service de gynécologie obstétrique du CHU PG.

8-Mortalité :

-Maternelle :

Nous avons enregistré au cours de notre étude aucun cas de décès maternel.

-Fœtale :

Le constat était amer dans la mesure où aucun fœtus sur les 90 cas de notre série n'avait survécu contrairement à l'étude de Soumaré (31), où 1 cas de fœtus vivant avait été observé à l'issue d'une grossesse abdominale

Ces études peu discordantes témoignent toutes la mortalité fœtale élevée de la GEU.

A- Conclusion :

Durant cette étude rétrospective descriptive du premier janvier 2005 au 31 décembre 2007, nous avons recensé 90 cas de GEU pour 3219 accouchements et aussi pour 1894 ICGO.

- La fréquence de la GEU est de 2,79% au terme de l'étude au CHU Point-G.
- les patientes sont venues du district de Bamako soit 60% et hors du district soit 19,1%.
- Les ménagères ont été les plus représentées avec 75,56%.
- La tranche d'âge la plus touchée a été celle de 20-29ans avec une fréquence de 51,11%.

Les facteurs de risque étaient essentiellement : les infections génitales, la contraception, le traitement de stérilité, de GEU et la tuberculose génitale.

La symptomatologie a été dominée par les signes cliniques : douleur abdomino-pelvienne+aménorrhée constituant l'essentielle des manifestations cliniques.

L'examen complémentaire de premier choix a été l'échographie avec 67 cas sur 90 soit une fréquence de 74,44%, en rapport avec la disponibilité de cette technique mais aussi du gain précieux de temps.

Malgré les progrès actuels permettant de faire un diagnostic précoce et éventuellement une chirurgie conservatrice, dans notre série la prise en charge n'a pu être effectuée précocement à cause d'un retard à la consultation, d'où la fréquence des salpingectomies.

Les récurrences ont été observées avec une fréquence de 15,56%, compromettant sérieusement l'avenir obstétrical des patientes. Nous n'avons déploré aucun cas de décès maternel.

B- Recommandations :

Au terme de cette étude, les recommandations suivantes sont formulées et s'adressent respectivement.

***Au autorités politiques et sanitaires :**

- former des spécialistes en technique d'assistance médicale à la procréation (FIV).
- moderniser le plateau technique du service de gynécologie –obstétrique du CHU PG par l'apport de matériels de coelochirurgie, d'échographes performants
- Sensibiliser les populations cibles en matière de prophylaxie de la GEU (multiplicité des partenaires, avortements clandestins, infections génitales à répétition, mal ou non traitées).

***Au Directeur du centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) :**

- assurer l'approvisionnement correct du CHU en PSL.

***Au Médecin chef du service de gynécologie obstétrique du<CHU PG> :**

- organiser des séminaires de formation continue afin de renforcer les compétences des prestataires en gynéco obstétrique.

***A la population :**

- pratiquer la fidélité, l'abstinence ou le port de préservatif pour la prévention des **IST et le VIH/SIDA.**
- Consulter dans les meilleurs délais en cas de signes d'alerte : douleur, métrorragie, syncope.
- Faire une bonne observance de traitements prescrits.

BIBLIOGRAPHIE

1- AYI AKPE.B :

A propos d'un cas de GA à terme.

Thèse Méd. Paris, 1968, Numéro 225 : 1-103

2- AKDAZAK, KOTOKK.T. , BAETAS. , HONDOUNO A.K.S.

GIU simultanées sur un dispositif intra-utérin

Inerte : à propos d'un cas

Rev.Fr.Gynéco et Obst., 1995,90 :360-361

3- BAH B.

LA GEU en milieu noir africain : à propos de 104 cas observés à Bamako

Thèse Med.Bko, 1980 : M-182

4- BALASARD B.C., CARCOPINO X.

Gynécologie et obstétrique, Paris, internat 2004 :24, 25, 93, 219, 280, 360,367

5- BRUHAT M.J., MANHES H. CHOUKROU N.Z., SUZANE F.

Essai du traitement par cœlioscopie de la GEU : à propos de 26 observations

ReV Fr Gynécol obstet 1977,72 :667

6- CISSE H.

Etude épidémiologique-clinique de la GEU au centre de CSRéf de la commune 5 du district de Bamako : à propos de 175 cas.

Thèse Med. Bamako.2001 : M-98.

7- CORREAP. , BAH M.D., N'GOM A., MOREAU I.C., DIALLO Y., DIABY A., KOMOUQU., DIALLO D. ET N'DIAYE B.

Les pièces échographiques dans les urgences obstétricales à propos de la GEU rompue.

Afr.Med; 1987, 253:34-92.

8- DARGEN.D., GAJAR F., SCHUSKER P.

Ga développée chez une femme ayant subi une annexectomie unilatérale au contact de la corne utérine du même côté.

J.GYne : obst.Fr ; 1974,3(8) ,1329.

9- DARGEN.A., LANSAC J.

Geu : avenir des opérés et chirurgie conservatrice.

Rev.Prat.Paris ; 1973,23 :33-53

10- DELARUE.T., PELLETIER P. SOUPET J.P., ET TOULOUSE R.

Giu et Geu chez une femme porteuse de stérilet : à propos d'un cas

Rev.Fr Gynecol et obst ; 1981, 76,1 :53-55

11- DIALLO FB, DIALLO AB, DIALLO TS, CAMARA AY, BALDEM MA, DIALLO MS.

GEU: aspect épidémiologique et thérapeutique au service de gynécologie obstétrique du
CHU Ignace Deen de Conakry

Med.AFr.Noire 1999 ; 46 :442-445

**12- DIQUELOU J.Y.PIA.P., TESQUIER L., HEN-SUCHET J, CISQUEL J.M,
MOYER.S.**

La place de chlamydia tracomatis dans l'étiologie infectieuse des GEU

J.Gynecol obstet.Biol.Reprod 1988; 17:325-379

13- FERNANDEZ H., COSTE, J., JOBSPIRA*N., SPIRA.A., PAPERINICK E.

Facteur de risque de GEU

J.Gynecol obstet. Et Bol Reprod 1991 ; 20 :373-379

14-FERNANDEZ H, BENIFA JL, LELAIDIER C, DOUMER S, FRYDMAN R.

Traitement médical des GEU, 106 cas traités par ponction écho-guidée

Gynecol.Int 1993; 2: 9-98

15-HALLAT G.

Ectopigregnancy associated with the intrauterine device: a Study of severity cases

Am.J.obstet Gynecol 1976; 125: 754-758

16-ISABELLE B.

Avenir obstétrical des patientes opérés de GEU : à propos de 106 cas

Thèse Med. Bamako 1992 :201

17-JANECEKP., DE GRANDI P.

Chirurgie restauratrice d'emblée dans le traitement des GEU

J Gynecol et obst.Biol.Reprod.1978, 7 :1261-1267

18- LANSAC J., LECOMTE P.

Gynécologie pour le praticien

Cinquième édition (Manson) ; Paris, 1999,12 :151-163

19- L.BECHARD, SrC.DE JESUS, S.MICHAUD.

Obstétrique, troisième édition (les presses de l'université Laval) ; Québec, 1964

20- LAWSON T.L.

Ectopic pregnancy criteria and accuracy of ultrasonic diagnosis

Am.J.Roentegenol 1978: 153-156

21- LEON-DU FOUR F.

Rôle de la cœlioscopie dans le diagnostic précoce de la GEU.

Thèse Med, Paris, 1966.

22-LEVI S.

Diagnostic par ultrasons en gynécologie obstétrique

Paris ; Manson Ed.1972, 1 Vol.

. 23- LOAN A. ALLART J.P, FONTANIE P., ASSEMEKANGB.ZOUZAY M.A.et DELEZOIDE A.L.

A propos d'un cas de grossesse-cervico-isthmique à développement Tardif

Rev.Fr.Gynecol et obst ; 1996, 81,10 : 54-58.

24- MAGUIRAGA M.

Etude de la mortalité maternelle au Mali, causes et facteurs de risque au CSRéf de la commune cinq.

Thèse. Med. Bamako; 2000: M-110.

25- MEIRIK O.

Ectopic pregnancy during 1961-78

In. Uppsala count, seden

Acto.obstet.gynecol Scand 1981, 60:545-548.

26-NAOURI M.PEMEHOUAT G.et MADELENAT.P.

Traitement médical de la GEU par methotrexate.

Rev.Fr.gynecol.obstet ; 1991, 86,11 : 633-657.

27- PALMER J. RABARISON.

Etude du pronostic à 1 an de la chirurgie tubaire restauratrice dans le traitement de la stérilité

J.gynecol obstet Biol Reprod 1980; 9: 713-719

28- PICAUD A., ALIME-NZE A.R., FAYE A., KOUVAHE V., KPODAR D., OUZOU A.K.I., NIKILIM.T, SALEH.S

Evolution de la fréquence de la GEU à Libreville (Gabon) de 1877 à 1989.

Med.AFr.Noire ; 1992, 39,12 : 798-805.

29- SEMM K

Atlas de coelioscopie. Et d'hysteroscopie.

Paris, Masson Ed ; 1977,1 vol.

30- SFARE., ZINE. BOURGHIBA S.BETTAIEB A et CHELLI.H.

La grossesse dans une corne utérine rudimentaire; principale forme Clinique à propos de 5 cas.

Rev. Fr gynecol et obst ; 1994, 89,1 :21,26.

31- SOLOFONAINA R., PIERRE-VICTOR R., HUBER R., EDMONT R., GEORGES R.

Aspect actuel de GEU à Nosy-Be (Madagascar) de novembre1993- février 1995.

Cahier sante1997, 7 : 19-23.

32- SOUMARE M.

Etude des GEU à l'HGT : à propos de 116 cas.

These Med. Bamako: M 69

33- STROMME.W.B.

Salpingectomy for brutal pregnancy report of a successful case.

Obstet gynecol.1993; 1:472-481.

34- TANAKAN T., HYASHI H., KUTSUZANA T., FUJIMOTO S., ICHINOE K.

Treatment of interstitial pregnancy with methotrexate: report of a successful case.

Fertile sterile 1982, 37:851-853.

35- TRAORE M.

Contribution à l'étude de la GEU à propos de 100 cas.

Thèse Med 1985: M-20.

36- KITCHIN (JD), WEIN (RM), NLEY (WC), THIAGARAJAH(S), THORNTON (WN).

Ectopic pregnancy: current clinical trends.

Am J.obstet gynecol, 1979, 134, 8,870,876?

37- WAHL.P., PAGIN G., QUEREUX C., CHASTE F.

Grossesse ovarienne autour d'une induction d'ovulation

J.gynecol. obstet; 1977, 6(2), 277.

38- WEILL G.

Valeur de l'examen histologique de produits de curetage dans le diagnostic de GEU.

Bull.Fed.Soc.gyn.obst. ; 1954,6(2) :215-216.

39- WESTROM L.

Incidence, prevalence, and Trend of active pelvic inflammatory diseases density

Consequences industrialized countries.

Am J obstet gynecol 1980; 138:880-892?

40- WONE I.

Traitement de la GEU par la combinaison de la Médecine traditionnelle chinoise et de la Médecine moderne.

Dakar Med; 1979, 24(1):119-126.

41- ZERVADOUKIS A., CORCONDILAS E., KALYVIS P.

Etude statistique de 148 cas de GEU.

REV. Fr.gynecol. Obstet; 1971, 66(4): 265-267.

42-FERRANDS.MADELENAT P.

GEU ,EMC, (Paris) Gynecologie, Edition technique;1991-700A10, 9P

43- POULI. (J L), MAGE (G), GACHON (F), GAILLARD (G), BRUHAT (MA).

La décroissance du taux d'HCG après traitement cœlioscopie conservateur de la GEU.

J Gynecol obstet Biol Reprod, 1987, 16,195-199.

44- keita.M.A.

Aspects Epidémiologique et thérapeutique de la GEU au CSRéf Com4 à propos de 127 cas.

Thèse de Med. BKO.2006: M-258.

45- DEMBELE. Y.

GEU: aspects Epidémiologique, thérapeutique et pronostique au CSRéf Com5 du District de BKO à propos de 128 cas.

Thèse de Med.BKO.2006 : M-242

46-HEMMINKI E, HEINONEN P K

Time trends of ectopic pregnancies.

Br J.obstet gynecol 1987,94:322-327

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : BERTHE

Prénom : HAOUA

Titre de thèse : ETUDE épidémiologique-clinique et thérapeutique des grossesses extra-utérines dans le service de gynéco- obstétrique du CHU du point G à propos de 90 cas.

Année universitaire : 2008-2009

Ville de soutenance : Bamako

Pays : Mali

Lieu de dépôt : BIBLIOTHEQUE de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et D'odonto-stomatologique.

Secteurs d'intérêt : Gynécologie Obstétrique, Santé Publique.

Résumé : il s'agissait d'une étude rétrospective, transversale descriptive, qui s'étendait du premier Janvier 2005 au 31 décembre 2007, soit une durée totale de 3 ans avec comme objectif :

-Déterminer la fréquence de la GEU.

-Rapporter les signes cliniques et para cliniques.

Décrire les formes cliniques.

Rechercher les facteurs de risque connus.

Rapporter les moyens et les méthodes de traitement.

Déterminer le pronostic maternel lié à la GEU.

Durant cette enquête, nous avons recensé 90 cas de GEU pour 3219 accouchements et pour 1894 ICGO.

La fréquence de la GEU était de 2,79% par rapport aux accouchements et 4,75% par rapport aux ICGO.

Le tableau clinique a été dominé par : Douleur abdominale, et Aménorrhée.

L'examen para clinique le plus utilisé a été l'échographie avec 67 réalisations.

Les facteurs de risque retrouvés ont été représentés par: infections génitales (43,33%), la contraception (1,11%) et le traitement de stérilité (2,22%).

L'implantation tubaire de la GEU a été la plus fréquente (88,9%) avec 81,1% de variété ampullaire.

Les complications ont été dominées par les hémorragies (2,22%), de suppuration pariétale (1,11%), de paludisme (2,22%), mort fœtale (100%).

La salpingectomie a été le geste chirurgical le plus pratiqué 84,44%.

Les récurrences de GEU (15,56%) n'ont pas été exceptionnelles compromettant sérieusement l'avenir obstétrical des patientes.

Mots clés : GEU, douleur, aménorrhée, métrorragie, salpingectomie.

FICHE D'ENQUETE

GEU : Etude retro – prospective de 2005-2007 au service de Gynéco – Obstétrique du CHU 'PG'

I. IDENTIFICATION

N° fiche /_____/ Année : /_____/

1-Nom & Prénom/_____ /

2-Age : /_____ /

3-Résidence : /_____ /

4-Ethnie : /_____ /

5- Adresse : /_____ /

6- Profession : /_____ / Profession du conjoint : procréateur :

7- Etat matrimonial : /_____/ (1 = célibataire, 2 = marié, 3 = divorcée, 4 = veuve)

8-Référée ou évacuer : /_____ /

Si oui de quelle structure :.....

9 -Moyen de transport:/ _____ /

10- Motifd'hospitalisation:/_____ /

II. ANTECEDENTS

Médicaux :

4-Tuberculose :

5-Bilharziose :

Chirurgicaux :

1- Appendicite :

2-Péritonite :

3- Cœlioscopie :

4-Autres : / _____ /

Gynéco- Obstétricaux

1- Stérilité I aire traitée :

2- Stérilité II aire traitée :

3-GA :

4- GEU :

5-Gestité :

6- Parité :

7-Avortement :

8- Curetage :

9- Suites septiques :

10-Douleurs pelviennes et leucorrhées :

11- IVG :

12- Suite septique :

13- Plastie tubaire :

14- endométriose

15- Annexite

16- cervicite

17- Césarienne :

18- Salpingectomie :

19- Kystectomie :

20- Chirurgie conservatrice des trompes

Contraception :

1- DIU :

2- Stérilisation tubaire :

3- Contraception hormonale :

- Si oui Genre : / _____ /

4- Tabagisme :

Inducteur ovulation :

- Si oui Genre : / _____ /

III. CIRCONSTANCE DE DIAGNOSTIC

Interrogatoire

1- Notion aménorrhée :

2-Métrorragie :

Premières manifestations

1- Douleur spontanée :

2- Métorragie :

3-Lipothymie ou syncope :

4-GEU asymptomatique :

Forme anatomique

1- GEU rompue :

2- GEU non rompue:

Signes sympathiques grossesse

1- Nausée :

2- Vomissement :

3-Tension mammaire :

4- Météorisme :

5-Sialorrhée :

6-Absence de signes sympathiques de la grossesse :

Signes Physiques

1- Douleur pelvienne :

2-Métrorragie : Oui

3-Pâleur : Oui

4- Masse annexielle :

5- Cri ombilic : Oui

6- Cri Douglas : Oui

7- Abdomen fluctuant :

8- Etat de choc :

Signes associés

1-Hyperthermie :

2-Dysurie :

3-Pollakiurie :

4-Tableau d'occlusion ou sub occlusif :

Traitement antérieur

1-Antispasmodique

Autres : / _____ /

IV. Examens paracliniques :

1- Test grossesse :

Résultat : positif

Négatif

2- Ponction Douglas :

Résultat : Positif Négatif

3- Ponction transpariétale :

Résultat : Positif Négatif

4-Echoc pelvienne :

Résultat 1 : Sac ovulaire sans embryon :

Résultat 2 : Sac ovulaire avec embryon :

Résultat 3 : sac ovulaire avec embryon plus activités cardiaques :

Résultat 4 : sac ovulaire avec embryon sans activités cardiaques

Résultat 5 : Image latéro-utérine :

Résultat 6 : Absence d'image suspecte : Oui

Résulta 7 : présence d'épanchement dans le Douglas :

6- Cœlioscopie :

Résultat : Positif Négatif

V. ASPECTS OPERATOIRES

Macroscopie

1- Topographie droite : Interstitielle Isthmique

Ampullaire Ovarienne Infundibulaire

2- Topographie gauche : Interstitielle Isthmique

Ampullaire Ovarienne Infundibulaire :

3-Abdominale :

4- GEU associée à une GIU :

Nature des lésions

1- Rupture fissuration paroi tubaire :

2- Avortement tubo-abdominale complet en cours :

3- Hématocèle rétro utérine :

4- Hemosalpinx :

Etat du pelvis et de la trompe controlatérale à la laparotomie

1- Trompes controlatérale saine :

2- Etat ovaire : Bon

Mauvais

3- Adhérence :

4- ATCD salpingectomie :

Motif : GEU

Pyovaire

5- Hydrosalpinx :

6- Endométriose :

7- Pyosalpinx :

VI. Anatomicopathologie : Microscopie :

Résultat: _____/

VII. Transfusion

-groupage rhésus

-le taux d'hémoglobine

-nombres de poches

VII.Coelochirurgie :

IX. EVOLUTION ET SUITES

1. Durée d'hospitalisation: / _____ /

2-Etat a la sortie: / _____ /

3. Décédés: / _____ /

4. Circonstance: / _____ /

5-Autres: / _____ /

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 race, de parti ou de classe viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque.

Je Le Jure !