

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la recherche scientifique      République du Mali  
Un peuple - Un But - Une Foi



# UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto - Stomatologie

Année Universitaire 2009-2010

Thèse N° / \_\_/



## TITRE :

**ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES ET  
THERAPEUTIQUES DES GROSSESSES  
EXTRA-UTERINES A L'HOPITAL**

## THESE :

Présentée et soutenue publiquement le \_\_\_\_\_ 2010  
Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto -Stomatologie  
De l'Université de Bamako  
Par M. Kassoum TOGOLA

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

## JURY:

Président :	Professeur	DIAKITE	Salif
Membre :	Docteur	THERA	Augustin Tiounkani
Co-directeur :	Docteur	KOKAÏNA	Chaka
Directrice :	Professeur	SY Aïssata	SOW

## DEDICACES :

### **BISMILAH, RAHMANI, RAHIM**

Au nom d'Allah le très miséricordieux, le tout puissant.

<< Gloire à DIEU. Nous n'avons de savoir que ce que tu nous as appris. Certes c'est toi l'omniscient, le sage >>.

Louange et gloire à Allah le tout puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et voir ce jour que j'attendais tant.

Après avoir rendu grâce à DIEU, je dédie ce travail à :

A mon père feu **Ichiaka Togola** : J'aurai voulu que vous soyez parmi nous en ce jour solennel mais hélas le destin en a jugé autrement. Dors en paix !. Que le messager d'Allah vous apporte la bonne nouvelle.

A ma mère **Aïssata Koïta**, femme de religion, tu es d'une qualité exceptionnelle. Tu as su garder l'entente et la cohésion familiale.

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

Ton soutien moral, affectif et matériel ne m'a jamais fait défaut. C'est le lieu de te manifester toute ma sympathie et ma profonde gratitude.

Mère, je suis fier d'être ton fils et nous t'aimons tous. Nous nous souviendrons toujours de tes sages conseils et tu pourras toujours compter sur nous.

Puisse Allah le Tout puissant te garder encore longtemps près de nous et nous montrer le jour de ton pèlerinage à la Mecque. Merci et merci mère.

A mes frères : **Issa Togola ; Yaya Togola ; Sidiki Togola et Mamadou Togola.**

Ce travail est le vôtre. Vous avez été d'une qualité inestimable. Votre tendresse et vos sages conseils m'ont permis de garder l'équilibre dans les moments difficiles.

A mes sœurs **Mme Traoré Fatoumata Togola et Mme Koné Azaratou Togola** : Femmes tendres, ce travail est le fruit de votre courage et persévérance. Vous avez su me soutenir dans les moments difficiles. Trouvez ici l'expression de mon attachement et de mon amour profond.

Trouvez en ce travail l'expression de ma profonde gratitude.

A mon cousin **Boureïma Traoré**: Vous avez été si proche de moi comme un grand frère, un conseiller. Vous avez partagé sans nul doute mes temps de chagrins et mes angoisses. Vous avez initié mes pas contre l'agression externe. J'ai appris avec vous le goût de la vie en groupe. Vous avez forgé en moi la patience et l'endurance. Prenez ce travail comme le vôtre.

A mon intime ami **Kanda Keïta**: Vous avez été si proche de moi comme un grand père, un conseiller. Vous avez partagé sans nul doute mes temps de chagrins et mes angoisses. Vous avez initié mes pas contre l'agression externe. J'ai appris avec vous le goût de la vie en groupe. Vous avez forgé en moi la patience et l'endurance. Prenez ce travail comme le vôtre.

Que Dieu vous garde encore le plus longtemps possible à nos coté.

A mes belles sœurs chéries :

Je citerai là : **Djénèba. D ; Aminata. K ; Aïssata. C ; Nèné. D ;**

Mes chères femmes dynamiques, joviales, généreuses, loyales, sociables, attentionnées, croyantes et naturelles. Vos conseils, vos encouragements, vos câlins ne m'ont jamais fait défaut. Vous avez toujours su donner vos seins à vos enfants et aux enfants d'autrui sans aucune distinction. Vous avez été pour beaucoup dans la réalisation de ce travail. Merci encore une fois pour vos très longues prières nocturnes. Que le bon Dieu vous donne encore longue vie.

A mes neveux et nièces de la famille Togola ; Touré ; Traoré à Ségou et à Bamako.

A tous ceux qui de loin ou de près m'ont aidé pour la réussite de ce travail.

## **REMERCIEMENTS :**

C'est le moment de remercier :

**Dr Théra. A.T; Dr Kokaina. C ; Dr Traoré. B.A; Dr Darssi ;  
Dr Koné. S.I; Dr Donigolo.I; Dr Mounkoro. M.**

Vos qualités humaines font que vous resterez toujours des hommes exemplaires. Tout en vous souhaitant une très bonne carrière académique, trouvez ici l'expression de mes sentiments distingués.

**Tous les aînés et médecin** du service de gynécologie obstétrique : Mes félicitations pour l'ambiance cordiale et la qualité de la formation reçue.

**Toutes les sages-femmes et Infirmières** : Femme de religion, tu es d'une qualité exceptionnelle. Grâce à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, le respect de soi et des autres, la rigueur et la loyauté. Ton soutien moral, affectif et matériel ne m'a jamais fait défaut. C'est le lieu de te manifester toute ma sympathie et ma profonde gratitude.

Tout le personnel du bloc opératoire de l'H.N.F.S.

Mes collègues du service : **Kanda Kéita ; Boubacar Djan Diallo ;  
Moussa Coulibaly ; Ladj Bouna Samassa ; Mama Tangara ;  
Karim Semé ; Sylvain Guindo.** Ce travail est le fruit de l'entente qui a régné entre nous au sein du service. Soyez en félicités.

Aux membres de la grande Famille "**DUBA**" du Point G

Toujours plus haut-Toujours plus fort-Toujours plus loin-Vive la résistance.

Ce travail est tout à fait à votre honneur.

A ma chère **Mariam Keïta** :

C'est l'occasion pour moi de t'exprimer ma profonde gratitude pour ton soutien inestimable. Qu'ALLAH te récompense.

A **M<sup>lle</sup> Rakiatou Tandina** ;

Les mots ne suffiront jamais pour exprimer ce que tu représentes et continues de représenter pour moi. Puisse Allah par sa puissance renforcer notre relation Amen !!

Mention spéciale à mes camarades membres de **l'ADS** (Association pour le Développement Socio-Sanitaire de Ségou) ;

**l'ASP CIV** (Association Santé Plus commune IV) ; **ASFODEVH** (Association pour la Formation et le Développement Humain) et **MEDILOR** (Médecins d'Intervention de Lorraine). Je n'ai pas de qualificatif pour exprimer à suffisance votre apport pour la réussite de ce travail.

Merci pour votre soutien constant.

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre maître et président du jury**

**Professeur Salif DIAKITE**

- ✓ **Professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique à la faculté de Médecine de pharmacie et d'odontostomatologie,**
- ✓ **Gynécologue obstétricien au CHU Gabriel Touré.**

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, votre compétence, et la qualité de votre enseignement, font de vous un maître de référence.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, du travail bien fait et le respect de la vie humaine.

Merci cher maître pour vos précieux conseils qui ne cessent de nous guider.

Que le tout puissant vous accorde, la santé et longévité afin que nous continuions à profiter de vos sages conseils.

**A notre maître et membre du jury**

**Docteur AUGUSTIN TIOUNKANI THERA**

- ✓ **Gynécologue obstétricien au CHU du Point G**
- ✓ **Maître assistant en gynécologie obstétrique**
- ✓ **Ancien Chef du service de gynécologie d'obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.**

Cher maître en acceptant de nous compter parmi vos élèves vous nous faites un grand honneur.

Auprès de vous nous avons appris la loyauté, le travail bien fait, l'amour du prochain, le sens de la responsabilité et surtout la modestie.

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

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

Que Dieu réalise vos vœux !

**A notre maître et Co-Directeur de thèse**

**Docteur Chaka KOKAÏNA**

- ✓ **Spécialiste en Gynéco-Obstétrique**
- ✓ **Chef de service de Gynéco-Obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.**

Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service.

Les mots nous manquent pour exprimer le sentiment qui nous anime après ces moments passés auprès de vous.

Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous un modèle de simplicité.

Veillez recevoir ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre sincère reconnaissance.

**A notre Maître et Directrice de thèse**  
**Professeur SY Aïssata SOW**

- ✓ **Gynécologue obstétricienne au centre de santé de référence de la commune II.**
- ✓ **Chef d'unité de gynécologie du centre de santé de référence de la commune II.**
- ✓ **Professeur titulaire de gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.**
- ✓ **Chevalier de l'ordre de mérite de la santé**
- ✓ **Présidente de la SOMAGO**

Cher maître, vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de diriger cette thèse.

Votre travail tant dans l'enseignement que dans la pratique hospitalière a contribué à la promotion de la gynéco-obstétrique au Mali.

Convaincu que vous êtes un modèle d'intellectuel et de cadre pour notre pays.

Veillez trouver ici cher maître, l'expression de notre profond respect et de notre profonde reconnaissance.

## **SOMMAIRE**

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>OBJECTIFS .....</b>	<b>3</b>
<b>I-GENERALITES.....</b>	<b>4</b>
<b>II-METHODOLOGIE.....</b>	<b>25</b>
<b>III-RESULTATS.....</b>	<b>35</b>
<b>IV-COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....</b>	<b>53</b>
<b>V-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>60</b>
<b>VI-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>64</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>70</b>

## ABREVIATION

**ATCD** : Antécédent

**CFIS** : Centre de formation des infirmiers de Ségou

**CFTSS** : Centre de formation des techniciens socio- sanitaires

**CHU** : Centre hospitalier universitaire

**COLL** : collaborateur

**COMATEX** : Compagnie Malienne de textile

**CSRéf CIV** : Centre de santé de référence de la commune IV

**CSRéf CV** : Centre de santé de référence de la commune V

**DIU** : Dispositif intra utérin

**EFTSS** : Ecole de formation des techniciens socio-sanitaires

**FFI** : Faisant Fonction Interne

**GEU** : Grossesse extra-utérine

**GIU** : grossesse intra-utérin

**HCG** : Hormone chorio-gonadotrophine

**IST** : Infections sexuellement transmissible

**IVG** : Interruption volontaire de la grossesse

**SAGO** : Société africaine de gynécologie obstétrique

**SIDA** : Syndrome immuno déficience acquise

**SOMAGO** : Société Malienne de Gynécologie Obstétrique

**SONU** : Soins Obstétricaux Néonataux d'Urgence

**TR** : Toucher rectal

**TV** : Toucher vaginal

**VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine



## **INTRODUCTION :**

Si les pays industrialisés, grâce aux nouvelles techniques de traitement de la GEU tels que : le traitement médical par le Methotrexate, la coeliochirurgie sont parvenus à réduire significativement la mortalité et la morbidité liées à cette pathologie, ceux du tiers monde en particulier d'Afrique au sud du Sahara continuent de payer un lourd tribut à cause de l'insuffisance des moyens diagnostiques et thérapeutiques.

En dépit de son polymorphisme clinique, tous les auteurs s'accordent que la GEU demeure une urgence gynéco-obstétricale majeure.

L'échographie couplée au dosage plasmatique de B HCG permet à coup sûr de faire le diagnostic précoce.

Au Mali, la GEU occupe le second rang du tableau des urgences gynéco-obstétricales après la césarienne.

La prévalence de la GEU est en nette croissance en rapport avec la multiplicité des facteurs de risque dont :

- La fréquence des salpingites aiguës due aux infections sexuellement transmissibles (IST), aux avortements spontanés et aux interruptions volontaires de la grossesse (IVG).
- Le recours de plus en plus fréquent à la contraception surtout la contraception d'urgence (pilule de lendemain).
- L'accroissement des traitements de stérilité (induction de l'ovulation, chirurgie tubaire, fécondation in vitro).
- Les malformations tubaires (diverticules).
- Les infestations parasitaires (*Schistosoma haematobium*).
- Le tabagisme au moment de la conception.

Cette affection de part :

- sa fréquence élevée au Burkina Faso (1,6%) [3], en Guinée Conakry (2,38%) [7], au Bénin (4,5%)[23].
- sa gravité : urgence gynéco-obstétricale majeure mettant en jeu le pronostic maternel et fœtal.
- le coût élevé de sa prise en charge incluant obstétricien, anesthésiste-réanimateur et biologiste constitue un véritable problème de santé publique.

La difficulté du diagnostic réside essentiellement dans la multiplicité et complexité de ses formes cliniques, malgré les avancées des nouvelles technologies de biologie et l'échographie.

Cette pathologie a enfin la particularité de faire appel à un arsenal thérapeutique de plus en plus large allant de l'abstention au traitement chirurgical radical en passant par le traitement médical.

Peu de travaux ont été menés au Mali et plus précisément à l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou, justifiant la présente étude.

## **OBJECTIFS :**

### **1- Objectif général :**

-Etudier les aspects épidémiocliniques et thérapeutiques des GEU à Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.

### **2- Objectifs spécifiques :**

- Evaluer la fréquence de la GEU dans le service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou.
- Etudier les caractéristiques sociodémographiques des patientes.
- Rechercher les facteurs de risque connus des GEU.
- Décrire les caractéristiques cliniques et para cliniques.
- Décrire les schémas thérapeutiques instaurés.
- Proposer quelques recommandations.

## 1-Définition :

Toute grossesse dans la quelle le produit de conception s'implante et se développe en dehors de la cavité utérine est dite ectopique ou extra-utérine [6].

## 2- Historique :

La grossesse extra-utérine, il y a un siècle, était considérée comme une fatalité. C'est **LAWSON TAIT** [14] 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 GEU a évolué à travers le temps.

En 1953, **STROMME** [29] 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** [19] et 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 **TANAKAN** [30] au Japon avec le Methotrexate depuis d'autres substances sont utilisées notamment la RU486 et les prostaglandines dont les premiers essais ont été réalisés en coelioscopie par injection intra tubaire de prostaglandine. En France **FERNANDEZ** [11] le pratique sous échographie.

L'abstinence thérapeutique est évoquée par certains auteurs:  
**DARGENT** [5]

### **3 - Fréquence :**

La fréquence de la GEU varie entre 1 pour 100 à 1 pour 300 naissances.

### **4 -Rappels anatomiques et physiologiques:**

#### **4-1- physiologie de la fécondation et de la nidation :**

Dans les conditions physiologiques, l'ovule expulsé dans la cavité pelvienne après rupture du follicule de DE GRAAF 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 tiers externe de la trompe : lieu de la **fécondation**.

Au même moment les spermatozoïdes déposés dans le vagin pendant le coït remontent les voies génitales maternelles à travers l'orifice cervical 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 entre un spermatozoïde et un ovule.

L'œuf, fruit de cette fusion doit descendre dans la cavité utérine en 6 jours, là il se fixe sur une muqueuse préparée à cet effet : c'est la **nidation**. Au cours de la migration, l'œuf poursuit sa segmentation et s'implante au stade de blastocyste dans la cavité utérine entouré de cellules crampons ou trophoblaste qui

s'enfoncent dans la muqueuse ou caduque assurant la fixation de l'œuf.

#### **4-2-Mécanisme de la GEU:**

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

- ° Une anomalie de l'œuf ;
- ° Un retard de la captation ovulaire ;
- ° Des troubles de la migration ;
- ° Et des facteurs hormonaux.

##### **4-2-1 -L'anomalie de l'œuf :**

Elle est rare et mal connue.

Il est admis qu'un volume excessif de l'œuf au départ gêne la migration à travers la lumière étroite des trompes.

##### **4-2-2 -Le retard de la captation ovulaire:**

Il serait responsable d'environ 10% des cas, surtout lorsque la ponte ovulaire surviendrait sur l'ovaire controlatéral avec fécondation s'effectuant dans la cavité abdominale. Ainsi, la nidation du blastocyste se fait avant l'arrivée dans la cavité utérine.

##### **4-2-3 -Les troubles de la migration:**

Ils sont responsables d'environ 80% des cas et peuvent être dû à différentes causes, qu'il faut essayer de retrouver car elles conditionnent le pronostic ultérieur :

° **Le remaniement tubaire inflammatoire :**

La salpingite a comme conséquence une destruction des cils vibratiles de l'épithélium tubaire.

° **L'endométriase :**

Sa localisation typique est la partie interstitielle de la trompe.

° **Le statut postopératoire:**

Le traumatisme opératoire vient s'ajouter aux lésions préexistantes.

° **La tuberculose génitale:**

Il s'agit d'une affection tubaire de plus en plus rare, mais qui aboutit dans la majorité des cas à la stérilité.

° **Les malformations tubaires:**

Diverticules et hypoplasie, ainsi qu'une longueur exagérée de la trompe.

° **La contraception :**

Le rôle de contraception d'urgence (pilule de lendemain) dans la survenue de la GEU est peu vraisemblable. Il faut cependant y penser systématiquement lors de tout retard de règles chez une femme en âge de procréer.

**4- 3- Les formes anatomiques de la GEU:**

**4- 3 - 1- L'implantation tubaire :**

La localisation tubaire est de loin la plus fréquente (95%). Cette implantation peut se faire sur n'importe quel segment de la trompe : ampullaire (75%), isthmique, interstitielle, infundibulaire, ou fimbriale.

#### **4-3-2- La localisation ovarienne :**

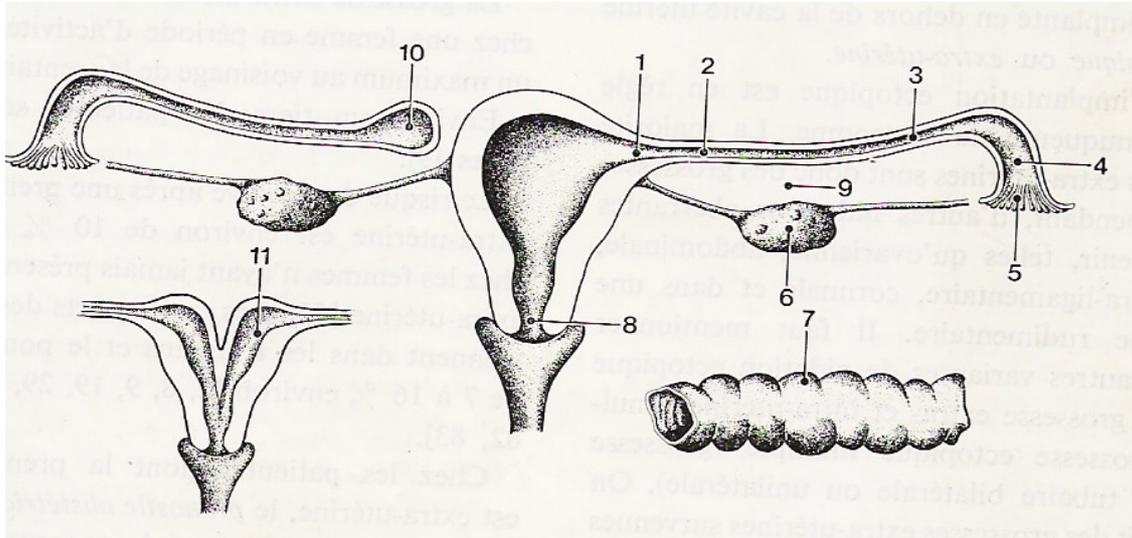
Elle représente 0,7 à 1,7 % des GEU. Cette localisation se caractérise par l'intégrité tubaire homo et controlatéral avec présence d'un sac ovulaire relié à l'utérus par le ligament utéro-ovarien, ainsi que par la présence de tissu ovarien en contact direct avec le sac ovulaire.

#### **4-3-3- Grossesse abdominale:**

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 grossesse abdominale primitive est exceptionnelle.

#### 4-3-4- Autres localisations:

- Cervicale ;
- Intra-ligamentaire ;
- Cornuale ;



**FIGURE 1 : Localisation des grossesses ectopiques**

**Selon P.JANECEK ET COLL [25]**

- |  |                  |
|--|------------------|
| 1-Grossesse interstitielle             | 2-Isthmique      |
| 3-Ampullaire                           | 4-Infundibulaire |
| 5-Fimbricale                           | 6-Ovarienne      |
| 7-Abdominale                           | 8-Cervicale      |
| 9- Intra ligamentaire                  |                  |
| 10- Dans la corne utérine rudimentaire |                  |
| 11- Cornuale                           |                  |

## **5- Signes :**

### **5-1-Type de description : grossesse extra-utérine au stade d'hématosalpinx :**

#### **5-1-1-signes fonctionnels :**

\* **Douleur :** elle est presque toujours présente, et c'est elle qui amène le plus souvent la patiente en consultation. Il s'agit surtout de douleur abdomino-pelvienne unilatérale, souvent banale, intermittente. Dans certains cas elle est sourde ne cédant ni au repos ni aux antalgiques banaux.

\* **Aménorrhée :** La patiente consulte pour un retard de règle, parfois net, parfois de quelques jours seulement et peu évidents, surtout dans les cas d'irrégularité cyclique.

\* **Métrorragies:** Elles sont peu abondantes, intermittentes, noirâtres (pertes sépia), suintantes et spontanées.

#### **5-1-2-Signes physiques:**

##### **\* L'inspection :**

L'examen général peut révéler une certaine pâleur avec des conjonctives décolorées. Cet examen peut-être normal, ce qui n'exclut pas le diagnostic de GEU.

##### **\* La palpation:**

L'abdomen est souple et indolore, souvent on note une douleur localisée au niveau d'une fosse iliaque avec défense.

Cet examen doit être doux et précis.

\* **La percussion** : A ce stade il a peu d'intérêt

\* **L'examen au speculum:**

Met en évidence le plus souvent un col violacé comme celui d'une femme enceinte et précise l'origine endo-utérine de l'hémorragie.

\* **Le TV combiné au palper abdominal :**

Renseigne sur :

-l'utérus qui est ramolli, plus petit que ne le voudrait l'âge de la grossesse.

-Dans un cul de sac, on trouve une masse unilatérale indépendante de l'utérus, mobile, mais fait essentiel, douloureuse : c'est la « petite chose » latero-utérine de MONDOR.

\* **Le TR** : Il confirme l'existence d'une masse latero-utérine.

## **5-2-Formes cliniques:**

### **5-2-1-GEU rompue:( inondation péritonéale)**

#### **a-Signes fonctionnels:**

C'est des signes de choc: pâleur, baisse de la pression artérielle, soif intense, sueur, respiration ample et superficielle

#### **b -Signes physiques:**

\***La douleur** : on retrouve 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.

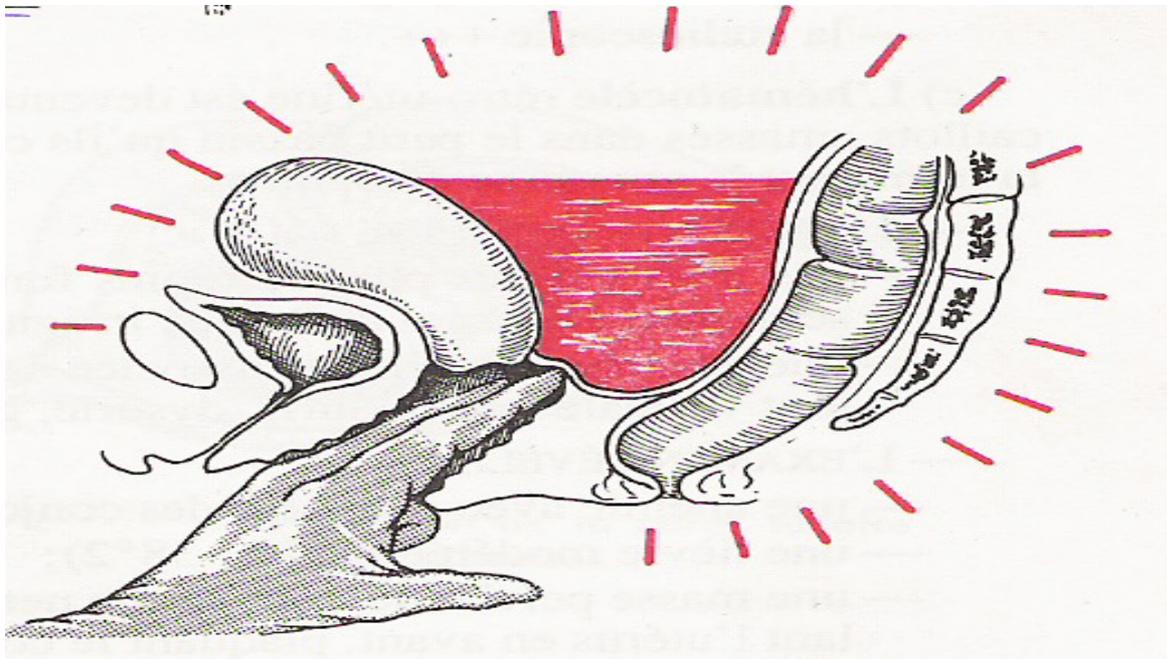
**\*L'examen physique:**

- **L'inspection** : on note une distension abdominale

-**La palpation** : L'abdomen est ballonné sensible avec un cri de l'ombilic mais pas de contractures.

-**La percussion** : on note une matité déclive des flancs traduisant un hémopéritoine.

- **Le TV** : retrouve un cri du Douglas et un bombement du cul de sac de Douglas.



**FIGURE 2 : GEU rompue avec épanchement de sang dans le Douglas**  
(Cri du Douglas au toucher vaginal)  
**Selon P.JANECEK ET COLL [25]**

### **5-2-2-L'hématocèle:**

#### **a- Signes fonctionnels:**

On retrouve :

- retard menstruel 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 ;
- une gêne vésico-rectale ;
- un état subfébrile.

#### **b- Les signes physiques :**

\* **Le TV** : retrouve une masse se mouvant au pourtour postérieur et latéral de l'utérus.

Il peut suppurer donc il ne faut pas compter sur sa résolution spontanée.

Il y a 2 formes anatomiques principales d'hématocèle :

- ° Hématocèle ante-utérine
- ° Hématocèle rétro-utérine

### **5-2-3- La grossesse abdominale:**

Dans certains cas les manifestations passent inaperçues.

Quand la grossesse avance en âge ;

- La douleur devient paroxystique et s'accompagne très souvent de vomissements répétés.

-On note également une alternance de diarrhée et de constipation.

- Des métrorragies irrégulières.

A l'examen physique on constate :

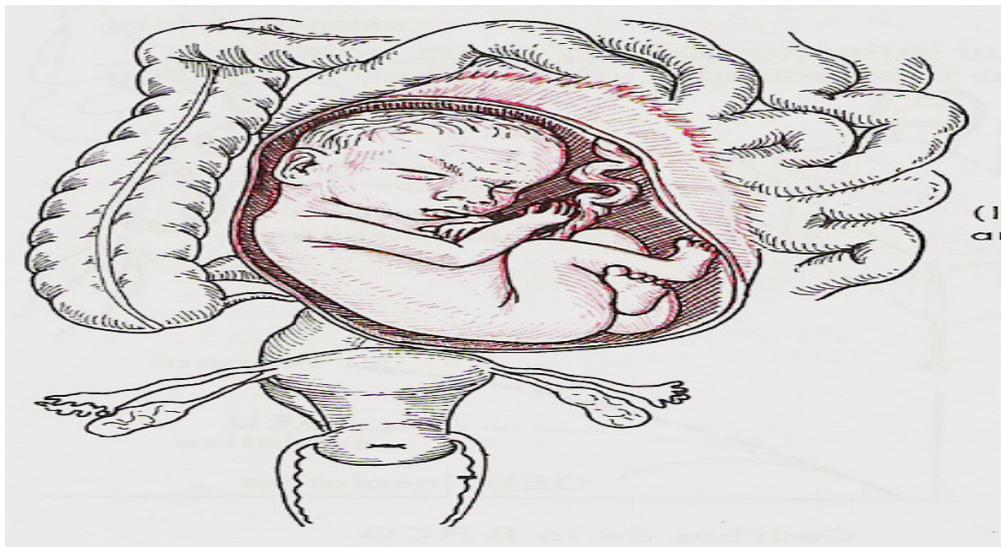
- ° Une distension abdominale,
- ° La HU est anormale par rapport à l'âge de la grossesse,
- ° Les bruits du cœur fœtal sont frappés.
- ° La masse fœtale est mal limitée avec un fœtus tantôt sous la peau, tantôt disparaissant sous les anses intestinales et l'épiploon.

Au TV, le col est long, fermé et ou un peu ramolli.

### **EVOLUTION :**

Dans la plupart 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 aussi le diagnostic.



**FIGURE 3 : Grossesse abdominale après le 5<sup>ème</sup> mois.**

**Selon P.JANECEK ET COLL [25]**

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

### **5-3- Formes topographiques :**

#### **5-3-1- GEU tubaires :**

- . Ampullaire ;
- . Interstitielle ;
- . Infundibulaire ;
- . Isthmique.

#### **5-3-2- 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.

#### **EVOLUTION :**

Elle se fait le plus souvent vers la rupture, mais quelques rares cas de grossesse ovarienne arrivée à terme ont été publiés dans la littérature.

#### **5-3-3- GEU cervicale :**

#### **5-3-4- GEU cornuale :**

### **5-4- Formes associées :**

- . GEU + GIU ;
- . GEU + Maladie trophoblastique gestationnelle ;
- . GEU sur le moignon de trompe après Salpingectomie incomplète (syndrome de Patel).

### **5-5- Formes symptomatiques :**

. Forme mono symptomatique : caractériser par une douleur isolée.

. Forme pluri symptomatique : caractériser par une douleur associée à la métrorragie.

### **5-6- Diagnostic :**

#### **5-6-1- Diagnostic positif : GEU au stade d'hématosalpinx :**

#### **5-6-2- Diagnostic différentiel :**

Elle pose un problème de diagnostic différentiel avec toutes les causes d'hémorragies du premier trimestre de grossesse :

- .Avortement molaire ;
- .Menace d'avortement ;
- .Avortement incomplet.

#### **5-6-3- Diagnostic étiologique :**

Il s'agit essentiellement des facteurs favorisants.

### **6- Examens complémentaires :**

#### **6-1- Les tests immunologiques de grossesse :**

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).

- Le dosage de l'HCG :

Il est surtout quantitatif et concerne la fraction bêta HCG. Car on sait que l'hormone gonadotrophine (HCG) est sécrétée spécifiquement par le trophoblaste.

Il est spécifique et très sensible. La limite de détection est de 5mUI/ml, donc un dosage inférieur à ce chiffre permet d'exclure le diagnostic de grossesse. L'HCG est retrouvé dans le sang maternel dès le 10<sup>e</sup> jour post ovulatoire.

Son taux dans les grossesses normalement évolutives double tous les 2 jours au cours des deux(2) 1<sup>ers</sup> mois de la grossesse.

En conclusion, seul un taux négatif permet d'exclure à priori le diagnostic de GEU.

## **6-2- L'échographie :**

Elle est aujourd'hui l'examen le plus couramment utilisé pour diagnostiquer une GEU.

Il existe deux(2) voies : la voie sus pubienne et la voie endovaginale.

Les résultats échographiques se résument en 3 types principaux de signes :

### **- Les signes utérins:**

Dans la GEU l'utérus ne contient pas de sac ovulaire et les parois (antérieur et postérieur) sont accolées (vacuité utérine et ligne cavitaire visible).

### **-Les signes latero-utérins:**

° On voit un sac gestationnel latero-utérin, rarement avec un embryon visible. Le diagnostic est alors certain.

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

### **- Les signes péritonéaux:**

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

### **6-3-Ponction du DOUGLAS (ou Culdocentèse) :**

Occupe actuellement le second rang après l'échographie dans le diagnostic de la GEU. Elle mérite d'être pratiquée dans certaines conditions (asepsie et éclairage suffisant). Elle n'a de valeur que si elle est positive.

### **6-4-La ponction transpariétale (ou transabdominale):**

C'est un excellent examen en cas de GEU fissurée car positive même pour un épanchement de 30 à 50<sup>cc</sup>.

### **6-5- La coelioscopie:**

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

C'est un examen qui permet de faire le diagnostic et le traitement de la GEU.

### **6-6- Numération formule sanguine :**

Elle 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.

## **7- TRAITEMENT :**

Le traitement est avant tout chirurgical.

Il peut être médical dans des circonstances bien précises évoquées plus loin.

### **7-1-But :**

Le but est d'interrompre la GEU avant toute complication.

### **7-2-Méthodes :**

#### **7-2-1-Méthodes chirurgicales :**

Différentes méthodes ont été proposées, elles sont soit radicales ou conservatrices.

##### **➤ Coeliochirurgie :**

##### **-Chirurgie tubaire radicale:**

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

##### **7-1-2-Chirurgie tubaire conservatrice:**

Elle est plus séduisante mais de réalisation difficile. Elle n'est pratiquée qu'en dehors des complications.

### **\* Techniques**

-Expression de l'œuf par le pavillon ou avortement tubo-abdominale :

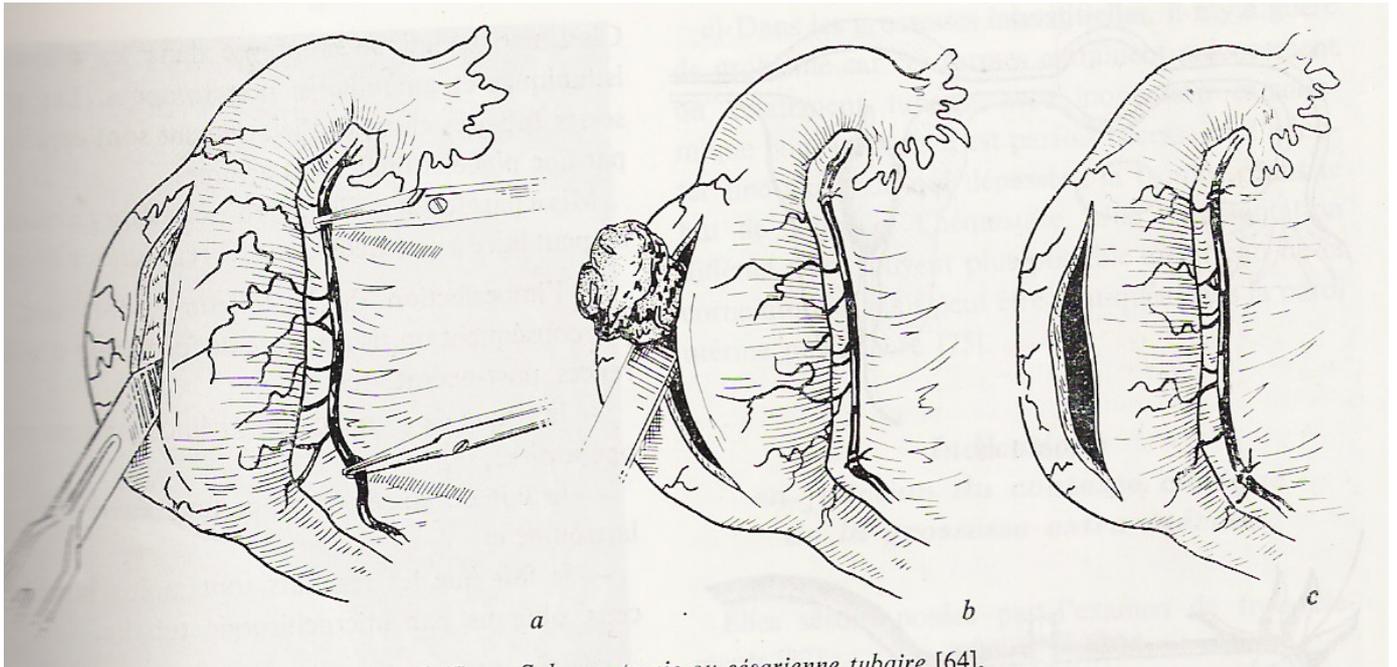
Cette technique ne semble s'imposer que lorsque l'avortement tubo-abdominal est sur le point être réalisé .Sans incision, par une pression tubaire extrêmement soignée et douce, elle consiste à provoquer l'expulsion de l'œuf par le pavillon.

- Salpingotomie ou césarienne tubaire:

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

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

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



**Figure 4 : Salpingotomie ou césarienne tubaire.**

**Selon P.JANECEK ET COLL [25]**

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 sans suture de l'incision tubaire.

#### **-L'aspiration du produit de conception.**

La coeliochirurgie constitue le traitement habituel dans 95% des GEU dans les pays développés.

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 conception et sans suture de la séreuse. L'hémostase se fait 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.

➤ **La laparotomie :**

-les deux techniques (Salpingotomie ou Salpingectomie) sont alors possibles.

- l'Annexectomie :

Traitement radical qui enlève l'annexe (trompe, GEU, l'ovaire).

Il peut s'agir d'une incision médiane sous ombilicale ou d'une incision transversale de type Pfannenstiel.

-La grossesse abdominale:

Le traitement de la grossesse abdominale est toujours une intervention délicate d'une part à cause du risque d'hémorragie pré, per et postopératoire et d'autre part à cause de multiples adhérences contractées avec les organes abdomino-pelviens.

La date de l'intervention est variable suivant que l'enfant est vivant ou non.

-La grossesse ovarienne :

Le traitement doit être conservateur, c'est à dire faire une ovariectomie partielle pour pouvoir ménager l'équilibre hormonal de la femme.

Mais en cas de grossesse ovarienne avancée, faire une ovariectomie totale.

### **7-2-2-Méthodes médicales**

Il est local ou général

**-Voie générale :**

Proposée pour la première fois par TANAKAN [29] au JAPON en 1982. Son principe est basé sur l'injection intramusculaire d'antimitotique (Méthotrexate) à la dose de 20 à

40mg x 2 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.

**-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 [11] (en France).

**7-2-3-Abstention thérapeutique :**

Elle est possible si,

- le taux d'HCG < 1000mUI /ml ;
- femme coopérante et accepte une surveillance.

**7-2-4 -Traitement postopératoire:**

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

**8-Indications :**

➤ **Laparotomie :**

Elle est indiquée dans les urgences extrêmes, comme la rupture cataclysmique avec hémopéritoine massif et/ou choc hémorragique, et les contres indications à la coeliochirurgie et au traitement médical.

➤ **Médical**

Les indications du traitement médical sont :

-Un terme précoce (inférieur à 7SA), taille du sac inférieur à 1 cm, un hématosalpinx (1-3 cm) et une quantité d'hémopéritoine inférieur à 100 cm<sup>3</sup>, l'absence d'embryon avec une activité cardiaque dans le sac gestationnel ectopique et un taux de B HCG plasmatiques inférieurs à 5000 UI/l.

➤ **Coeliochirurgie**

Les indications du traitement coelioscopique concernent tout les cas en dehors de ceux évoqués ci-dessus.

**9- Pronostic :**

**9-1-Maternel:**

La grossesse extra-utérine représente encore une cause fréquente de mort maternelle.

D'après **POULY** [24], la chirurgie conservatrice est préférable malgré la possibilité de récurrence.

**9-2- Foetal:**

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

## **1. Cadre d'étude :**

Ce travail s'est déroulé dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

### **1.1 . Présentation géographique de la région de Ségou :**

**1.2 .** La Région de Ségou, quatrième Région administrative du Mali, est située au centre du Mali entre 13ème et 16ème de l'altitude Nord et entre le 4ème et 7ème de longitude Ouest.

La Région de Ségou couvre une superficie de 64. 821 km<sup>2</sup> soit 4% de la superficie du Mali. Elle est répartie entre 7 cercles (Ségou, Baraouli, Bla, Macina, Niono, San et Tominian) et décentralisée en 118 communes dont 3 urbaines et 115 rurales.

Elle est limitée au Nord par la République de Mauritanie, à l'Est les Régions de Tombouctou et de Mopti, au Sud-est par la République du Burkina Faso, la Région de Sikasso au sud et par la Région de Koulikoro à l'ouest.

Deux zones climatiques distinctes caractérisent la région.

-Une zone Sahélienne au Nord où la pluviométrie atteint 250-600mm/an avec une steppe épineuse.

-Une zone soudano Sahélienne au sud où la pluviométrie atteint 600-800mm/an avec une steppe arbustive composée de karité, Balanzan, baobab.

La Région de Ségou a un relief bien accidenté avec plateau et plaines alternés : les plaines de l'office du Niger sont caractéristiques de la Région et s'étendent sur plusieurs milliers d'hectares, les plaines de l'Opération riz, les plaines aménagées de San. Elle est traversée par le fleuve Niger avec un de ses

principaux affluents: le Bani. Le barrage de Markala régularise le cours du Fleuve Niger et irrigue les terres de l'Office du Niger. Elle est pauvre en faune à cause de la sécheresse et les braconniers, mais très riche dans le domaine de l'élevage : les bovins, les caprins et les ovins.

- L'économie de la Région de Ségou est basée principalement sur l'agriculture qui occupe 80% des activités de la population. La production agricole est basée sur la production du riz de l'Office du Niger (ON), le riz de l'Office Riz (OR), il faut ajouter à cela d'autres céréales (mil, sorgho, maïs, haricot) et la compagnie malienne de développement de textile (CMDT) qui s'occupe du coton.

C'est une zone d'élevage par excellence (ovin, bovin, caprin) D'autres activités économiques comme la pêche, le commerce, l'artisanat sont aussi pratiqués.

- L'industrie y est peu développée. Le pouvoir d'achat de la population est en général très peu élevé.

Quelques grandes unités industrielles comme la COMATEX-SA, les usines de décortication du riz, les complexes sucriers de Dougabougou et de Siribala, les ateliers centraux de Markala contribuent fortement à l'essor économique de la Région.

La Région de Ségou, en 2005 comptait 2.009.482 habitants soit 30 habitants/km<sup>2</sup> avec 994.208 hommes et 1.008.263 femmes, cette population est à majorité jeunes (48% ont moins de 15 ans) et rurale.

La population active représente 58% de la population générale et elle est concentrée dans les cercles, traversés par le fleuve Niger et les canaux irrigués par celui-ci.

La Région de Ségou trouve son fondement historique dans le royaume bambara de Ségou créée par Mamary dit Biton Coulibaly au 16<sup>ème</sup> siècle.

Après la mort de Biton, le pouvoir passa entre les mains des Diarra dont le plus connu fut Dah Monzon Diarra, communément appelée <<Dah>>. La ville de Ségou portait en un moment donné son nom "Dakagoun" ou la terre de Dah. La rentrée de El hadji Oumar Tall à Ségou en 1861 mit fin au règne des bambaras et instaura l'Islam. Amadou Sékou le fils de El hadji Oumar, fut intronisé Roi.

La Pénétration coloniale française dirigée par Archinard mit fin au règne des TALL en 1893. Ainsi depuis cette date Ségou devient le chef lieu des cercles de l'administration coloniale et capitale de la Région de Ségou en 1961.

La Région de Ségou fut modifiée par la loi No77/44/CMLN du 12 juillet 1977 et remodifiée par la loi No99-035 du 10 août 1999 pour devenir une collectivité décentralisée.

Les traditions font référence aux ethnies et se manifestent lors des cérémonies rituelles (Mariage, Baptêmes, Circoncision, Décès) et lors des grandes rencontres, les langues parlées sont propres aux ethnies (Bambara, Bozo, Somono, Minianka, Sarakolé, Peulh et Bobo), mais le bambara est la langue couramment utilisée dans les échanges et le commerce dans la Région.

Les religions pratiquées sont : l'Islam, le Christianisme, et l'animisme.

La ville de Ségou est communément appelée la cité des Balanzan à cause de l'abondance de Balanzan sur le territoire de Ségou autrefois. Avec une population de 106.336 habitants, la commune urbaine de Ségou compte 18 quartiers.

Le village de Pélangana contiguë à la ville de Ségou a une population de 15. 534 habitants.

La commune de Ségou dispose de 11 formations sanitaires ;

2 formations sanitaires publiques :

- \* L'hôpital Nianankoro FOMBA ;

- \* Le centre de santé de référence Famory DOUMBIA ;

3 centres de santé communautaires : Dar-salam, Médine, Ségou coura.

1 formation sanitaire para publique : le centre médical inter entreprise de L'INPS.

1 formation sanitaire du service de santé des armées : l'infirmierie du camp militaire ;

2 formations sanitaires privées ;

- \* le cabinet médical Yida KOUYATE ;

- \* le cabinet médical MAHAWA ;

- \* le cabinet médical Berré Cissé ;

- \* la clinique d'accouchement Maya BOLLI

A celle-ci s'ajoute quatre (4) écoles de formation de techniciens de santé :

CFTSS, CFIS, EFTSS et Vicenta Maria.

## **1.2- Présentations de l'hôpital Nianankoro FOMBA :**

Situé au centre de la ville au bord de la route nationale No6 reliant Bamako aux Régions du Nord. Cet hôpital a une capacité d'accueil de **165 lits**.

### **1.2.1 Historique de l'Hôpital Nianankoro FOMBA :**

Les premiers bâtiments de l'hôpital de Ségou ont été achevés vers le début de la Deuxième Guerre Mondiale. Il comprenait un dispensaire et une maternité.

D'autres bâtiments furent ajoutés en 1946 et 1947 actuelles hospitalisations chirurgie hommes, chirurgie femmes. De 1950 à 1959 d'autres constructions furent réalisées dont:

- \* le bâtiment d'hospitalisation nommé «clinique»
- \* la radiographie.
- \* service d'ophtalmologie (Yeelen).

En 1962, l'établissement deviendra Hôpital secondaire ; en 1983 l'établissement fut baptisé Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou. Il sert de deuxième référence pour l'ensemble de la Région et de première référence pour les centres de santé de cercle de la commune de Ségou. Il comporte une cinquantaine de bâtiments repartis sur une superficie de 6 hectares, il est actuellement un établissement public hospitalier par la loi N°03-017 du 14 juillet 2003. Les structures de l'hôpital sont reparties en services :

- service Administratif (Direction),
- service de Médecine générale,
- service de Chirurgie générale,
- service de Traumatologie,
- service de Gynéco Obstétrique,

- service ORL,
- Cabinet Dentaire,
- service de Pédiatrie,
- service d'Ophtalmologie
- la Pharmacie,
- service de Radiologie,

-un laboratoire et un nouveau plateau technique construit en 2002 composé d'un service d'anesthésie réanimation, le bloc opératoire et un service de stérilisation.

L'hôpital a un effectif de **205 agents** dont :

- 1 Directeur général ;
- 1 Directeur général adjoint ;
- 1 Directeur administratif ;
- 2 Inspecteurs de finance ;
- 11 comptables ;
- 17 médecins généralistes ;
- 11 spécialistes dont quatre gynécologues obstétriciens ;
- 17 Assistants médicaux ;
- 15 Techniciens supérieurs ;
- 1 Biologiste ;
- 1 Technicien sanitaire ;
- 21 Techniciens B1 ;
- 4 techniciens de labo ;
- 8 sages femmes ;
- 8 Infirmières obstétriciennes ;
- 7 secrétaires ;
- 3 Electriciens ;
- 1 magasinier ;

- 6 chauffeurs ;
- 2 agents sociaux ;
- 28 techniciens de surface ;
- 10 Gardiens ;
- 24 aides-soignants.

## **2. Le Service de gynéco obstétrique :**

Gère toutes les pathologies gynécologiques et obstétricales de la ville de Ségou et de certains centres de santé de référence des cercles.

Actuellement le service fait partie du groupe « Pool mère enfant », constitué de service de gynéco-obstétrique et de la pédiatrie.

Le service comprend :

- ✓ quatre (4) Bureaux de consultation pour les médecins avec toilette ;
- ✓ un (1) Bureau pour la sage femme maîtresse avec toilette ;
- ✓ une (1) Salle d'accouchement avec 3 bouches d'oxygène et aspirateur, ventilée et climatisée ;
- ✓ une (1) Salle d'attente avec toilette, 3 bouches d'oxygène et aspirateur, ventilée et climatisée ;
- ✓ une (1) Salle d'urgence, 3 bouches d'oxygène et aspirateur, ventilée et climatisée ;
- ✓ une (1) Salle de garde avec toilette, ventilée, climatisée, réfrigérateur ;
- ✓ une (1) Salle de CPN ventilée et climatisée ;
- ✓ une (1) Salle de vaccination ventilée ;
- ✓ une (1) Salle de soins climatisée et ventilée ;
- ✓ un (1) Magasin ;

- ✓ une (1) Salle pour les techniciens de surface ;
- ✓ huit (8) Salles d'hospitalisation comprenant :
  - \* 5 Salles d'hospitalisation ayant 4 lit chacune et ventilée ;
  - \* 1 Salle d'hospitalisation ayant 1 lits et ventilée ;
  - \* 2 Salles VIP ayant 1 lits chacune, ventilée, climatisée avec un (1) téléviseur, réfrigérateur et douche interne.
- ✓ huit (8) Toilettes pour les patientes ;
- ✓ cinq (5) Toilettes pour le personnel ;

Le personnel est composé :

- \*Quatre (4) Spécialistes en gynécologie obstétrique dont un Cubain ;
- \*deux (2) Médecins généralistes payés sur fond spécial;
- \*huit (8) Sages femmes ;
- \*sept (7) Infirmières obstétriciennes ;
- \*trois (3) Techniciens de surface.

C'est un lieu de stage qui reçoit les FFI, les étudiants en cours de formation et des techniciens en santé.

Les consultations externes se font du lundi au vendredi par les médecins avec le concours des FFI. Les mardis et mercredis sont les jours d'intervention. Les visites des malades hospitalisés se font également tous les jours à partir de 9heures après le staff du service qui se tient chaque jour à partir de 8heures.

La garde est assurée par un médecin spécialiste, un médecin généraliste, sage femme, infirmière obstétricienne complétés par les stagiaires en formation (un FFI, étudiant) et un personnel d'appui (un manoeuvre). Le service reçoit les patientes de la ville de Ségou et environnant, les patientes référées des CSCOM et des CSRéf des cercles.

Le bloc fistuleux reçoit toutes les fistuleuses retenues dans le cadre de l'ONG « **IAMANEH MALI** » qui assure leur prise en charge gratuite. Elle prend en charge toutes les fistuleuses de la Région de Ségou.

Les fistuleuses provenant d'autres Régions sont référées à Bamako car n'étant pas couvertes par l'ONG.

### **3. Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude prospective et descriptive

### **4. Période d'étude :**

Notre étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 Mars 2009 soit une période de trente neuf (39) mois.

### **5. Population d'étude :** femme en âge de procréer.

### **6. Echantillonnage :**

- **Critères d'inclusion :** Patientes présentant une GEU diagnostiquée et prise en charge dans le service.

- **Critères de non inclusion :** Patientes opérées de GEU dans d'autres services, vue dans le service pour d'autres motifs et les cas de laparotomie blanche.

### **7. Technique de collecte des données :**

- Support des données : Pour chaque patiente une fiche d'enquête individuelle est établie.

- Recueil des données :

. Dossiers Médicaux ;

. Registre du Bloc opératoire ;

. Registre des consultations prénatales.

- Traitement et Analyse des données : Les données ont été traitées et analysées sur le logiciel épi info version 6.04 FR.

## **8. Difficultés :**

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

- Le non faisabilité du dosage de B HCG plasmatique par le laboratoire d'analyse.
- Certains retards de la prise en charge du à la non disponibilité de kit d'urgence.
- L'unité de la banque de sang de Ségou non fonctionnelle, faute d'approvisionnement rendait difficile la gestion de nos patientes sur le plan transfusionnel.
- Le pouvoir d'achat de certaines patientes était insuffisant pour assurer la prise en charge correcte.

C'est un travail réalisé dans une structure hospitalière qui reçoit tous les cas de GEU.

Il n'est pas rare que certaines patientes décèdent avant d'arriver à l'Hôpital 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, notamment l'examen anatomopathologie et d'autres facteurs de risque.

Toutes fois certaines données clinique et épidémiologique sont exploitables.

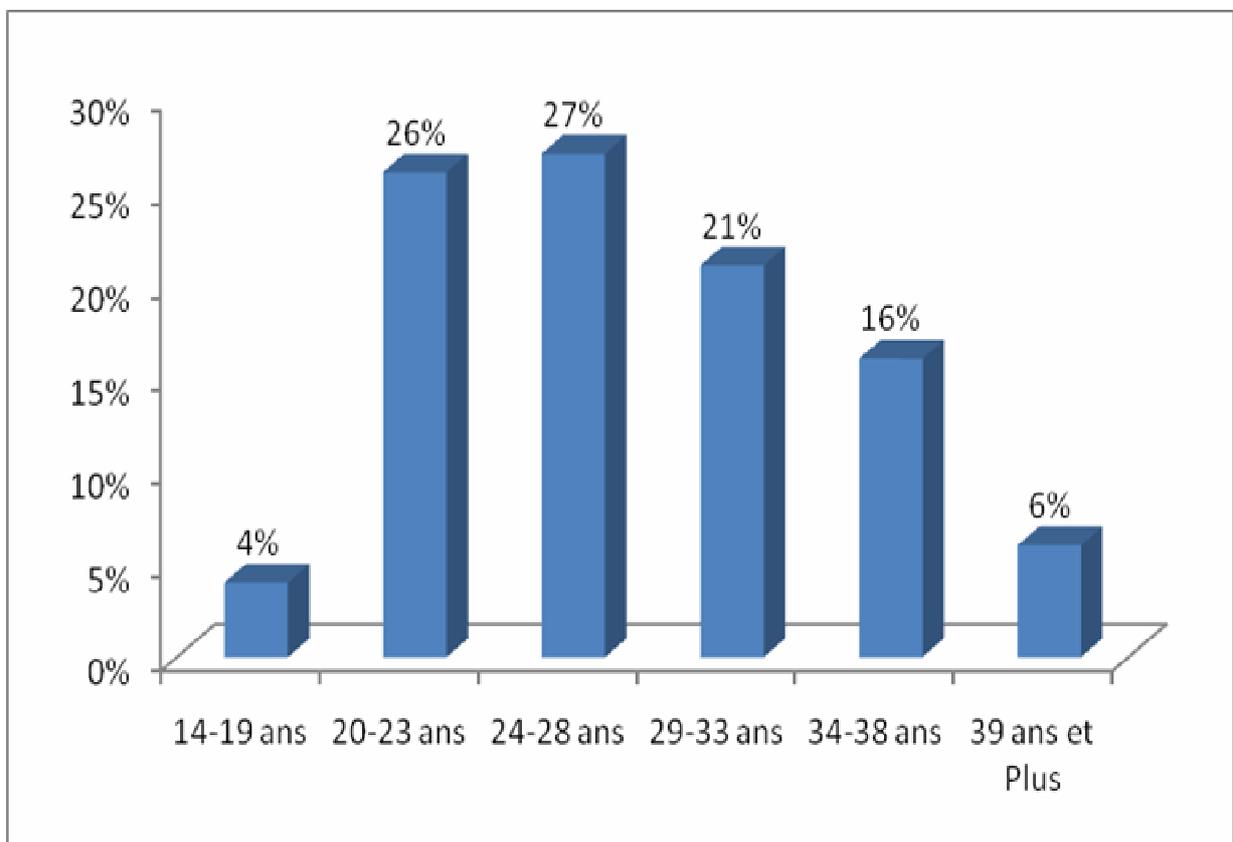
## **A-Epidémiologie:**

### **1-Fréquence :**

Durant notre période étude sur 2.693 gestantes reçues 105 ont présenté une GEU, soit une fréquence de 3,9%.

### **2-caractéristiques sociodémographiques :**

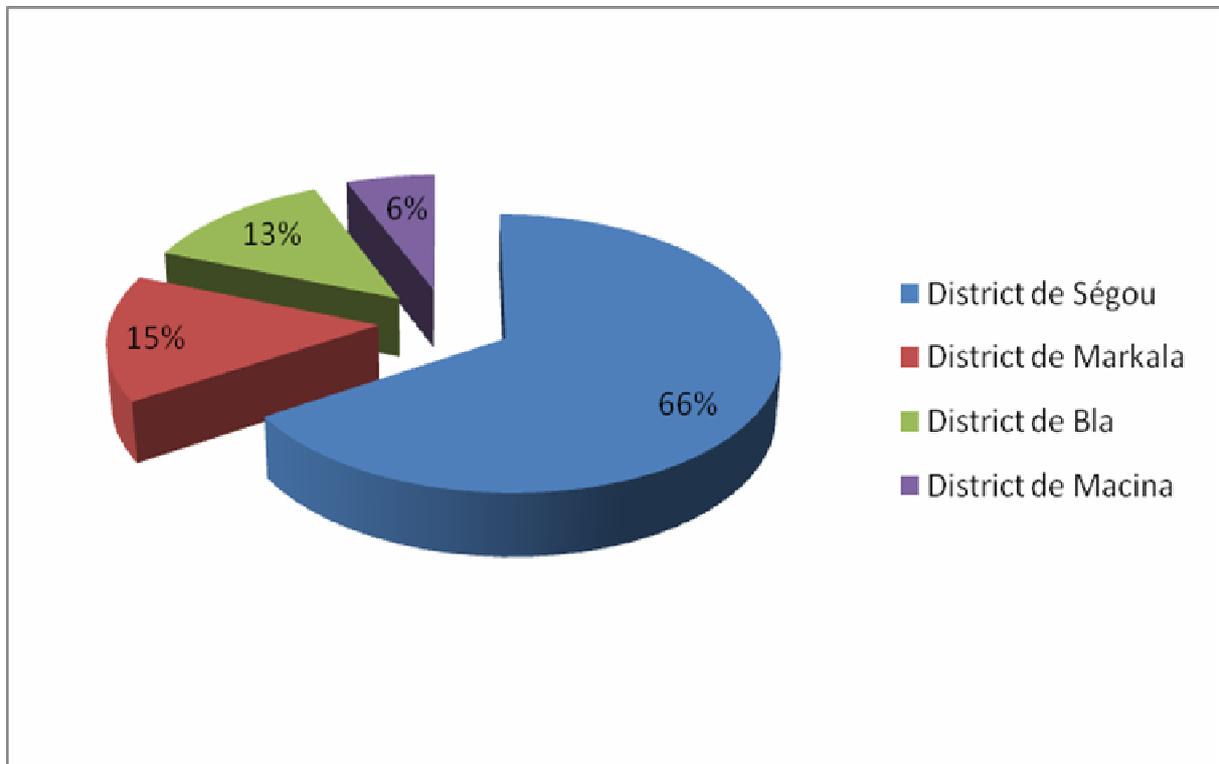
#### **Graphique 1** : Répartition des patientes selon la tranche d'âge



L'âge moyen de nos patientes était 30ans avec des extrêmes entre 17 et 43 ans.

La tranche d'âge 24-28 ans a été la plus touchée, soit 27%.

**Graphique 2:** Répartition des patientes selon l'aire de santé



La majorité de nos patientes résidaient dans le district sanitaire de Ségou, soit 66%.

**Tableau I** : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.

<b>Selon le statut matrimonial</b>	<b>Effectif Absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Célibataires	8	7,6%
Mariées	<b>97</b>	<b>92,4%</b>
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

92,4% des patientes étaient mariées.

**Tableau II**: Répartition des patientes selon le mode d'admission

<b>Selon le mode d'admission</b>	<b>Effectif Absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Venue d'elle-même</b>	<b>73</b>	<b>69,5</b>
Référée	6	5,7
Evacuée	26	24,8
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

73 de nos patientes étaient venues d'elle-même, soit 69,5%.

### **3- Antécédents médicaux :**

La bilharziose urinaire a été le seul antécédent médical retrouvé chez 63 patientes soit 60%

#### **4-Antécédents chirurgicaux :**

**Tableau III:** Répartition des patientes selon les ATCD chirurgicaux.

<b>Selon les ATCD chirurgicaux</b>	<b>Effectif Absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Appendicectomie	4	3,8
Césarienne	5	4,8
Péritonite	1	1
Laparotomie pour GEU	4	3,8
Aucun ATCD chirurgical	<b>91</b>	<b>86,7</b>
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

13,5% de nos patientes avaient au moins un ATCD chirurgical.

La césarienne a été l'antécédent chirurgical le plus retrouvé soit 4,8% des cas, la laparotomie pour GEU et l'appendicectomie occupent le second rang.

## **5-Antécédents Gynéco-Obstétricaux :**

**Tableau IV** : Répartition des patientes selon la parité

<b>Selon la parité</b>	<b>Effectif Absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Nullipares (0)</b>	<b>30</b>	<b>28,6</b>
Primipares (1)	26	24,7
Pauci-pares (2-3)	24	22,9
Multipares (4-6 et +)	25	23,8
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

La GEU était retrouvé chez les patientes quelque soit leur parité avec une prédominance des nullipares (28,6%).

**Tableau V** : Répartition des patientes selon les facteurs de risque.

<b>Facteurs de risque</b>	<b>Effectif Absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
ATCD d'IVG	7	6,7
Contraception	10	9,5
Inducteurs de l'ovulation	9	8,6
<b>Infections génitales</b>	<b>78</b>	<b>74,3</b>
Chirurgie tubaire	1	1
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

La notion d'infections génitales était retrouvée chez 74,3% de nos patientes.

9 de nos patientes ont présenté une GEU sous traitement d'inducteur de l'ovulation, soit 8,6%.

### **6-caractéristiques cliniques :**

**Tableau VI** : Répartition des patientes selon le motif de consultation

<b>Selon le motif de consultation</b>	<b>Effectif Absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Métrorragie	4	3,8
<b>Douleur pelvienne</b>	<b>101</b>	<b>96,2</b>
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

La douleur pelvienne a été le motif de consultation chez 96,2% des patientes.

**Tableau VII:** Répartition des patientes selon la circonstance de découverte

<b>Selon la circonstance de découverte</b>	<b>Effectif Absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Tableau d'hémopéritoine	36	34,2
Diagnostic échographique	<b>68</b>	<b>64,8</b>
Echec de déclenchement	1	1
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

L'échographie a été d'un apport précieux dans le diagnostic de la GEU.

**Tableau VIII:** Répartition des patientes selon les signes fonctionnels

<b>Selon les signes fonctionnels</b>	<b>Effectif Absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Douleur pelvienne	6	5,7
Douleur pelvienne+Métrorragie+Aménorrhée	<b>80</b>	<b>76,2</b>
Douleur pelvienne + Aménorrhée	10	9,5
Métrorragie + Douleur pelvienne	9	8,6
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

La triade symptomatique classique a constitué le principal tableau clinique à savoir (Douleur pelvienne + Métrorragie + Aménorrhée) soit 76,2% des cas.

**Tableau IX:** Répartition des patientes selon les signes généraux

<b>Selon les signes généraux</b>	<b>Effectif Absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Collapsus	45	42,8
<b>Etat de choc</b>	<b>60</b>	<b>57,2</b>
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

57,2% de nos patientes étaient reçus dans un tableau de choc.

**Tableau X:** Répartition des patientes selon les résultats de la Palpation abdominale

<b>Selon les résultats de la palpation abdominale</b>	<b>Effectif Absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Douleur localisée dans une fosse iliaque	20	19
Douleur diffuse+fluctuation+cri de l'ombilic	<b>85</b>	<b>81</b>
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

La fluctuation abdominale avec cri de l'ombilic à la palpation abdominale ont été retrouvée chez la plupart de nos patientes, soit 81% des cas.

**Tableau XI:** Répartition des patientes selon les résultats du TV combiné au palper abdominal

<b>Selon les résultats du TV Combiné au palper abdominal</b>	<b>Effectif Absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Douglas libre et indolore	3	2,9
Douglas libre et sensible	43	40,9
Masse latero-utérine	2	1,9
Douglas bombé	7	6,7
<b>Cri du Douglas</b>	<b>50</b>	<b>47,6</b>
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

Le cri du Douglas a été retrouvé dans 47,6% des cas au TV.

## **7-Examens para-cliniques**

**Tableau XII:** Répartition des patientes selon le résultat des examens complémentaires effectués qui ont motivés la laparotomie

<b>Examens complémentaires</b>	<b>Effectif Absolu</b>	<b>pourcentage</b>
Test urinaire de grossesse + Culdocentèse	1	1
Test urinaire de grossesse + Ponction transpariétale	3	2,8
<b>Test urinaire de grossesse + Echographie pelvienne</b>	<b>101</b>	<b>96,2</b>
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

Le test urinaire de grossesse couplé à l'échographie pelvienne ont été les examens para-cliniques de premières intentions dans notre série, soit 96,2% des cas.

**Tableau XIII:** Caractéristiques de l'échographie

<b>Résultats de l'échographie</b>	<b>Effectif Absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Utérus vide, sac gestationnel		
latéro-utérin avec épanchement dans le douglas	5	4,9
Sac ovulaire avec activité cardiaque en dehors de l'utérus, utérus vide	3	2,4
Présence d'épanchement dans le douglas	92	91
Grossesse abdominale arrêtée à terme avec chevauchement des os du crane	1	1
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

4 de nos patientes n'ont pas bénéficié d'une échographie pelvienne, soit 3,8% des cas.

**Tableau XIV :** Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine

<b>Selon le taux d'hémoglobine</b>	<b>Effectif Absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<7g /dl	6	5,7
<b>7-11g/dl</b>	<b>75</b>	<b>71</b>
>11g/dl	24	22,9
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

71% de nos patientes avaient un taux d'hémoglobine compris entre 7-11g /dl.

**Tableau XV:** Répartition des patientes selon le besoin d'une transfusion sanguine : n= 27

<b>Selon la transfusion</b>	<b>Effectif Absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Transfusée	15	55,6
<b>Non transfusée</b>	<b>12</b>	<b>44,4</b>
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Le besoin transfusionnel n'a pas été satisfait dans 44,4% des cas.

**Tableau XVI:** Répartition des patientes en fonction du délai entre le début de la symptomatologie et la prise en charge

<b>Selon l'ancienneté de la GEU</b>	<b>Effectif Absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
12 Heures	2	1,9
24 Heures	6	5,7
48 Heures	13	12,4
72 Heures (3jours)	12	11,4
<b>168 Heures (7jours)</b>	<b>43</b>	<b>40,9</b>
360Heures (15jours)	29	27,6
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

L'intervalle moyen de temps a été de 168 heures (7jours) avec des extrêmes de 12 et 360 heures.

68,5% des patientes avaient une GEU évoluant depuis plus de 7 à 15 jours.

### **8-Traitement :**

Le traitement de la GEU a été exclusivement chirurgical (laparotomie) pour les 105 cas.

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

<b>Délai de la prise en charge chirurgicale</b>	<b>Effectif Absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
30 minutes	12	11,4
<b>45 minutes</b>	<b>86</b>	<b>81,9</b>
60 minutes	6	5,7
90 minutes	1	1
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

L'intervalle de temps entre le diagnostic et l'intervention a été en moyenne de 45 mn avec des extrêmes de 30mn et 90 mn.

**Tableau XVIII:** Répartition des patientes selon la quantité d'hémopéritoine aspirée

<b>Selon la quantité d'hémopéritoine</b>	<b>Effectif Absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>&lt;1 L</b>	<b>82</b>	<b>78,1</b>
1-2 L	16	15,2
2-3 L	6	5,7
>3 L	1	1
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

78,1% de nos patientes avaient moins de 1L d'hémopéritoine avec des extrêmes entre 150<sup>cc</sup> à 3200<sup>cc</sup>.

**Tableau XIX:** Répartition des patientes selon le geste chirurgical effectué

<b>Geste chirurgical</b>	<b>Effectif Absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Salpingectomie totale	<b>93</b>	<b>88,6</b>
Salpingotomie	1	1
Annexectomie	6	5,7
Ovariectomie partielle	3	2,9
Extraction de grossesse abdominale	2	1,9
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

Le traitement chirurgical des localisations tubaires a été la Salpingectomie totale, soit 88,6%.

### **9-Classification :**

**Tableau XX:** Répartition selon la localisation de la GEU

<b>Selon la localisation de</b>	<b>GEU</b>	<b>Effectif Absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Gauche		45	42,9
<b>Droite</b>		<b>58</b>	<b>55,2</b>
Abdominale		2	1,9
<b>Total</b>		<b>105</b>	<b>100</b>

La GEU droite prédominait notre série avec 55,2%.

**Tableau XXI:** Répartition selon le siège de la GEU

<b>Selon le siège de la GEU</b>		<b>Effectif Absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Tubaire	Ampullaire	<b>87</b>	<b>82,9</b>
	Interstitielle	7	6,6
Ovarienne		9	8,6
Abdominale		2	1,9
<b>Total</b>		<b>105</b>	<b>100</b>

Il s'agissait d'une localisation tubaire dans 89,5% des cas, dont 82,9% ampullaires.

## **10-Diagnostic per-opératoire :**

**Tableau XXII:** Répartition des patientes selon la nature des lésions

<b>Selon la nature des lésions</b>	<b>Effectif Absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Rupture ou fissuration de la paroi tubaire</b>	<b>92</b>	<b>87,6</b>
Avortement tubo-abdominal complet ou en cours	11	10,4
Hématosalpinx	1	1
Grossesse abdominale	1	1
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

87,6% des patientes avaient une GEU rompue.

**Tableau XXIII** : Répartition des patientes selon l'état de la trompe controlatérale

<b>Selon l'état de la trompe controlatérale</b>	<b>Effectif Absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Saine</b>	<b>92</b>	<b>87,6</b>
Salpingectomie antérieure	2	1,9
Annexectomie antérieure	1	1
Hydrosalpinx	8	7,6
Obstruction tubaire	2	1,9
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

La trompe controlatérale était macroscopiquement saine dans 87,6% des cas, pathologique dans 9,5% des cas et absente dans 1,9% des cas.

**Tableau XXIV**: Répartition des patientes selon l'issue de la GEU

<b>Selon l'issue de la GEU</b>	<b>Effectif Absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
Non décédé	104	99,05
<b>Décédé</b>	<b>1</b>	<b>0,95</b>
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

Nous avons déploré un cas de décès.

## **11-Pronostic :**

**Tableau XXV:** Répartition des patientes selon l'avenir Obstétrical

<b>Selon l'avenir Obstétrical</b>	<b>Effectif Absolu</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Bon</b>	<b>92</b>	<b>87,6</b>
Réservé	9	8,6
Mauvais	4	3,8
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100</b>

Le pronostic obstétrical de 92 de nos patientes a été jugé bon, soit 87,6% et par contre 4 patientes avaient un mauvais pronostic obstétrical, soit 3,8%.

## **1-EPIDEMIOLOGIE :**

### **1-1-FREQUENCE :**

La grossesse extra-utérine, deuxième urgence gynéco-obstétricale après la césarienne au Mali est un problème de santé publique.

Sa fréquence est estimée à 3,9% dans notre série.

Cette fréquence est plus élevée que celle observée par certains auteurs tels que :

DEMBELE. Y [6], MAÏGA. B et COLL [16] qui trouvent respectivement : 1,89% et 2%.

Nôtre fréquence est superposable à celle observée par MOUNKORO. N et COLL [20], qui rapportaient une fréquence de 3,5%.

En revanche PERRIN au Bénin [23] trouve dans sa série une fréquence de 4,5% plus élevée que la nôtre.

Cette fréquence élevée pourrait s'expliquer d'une part par une recrudescence des IST, les infections du post-partum et du post-abortionum et d'autre part par le recours fréquent à la contraception et aux techniques de traitement d'infertilité.

### **1-2- FACTEURS DE RISQUE :**

L'infection génitale apparaît comme le facteur le plus déterminant de la GEU avec 74,3%, suivie de la contraception (14,3%), d'inducteur de l'ovulation (8,6%), d'IVG (6,7%) et la plastie tubaire (0,95%).

Ces facteurs de risque pourraient s'expliquer par l'histoire naturelle de la GEU :

- le retard de la pointe ovulaire ;
- le retard de la captation ovulaire
- le retard de la migration ovulaire.

### **1-3- CARACTERES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :**

- **Age** : Dans notre étude la GEU a concerné surtout la tranche d'âge de 19 à 33 ans, soit 73,3% des cas.

KEÏTA. M [12] obtient le maximum à la même tranche d'âge (19-33ans) avec une fréquence à 66,14%, MOUNKORO. N et COLL [20] qui rapportent une tranche d'âge 20-34ans soit 76,9%, MAÏGA. B et COLL [16] qui ont eu le maximum de cas entre 24-28 ans soit 30,34%.

Ceci s'explique par le fait que cette tranche d'âge correspond à la période d'activité génitale intense de la femme pendant laquelle les antécédents gynéco-obstétricaux se cumulent.

#### **- PROVENANCE :**

Les patientes sont venues en grande partie du District sanitaire de Ségou, cela s'explique par qualité des prestations jugées satisfaisantes par la population intéressée, mais aussi il est le seul centre chirurgical du District sanitaire de Ségou.

#### **- STATUT MATRIMONIAL :**

Les mariées représentent 92,4% de notre série.

Ces femmes vivaient pour la plupart du temps dans un régime polygame.

DEMBELE. Y [6] rapporte 92,2% de mariées dans sa série.

La fréquence élevée de la GEU chez les femmes mariées pourrait s'expliquer par la polygamie qui pourrait entretenir l'infection au sein du couple.

#### **1-4- LES ANTECEDANTS :**

##### **-CHIRURGICAUX :**

Les récurrences de GEU étaient observées dans 3,8% des cas.

KEÏTA. M [12] rapporte 32,6% de récurrences, plus élevées que la fréquence observée dans notre série.

Ces récurrences pourraient s'expliquer par des lésions séquellaires sur la trompe controlatérale telles que les adhérences tubo-péritonéales ou tubo-utérines, les séquelles de chlamydiae Trachomatis diminuant du coup le péristaltisme tubaire et gênant très souvent la captation ou la migration ovulaire.

##### **-GYNECOLOGIQUES :**

Les antécédents d'infections génitales (74,3%), de stérilité (8,57%), de contraception (14,3%) et d'avortement (21%) couramment rencontrés sont connus comme facteurs favorisant la survenue de la GEU.

Nos taux sont comparables à ceux de certains auteurs tels que:

KEÏTA. M [12] qui a trouvé dans sa série une notion d'infection génitale dans 55,1% de stérilité dans 13,4% de contraception dans 35,4% et d'avortement dans 42,5%.

DEMBELE. Y [6] constate une fréquence de 85,9% d'infection génitale.

CISSE. H [4] et SOUMARE. M [28] ont observé chacun 1 cas de GEU sur DIU au cours de leurs différentes enquêtes.

#### **-.OBSTETRICIAUX :**

La GEU a intéressé toutes les parités dans notre série avec une prédominance chez les nullipares (28,6%).

PERRIN. R au Bénin [23] rapporte la même prédominance avec une fréquence à 27,8%.

Contrairement à notre série, KEITA. M [12] et CISSE. H [4] trouvent une prédominance de la GEU chez les primipares avec respectivement 34,7% et 46,6% de primipares.

### **1-5- ASPECTS CLINIQUES :**

#### **-MOTIF DE CONSULTATION :**

La douleur pelvienne a été le motif de consultation le plus fréquent avec 96,2% des cas.

La triade symptomatique (Douleur pelvienne + Métrorragie + Aménorrhée) : a été le principal tableau clinique dans 76,2% des cas.

#### **- L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE :**

57,2% de nos patientes étaient reçues dans un tableau de choc.

DEMBELE. Y [6], DIALLO. FB [7] rapportent un tableau de choc avec une fréquence respectivement à 79,7% et 96%.

Ce qui dénote le retard à l'évacuation ou au diagnostic.

## **1-6- EXAMENS PARA-CLINIQUES :**

-Le dosage de l'hémoglobine fait en urgence montre que 71,4% des patientes ont un taux qui varie entre 7 et 11 g/dl, toute chose expliquant l'utilisation de la transfusion sanguine au détriment du traitement martial.

-Apport du test urinaire B HCG couplé à l'échographie:

Le test urinaire B HCG couplé à l'échographie pelvienne ont été les deux (2) examens para-cliniques de première intention soit 96,2% des cas ; contre 75,0% pour l'étude de DEMBELE.Y [6].

Ceci pourrait s'expliquer par les importants progrès réalisés dans ce domaine au cours de ces dernières années avec l'usage dans le service de la sonde endovaginale plus performant dans le diagnostic précoce des GEU.

## **1-7- THERAPEUTIQUE :**

Le traitement a été chirurgical et exclusivement par laparotomie pour les 105 patientes soit 100% des cas.

La Salpingectomie totale a été la technique chirurgicale la plus pratiquée dans notre étude. Ceci s'expliquerait par le fait que la majorité des patientes sont reçues au stade de complication (rupture de la paroi tubaire le plus souvent) rendant ainsi nécessaire la résection de la portion (tubaire) pathologique afin de prévenir ou de diminuer la survenue des récidives.

L'intervalle de temps entre le diagnostic et la prise en charge a été en moyenne 45 minutes avec des extrêmes (30 et 90 minutes).

La laparotomie demeure le moyen thérapeutique largement utilisé en Afrique.

La salpingectomie au cours de cette laparotomie était retrouvé par la plupart des auteurs africains tels que :

. DIALLO F.B (Niamey) [7], MOUNKORO. N et COLL [20] qui trouvent respectivement 82% et 92,8% de Salpingectomie.

La coeliochirurgie, traitement de référence de la GEU dans les pays développés n'est pas encore d'actualité dans notre contexte, il en est de même pour le traitement médical par le Methotrexate.

Ce qui témoigne encore que notre prise en charge était exclusivement de type laparotomie.

Les suites opératoires ont été simples dans 103 cas, soit 98%.

Elles ont été compliquées dans 2 cas, soit 2% : 1cas d'anémie sévère ayant nécessité des multiples transfusions sanguines et 1cas de décès suite à une coagulopathie 12 heures après l'intervention.

Le besoin transfusionnel n'a pas été satisfait dans 44,4% des cas. Ceci pourrait s'expliquer par l'inefficacité du système adopté par le laboratoire d'analyse et la banque de sang.

La durée moyenne d'hospitalisation a été de quatre jours, soit 96 heures.

## **2-8- MORTALITE :**

### **-MATERNELLE :**

Nous avons déploré un cas de décès dans notre série soit 0,95%.

Ce taux est inférieur aux résultats obtenus par certains auteurs tels que :

MOUNKORO. N et COLL [20] qui rapportent 1,1% de létalité enregistrée.

KEITA. M [12] : a enregistré 1,6%, un taux plus élevé que le nôtre. Nous devons reconnaître que le pronostic maternel a été amélioré grâce au diagnostic précoce et à la prise en charge adéquate, y compris la réanimation.

### **-FOETALE:**

Le constat est amer dans la mesure où aucun fœtus sur les 105 de notre série n'a survécu.

1cas de grossesse abdominale arrêtée à 39 SA, vu tardivement par la mauvaise qualité des consultations prénatales et l'erreur diagnostique à l'échographie du 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> trimestre de la grossesse. L'indication d'une laparotomie a été posée dans le service devant l'échec au déclenchement.

On a extrait un mort né macéré de sexe masculin, pesant 3.350 g pour une taille de 50 cm.

Contrairement à certaines études:

.M. OUMARA et COLL [18] : rapportent 1cas vivant de grossesse abdominale.

.TRAORE . B et COLL [31] : 1cas vivant de grossesse ovarienne interstitielle au CSRéf CVI.

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

## 1-CONCLUSION :

La GEU constitue un problème de santé publique dans notre environnement, liée à une augmentation croissante de sa fréquence ces deux dernières décennies.

Durant cette étude qui s'est déroulée au service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 mars 2009 nous avons recensé 105 cas de GEU pour 2.693 gestantes ; soit une fréquence est de 3,9%.

Elle touche beaucoup plus les sujets jeunes entre 19 – 33ans (73,3%).

L'âge moyen des patientes étaient de 30 ans avec des extrêmes entre 17 et 43ans.

La GEU intéresse toutes les parités avec une prédominance des nullipares (28,6%).

Les facteurs de risque sont essentiellement : l'infection génitale (74,3%), la contraception d'urgence (9,5%), le traitement de stérilité (8,6%).

La triade symptomatique à savoir (Douleur pelvienne + Métrorragie + Aménorrhée) a constitué le principal tableau clinique, soit 76,2% des cas. L'échographie couplée au dosage qualitatif de B HCG ont été d'un apport précieux dans le diagnostic de la GEU avec 96,2%.

Le délai entre le début de la symptomatologie et la prise en charge a été en moyenne de 7 jours avec des extrêmes entre 12 et 360 heures (1/2 et 15 jours).

Le délai entre le diagnostic et la prise en charge a été de 45 minutes avec des extrêmes entre 30 et 90 minutes.

La laparotomie a été le seul recours pour le traitement de la GEU (100%).

La Salpingectomie a été le geste le plus souvent effectué (88,6%).

Les suites opératoires ont été simples dans 103 cas, soit 98% ; compliquées dans deux cas : dont un cas d'anémie sévère qui a nécessité de multiples transfusions sanguines et un cas de décès suite à une coagulopathie 12 heures après l'intervention. Le besoin transfusionnel n'a pas été satisfait dans 44,4% des cas. Le constat est amer dans la mesure où aucun fœtus n'a survécu. Nous avons constaté 4 cas de récurrences soit 3,8% des cas.

## **2-RECOMMANDATIONS :**

Au regard des résultats obtenus dans notre série on peut dire que la GEU constitue un problème de santé publique.

Sa prise en charge passe par une collaboration des Réanimateurs, Obstétriciens et Biologistes.

En conséquence nous formulons les recommandations suivantes et s'adressent respectivement :

### ➤ **Au Ministère de la santé**

- . Doter les centres SONU de moyens d'investigations para cliniques opérationnels 24h/24 pour un diagnostic rapide et précoce (Echographie avec sonde endovaginale, dosage des B HCG plasmatiques).

- . Réorganiser le système de référence/ évacuation afin de limiter le délai de la prise en charge (renforcement du parc automobile).

- . Former des spécialistes en technique de procréation médicale assistée (PMA).

- . Insérer le groupage sanguin rhésus sur la carte nationale d'identité.

- . Intensifier l'information et la sensibilisation sur les facteurs de risque de la GEU, en direction des femmes en âge de procréer.

### ➤ **Au centre national de transfusion sanguine (CNTS)**

- . Approvisionner régulièrement l'antenne régionale de la banque de sang de Ségou en réactifs et matériels de prélèvement.

- . Rendre disponible le sang en permanence par le système d'échange.

- . Délocaliser l'antenne régionale de la banque de sang de Ségou hors de l'hôpital.

➤ **A l'Hôpital Nianankoro FOMBA de Ségo :**

- . Doter le bloc opératoire d'une colonne de coeliochirurgie.
- . Instaurer le système de kit d'urgence dans nos services.
- . Redynamiser le service d'imagerie médicale de l'hôpital (équipement de la radiologie, disponibilité d'un échographe avec un personnel formé).
- . Organiser des séminaires de formation continue afin d'attirer l'attention du personnel sanitaire sur la gravité de cette pathologie.

➤ **A la population :**

- . Pratiquer la fidélité ou le port du préservatif pour la prévention des IST et VIH /SIDA
- . Traitement correct des infections du post partum et du post abortum.
- . Consulter précocement une structure sanitaire en cas de signes d'alerte : Douleur, Métrorragie, chute syncopale chez toutes femmes en période d'activité génitale, tout en sachant que le pronostic est fonction de la précocité du diagnostic et de la prise en charge.

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :**

### **1-AKDAZA K, KOTOR K.T; BAETA S; HONDOUNO A.K.S.**

Grossesse intra-utérine et grossesse extra-utérine simultanée sur un dispositif intra-utérin inerte : à propos d'un cas.

Rév. Fr.Gynecol.et Obs. : 1995,90 ;360-361p.

### **2-BAH B.**

La grossesse extra-utérine en milieu noir africain : à propos de 104 cas observés à Bamako.

Thèse Med. Bamako ; 1980 : M-182.

### **3-BAMOUNI Y.A DAO B.BAZIE A.J et AL :**

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

### **4-CISSE H.**

Etude épidémioclinique des grossesses extra-utérine(GEU) au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako : à propos de 175 cas.

These Med. Bamako; 2001: M-98

### **5-DARGENT D ;GAJAR F ;SCHUSKER P .**

Grossesse abdominale développée chez une femme ayant subi une Annexectomie unilatérale au contact de la corne utérine du même coté.

J. Gyn. Obst. Fr ; 1974, 3(8), 1329

**6- DEMBELE. Y**

Grossesse extra-utérine : aspects épidémiologique, clinique, diagnostic, thérapeutique et pronostic au CS Réf CV à propos de 128 cas.

Thèse de Med Bamako 2006 : M-242

**7-DIALLO FB, DIALLO AB, DIALLO TS, CAMARA AY, BALDEM MA, DIALLO MS**

Grossesse extra-utérine (GEU) : Aspect épidémiologique et thérapeutique au service de Gynécologie Obstétrique du CHU Ignace Den de Conakry

Med Afrique Noir 1999 46 :442-445

**8-DIQUELOU J.Y ; PIA P ; TESQUIER L ; HENRY-SUCHET J ; CICQUELJ.M ; MOYER S.**

La place de chlamydia trachomatis dans l'étiologie infectieuse des grossesses extra-utérines.

J Gynécol Obstet Biol. Reprod 1988; 17:325-332

**9-ENGONGAH-BEKA MEYE JF OZOUAKI F SIMA-OLE B**

Association grossesse intra-utérine et extra-utérine rompue  
A propos de 2cas d'évolution différente et revue de la littérature  
Med Afrique Noire: 1997; 44:472-475.

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

Facteur de risqué de la grossesse extra-utérine

J Gynecol et Obstet Biol Reprod 1991 ; 20 :373-379

**11-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

**12-KEÏTA M.**

Aspects épidémiocliniques et thérapeutiques des grossesses extra-utérines au CSRéf CIV. A propos de 127 cas.

Thèse Med Bamako ; 2006 : M-258 ; 23 ; 28 ; 31 ; 35.

**13-LANSAC J LECOMTE P.**

Gynécologie pour le praticien,

5<sup>e</sup> édition(Masson) ; Paris 1999,12 :151-163

**14-LAWSON T.L.**

Ectopic pregnancy criteria and accuracy of ultrasonic diagnosis

A m J Roentegenol 1978:153-156.

**15-LOAN A; ALLART J.P; FONTANIE P; ASSEMEKANG  
B.ZOULAY M.A et DELEZOIDE A.L**

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

Rév.Fr. Gynécol et Obst ; 1996, 81,10 :54-58.

**16- MAÏGA. B et COLLABORATEURS**

Etude épidémioclinique et thérapeutique des grossesses extra-utérines.

A propos de 90 patientes au CHU du point G.

SAGO ; 2008 : 496

**17-MAGUIRAGA M.**

Etude de la mortalité maternelle au Mali, cause et facteur de risque au centre de référence de la commune V.

Thèse de Med Bamako ; 2000 : M-110

**18-M. OUMARA et COLLABORATEURS**

La grossesse abdominale secondaire: un cas rare.

SAGO; 2008:494

**19-MANHES(H),MAGE(G) ,POULY(JL),ROBERT(JF),  
BRUHAT(MA)**

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

**20-MOUNKORO. N et COLLABORATEURS**

Grossesse extra-utérine dans le service de Gynécologie Obstétrique du CHU Gabriel TOURE de 2003 à 2007.

SAGO ; 2008 :495

**21-MAURI M; PEMEMOUAT G.et MADEKENATE P.**

Traitement médical de la grossesse extra-utérine par Methotrexate.

Rév. Fr Gynecol Obstet: 1991, 86, 11:653-657.

**22-NAOURI M; MADELENAT P.**

Traitement médical de la grossesse extra-utérine par Methotrexate.

Rév. Fr. Gynécol. Obst ; 1991, 86, 11 : 653-657

**23-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

**24-POULY (JL), CHAPRON (C), MAGE (G), CANIS (M), MANTHES (H), BRUHAT (MA).**

Le traitement coelioscopique des grossesses extra-utérines a-t'il encore un avenir ?

**25- P. JANECEK ET COLLABORATEURS**

Traité d'obstétrique.

TOMEII : la grossesse pathologique et l'accouchement dystocique ; 1985 :83-95.

**26-SFAR E; ZINE S; BOURCHIBA S; BETTAIEB A.et CHELLI H.**

La grossesse dans une corne utérine rudimentaire; principales formes cliniques: à propos de 5 cas.

Rév. Fr Gynecol Obstet ; 1994, 89,1 :21,26

**27-SOLOFONAINA R ; PIERRE-VICTOR R ; HUBERBR ; EDMOMT R ; GEOGES R.**

Aspect actuel de la grossesse extra-utérine à NOSY-B(Madagascar) de Novembre 1993 à Février 1995.

Cahier Santé 1997 ; 7 :19-23

**28-SOUMARE M.**

Etude des grossesses extra-utérine à l' hôpital Gabriel Toure:

À propos de 116 cas

These Med Bamako 1998: M-69

**29-STROMME W.B.**

Salpingectomy for brutal pregnancy report of a successful case

Obstet Gynecol 1993; 1:472-481

**30-TANAKAN.; HYASHI H.; KUTSUZANA T.; FUZIMOTO S.;**

Treatment of interstitial pregnancy with Methotrexate: report of a succenfull case.

Fertile sterile 1982; 37:851-853.

**31- TRAORE B et COLLABORATEURS**

La grossesse ovarienne avec naissance vivante à terme par laparotomie :

A propos d'un cas et revue de la littérature.

SAGO ; 2008 : 492.

## **FICHE D'ENQUETE**

### **I- IDENTITE DE LA PATIENTE**

Q1=Prénom.....  
Q 3=Age :  
Q5=Adresse :  
Q7=Mode d'admission:  
Q2=Nom :  
Q4=Ethnie  
Q6=Profession  
Q8=Etat matrimonial :

### **II-ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX**

#### **-Médicaux**

Q9=Tuberculose : Q10=Bilharziose

#### **-CHIRURGICAUX**

Q11=appendicectomie : Q12=Péritonite  
Q13=Chirurgie des voies urinaires : Q14=Laparotomie pour GEU  
Q15=Plastie tubaire : Q16=Intervention sur les ovaires  
Q17=Césarienne : Q18=Autres

### **III-ANTECEDENTS GYNECO-OBSTETRIQUES**

Q19=gestité : Q20=Parité  
Q21=Avortement :  
Q22=fausse couche : Q23=IVG Q24=Annexite  
Q25=TTT pour stérilité : Q26=IST Q27=Autres

#### **Contraception**

Q28=DIU : Q29=contraception hormonale :  
Q30=stérilisation : Q31=Autres

### **IV-AUTRES FACTEURS DE RISQUE**

Q32=Tabagisme Q33=Inducteur d'ovulation  
Q34=Autres :

### **V-METHODE DIAGNOSTIQUE**

#### **1-Motif de consultation**

Q35=Aménorrhée  
Q36=Métrorragie  
Q37=Douleur pelvienne  
Q38= Date de la première manifestation  
Q39=Date d'admission à l'hôpital

2-Clinique :

Q40=Pâleur Conjonctivale

Q41=Métrorragie :

Q42=Douleur spontanée

Q43=Masse annexielle

Q44=Lipothymie ou syncope

Q45=Forme asymptomatique

Q46=Autres

**VI-EXAMENS PARA CLINIQUES**

Q47=Test de grossesse

Q48=Echographie  
pelvienne :.....

Q49=Ponction transpariétale

Q50=Ponction du Douglas(Culdocentèse)

Q51=Groupage Rhésus

Q52=Taux d'hémoglobine

Q53=Autres

**VII-PRISE EN CHARGE**

Q54=Chirurgie radicale

1-Salpingectomie totale

## 2-Annexectomie

Q55=Chirurgie conservatrice

- |                                      |                  |
|--------------------------------------|------------------|
| 1- Expression tubo-abdominale        | 2- Salpingotomie |
| 3-Ovariectomie partielle             |                  |
| 4-Extraction de grossesse abdominale |                  |

Q56=Transfusion

- |         |          |
|---------|----------|
| 1-Oui : | Nombre : |
| 2-Non   |          |

## VIII- ASPECTS OPERATOIRES

Q57=Localisation :

**1-Tubaire :**

- |                       |               |
|-----------------------|---------------|
| a-Interstitielle :    | b-Isthmique : |
| c-Ampullo-Isthmique : | d-Ampullaire  |
| e-Infundibulaire      |               |

**2-Cornuale**

**3-Ovariennne**

**4-Abdominale**

**5-Autres :**

Q58= Nature des lésions

- 1- Rupture ou fissuration de la paroi tubaire
- 2-Avortement tubo-abdominale complet ou en cours
- 2- Intégrité de la paroi tubaire ou hémosalpinx

Q59=Etat du pelvis et de la trompe controlatérale à la laparotomie

- |                               |                  |
|-------------------------------|------------------|
| 1-Trompe controlatérale saine | 2-Trompe unique  |
| 3-Annexectomie antérieure     | 4-Salpingectomie |
| antérieure                    |                  |

5-Endométriose  
7-Pyosalpinx

6-Hydrosalpinx  
8-Autres

Q60=Hémopéritoine :

Quantité de sang aspiré en ml.....

Q61=Evolution et suites opératoires

1-Durée d'hospitalisation :.....

2-Simple :

3-Complicquée

a-Anémie

b-Infection (lâchage pariétal)

c-Péritonite

d-Autres:.....

4-Décédée:

Nombre d'heures:.....

Nombre de jours:.....

Cause du décès :.....

Préciser :.....

Q62=Pronostic obstétrical :

1-Bon

2-Mauvais

3-Réservé



**FIGURE 5:** GEU ampullaire droite rompue opérée dans le service.



**FIGURE 6:** Mort née macéré de la grossesse abdominale de 39 S.A.



**FIGURE 7:** Placenta de la grossesse abdominale

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom** : TOGOLA

**Prénom** : Kassoum

**Adresse** : kass\_togo81@yahoo.fr

**Titre de thèse** : Aspects épidémiocliniques et thérapeutiques des grossesses extra-utérines à l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou à propos de 105 cas.

**Année universitaire** : 2009-2010

**Ville de soutenance** : Bamako

**Lieu de dépôt** : Bibliothèque de Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie (FMPOS)

**Secteurs d'intérêt** : Gynécologie Obstétrique, Santé Publique

**Résumé** : Notre étude est une étude prospective et descriptive qui s'étend du premier Janvier 2006 au 31 Mars 2009 soit une durée totale de 39 mois.

Durant cette enquête, nous avons recensé 105 cas pour 2.693 gestantes.

La fréquence de la GEU est de 3,9 %.

Le tableau clinique a été dominé par la triade classique : douleur abdomino-pelvienne, métrorragie, et aménorrhée.

L'examen para clinique de préférence a été l'échographie avec 101 réalisations.

Les facteurs de risque sont essentiellement: L'infection génitale, la contraception et le traitement de stérilité.

Les complications sont dominées par les hémorragies, voir état de choc, mort maternelle et foetale.

La Salpingectomie totale a été le geste chirurgical le plus pratiqué.

L'implantation tubaire de la GEU a été la plus fréquente (89,5%) avec 82,9 % de variété ampullaire.

Les récurrences de GEU ne sont plus des exceptions et compromettent sérieusement l'avenir obstétrical des patientes.

**Mots clés** : GEU, prise en charge, pronostic maternel et fœtal.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

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

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

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

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

**Je le jure**