

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SECONDAIRE, SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI



Un peuple - Un but - Une foi



Année universitaire 2009 - 2010

Thèse N°.....

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, DIAGNOSTICS ET
THERAPEUTIQUES DE LA GROSSESSE EXTRA-
UTERINE DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE
OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL SOMINE DOLO DE
MOPTI A PROPOS DE 62 CAS**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le2010
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
par M. **Aboubacar KAREMBE**

JURY

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (diplôme d'état)

PRESIDENT: Professeur SY Aissata SOW

MEMBRE: Docteur TRAORE Soumana Oumar

CODIRECTEUR DE THESE: Docteur KANE Famakan

DIRECTEUR DE THESE: Professeur DIAKITE Salif

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2009-2010

ADMINISTRATION

Doyen : **ANATOLE TOUNKARA-PROFESSEUR**

1^{er} ASSESSEUR : **DRISSA DIALLO-MAITRES DE CONFERENCES**

2^{ème} ASSESSEUR : **SEKOU SIDIBE- MAITRES DE CONFERENCES**

SECRETAIRE PRINCIPAL : **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE-PROFESSEUR**

AGENT COMPTABLE : **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL-**

CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie- Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacologie
Mr Aly Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

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

D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

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

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DOIMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique (en détachement)
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale

3- MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mme Djeneba DOUMBIA	Anesthésie-Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie

Mr Adama SANGARE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie-Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynéco-Obstétrique
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraima MAIGA	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacar GUINDO	ORL
Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Générale
Mr Hamady TRAORE	Odonto Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Drissa KONIKOMO	Neuro Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	ORL
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Aladji Seydou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr Ibrahim TEGUETE	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koréïssy TALL	Anesthésie-Réanimation

Mr Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
Mr Broulaye Massoulé SAMAKE	Anesthésie-Réanimation
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio vasculaire
Mr Thioukany THERA	Gynécologie
Mr Oumar DIALLO	Neuro Chirurgie
Mr Boubacar BAH	Odonto Stomatologie
Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr Seydou BAGAYOKO	Ophtalmologie
Mr SIDI Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fadimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr Hamidou Baba SAKO	ORL
Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Honoré jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

1- PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie Chef de D.E.R
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F.M TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie-Mycologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique

3- MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie mycologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Médicale Médicale
Mr Mamadou DIAKITE	Immunologie-Genetique
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
Mr Bakary MAIGA	Immunologie
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie

4- ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOGO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mamadou BA	Biologie, parasitologie entomologie
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Blaise DACKOOU	Chimie Analytique
Mr Aldiouma GUINDO	Hématologie

D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1- PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2- MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phthisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Sounkalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Daouda K. MINTA	Maladies infectieuses

3- MAITRES ASSISTANTS

Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie

Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépto-Gastro-Entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto-Gastro-Entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Mamadou GUINGO	Radiologie
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Yousoufa Mamadou MAIGA	Neurologie
Mr Modibo SISSIKO	Psychiatrie
Mr Ilo Belle DIALL	Cardiologie
Mr Mamadou DIALLO	Radiologie
Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr Salia COULIBALY	Radiologie
Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie

D.E.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1- PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique, Chef de D.E.R
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2- MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique

Mr Bénéoit Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mme Kokia SANOGO	Pharmacognosie
3- MAITRES ASSISTANTS	
Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya Coulibaly	Législation
Mr Addoulaye DJIMDE	Microbiologie Immunologie
Mr Sekou BAH	Pharmacologie
Mr Loséni Bendaly	Pharmacie Hospitalière

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

1- MAITRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAIGA	Santé Publique
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique, Chef de D.E.R.
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale

3- MAITRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé publique
Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Akory Ag IKNANE	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique
Mr Cheik Oumar BAGAYOKO	Informatique médicale
Mme Fanta SANGHO	Santé Communautaire

4- ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N’Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique(Ministre)
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique
Mr Cheik O. DIAWARA	Bibliographie

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou Cisse	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie
Pr. Pascal BONNABRY	Pharmacie Hospitalière

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 père : Feu Temory KAREMBE

Merci pour notre éducation. J'ai appris de toi, l'esprit d'entreprise et le dévouement au travail. Mais mon regret le plus profond est ton départ prématuré ; mes larmes continuent de couler aujourd'hui, parce que je n'ai pas pu te dire au revoir. Tes bénédictions ont été pour moi une source intarissable de courage et de détermination au cours de ma formation. Papa tu ne jouiras pas du fruit de tes efforts. Reçois cette thèse en signe de mon amour sacré pour toi. Que ton âme repose en paix. Amen !

A mes mères : Djidi TAMBOURA et Gabdo TRAORE

Ce travail est le couronnement de vos souffrances et de vos patiences. Nous avons bénéficié auprès de vous, toute la tendresse affectueuse qu'une mère doit à ses enfants. Votre soutien moral et maternel ne nous ont jamais fait défaut.

Puisse ALLAH, le tout puissant vous faire bénéficier du fruit de votre patience.

Amen.

A mes frères et sœurs

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

A la femme malienne

En témoignage de notre modeste contribution à l'amélioration de santé de la femme et de l'enfant .

REMERCIEMENTS

Je remercie

- **Mon tonton** : Hady Mody SALL

Vous m'avez donné une famille d'accueil chaleureux, d'hospitalité et surtout de sécurité.

Homme d'immense générosité, un logeur impeccable et un chef de famille exemplaire.

Cette thèse est le fruit de vos efforts et c'est l'occasion pour moi de te rappeler mon affection pour votre famille et toute ma reconnaissance.

- **Ma sœur** Feu Wardian KAREMBE

Arrachée brutalement à notre profonde affection.

Merci de tes conseils ; que ton âme repose en paix.

- **Mes frères** : Hamadi, Arsike, Mahamadou, Souleymane et Issa

- **Mes sœurs** : Dicourou, Dicko, Hamsetou et Oumou

- **Mes cousins et cousines** Adama ; Bocar ; Hammadoun ; Oumar ; Binta ; Hawa ; Hadizatou ; Fanta ; Maty ; Aissata.

- **Mes tantes** : Aissata TOURE ; Mabo TAMBOURA

Votre affection, votre courage et vos bénédictions m'ont apporté réconfort et consolation.

Une fois de plus les mots me manquent pour vous exprimer toute ma reconnaissance, car vous avez été une mère pour moi. Que Dieu le tout puissant vous accorde une longue vie. Amen !

- **Mes amis et camarades :** Abraham THERA ; Moctar TOGO ; Alkassoum MAIGA ; Ali TOURE, Dr SAO Ousmane ; Mohamed THERA, Sidiya MAÏGA ; Adama BAGAYOKO ; Sambou SOUMARE ; Mamadou SIDIBE ; Ibrahim TRAORE. Je vous dis merci pour le sentiment amical. Notre amitié a été un exemple. Ce travail est le vôtre.

- **Tous les étudiants de la FMPOS** singulièrement mes camarades de promotion, vous m'excusez pour ces quelques lignes seulement en témoignage de mes sincères remerciements. Les mots me manquent pour faire mieux. Je profite de cette occasion pour souhaiter à vous tous succès et courage.

- **Mes encadreurs :** Dr KANE Famakan ; Dr COULIBALY Pierre M ; Dr Mayda et Dr Elvis. Vous m'avez donné l'amour de la fonction médicale. Je suis très fier de l'encadrement que j'ai reçu de vous. Merci pour vos conseils et la qualité de l'encadrement.

- **L'ensemble des professeurs de la FMPOS** recevez là ma profonde gratitude.

- **Mes aînés du service**

Dr KONARE Fousseyni ; Dr CISSE Sékou A ; Dr KANE Chebou ;
Dr CISSOUMA Souleymane ; Dr DOLO Kounindi ; Dr BERTHE Clément.
Pour vos soutiens et votre bonne collaboration.

- **Tout le personnel du service de Gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo**

Votre accueil, votre collaboration nous manqueront à jamais. Soyez en remerciés.

- **Mes collègues faisant fonction d'internes de l'hôpital Sominé Dolo**

Youssouf HAIDARA ; Mountaga TALL; Modibo Kane KEÏTA ; Bakary Coulibaly ; Mme MAÏGA Ramata MAÏGA; Mme KEÏTA Assaïta SOUGOULE
Mme KONIPO Oulématou Kankou SOW, Pour vos conseils, écoutes, soutiens et surtout votre bonne collaboration.

- **Mes cadets faisant fonction d'internes :**

Moïse DJERMA ; Boureïma DEMBELE ; Ibrahim CISSE.

Pour le respect et la considération.

Je vous souhaite courage et abnégation.

- **Tous les médecins de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti :** pour vos conseils et l'enseignement de qualité que j'ai bénéficié de vous dans la joie et dans le respect mutuel.

- **La direction de l'hôpital Sominé Dolo.**

- **Tout le reste du personnel de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti**

pour votre bonne collaboration pendant ce temps qu'on a passé ensemble.

HOMMAGES AUX MEMBRES

DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur SY Aissata SOW

Professeur titulaire de Gynéco-Obstétrique à la faculté de Médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS).

Chef de service de Gynéco-Obstétrique au centre de santé de référence de la commune II.

Présidente de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SOMAGO).

Chevalier de l'ordre de mérite de la santé

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

La clarté de votre enseignement, votre dextérité, votre rigueur scientifique, vos qualités humaines exceptionnelles font de vous une praticienne hors pair. Votre disponibilité et votre souci du travail bien fait méritent l'admiration.

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

Dieu vous garde longtemps encore auprès de nous. AMEN !!!

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Dr. TRAORE Soumana Oumar

Gynécologue Obstétricien au CSRéf CV du district de Bamako.

Cher maître

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury nous est allée droit au cœur.

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

Cher maître soyez rassuré de notre profonde gratitude.

A NOTRE CO-DIRECTEUR DE THESE

Dr KANE Famakan

Gynécologue Obstétricien

Chef de service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Sominé DOLO

Cher maître

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez fait en nous acceptant dans votre service.

A vos côtés nous avons appris à aimer la gynécologie obstétrique.

Votre disponibilité, votre modestie, votre sens du travail bien fait font de vous un maître admirable.

Respecté et respectable, vous resterez pour nous un miroir, un bon exemple à suivre.

Vous avez été pour nous plus qu'un maître, mais un frère.

En témoignage de notre reconnaissance, nous vous prions cher maître de trouver en cet instant solennel l'expression de nos sentiments les plus sincères.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Salif DIAKITE

Professeur titulaire de gynécologie obstétrique à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie de Bamako ;

Gynécologue Obstétricien au CHU Gabriel Touré.

Cher Maître

C'est un grand honneur et réel plaisir pour nous de vous compter parmi nos maîtres.

C'est avec abnégation que vous avez décidé de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Nous avons admiré votre sens élevé de la transmission du savoir et surtout votre détermination pour la formation des étudiants.

Votre dynamisme, votre amour pour le prochain, votre abord facile et votre disponibilité ont forgé en nous l'estime et admiration.

Veillez accepter cher maître l'expression de notre profond respect.

MTX : Méthotrexate

PMI : Protection Maternelle et infantile

TR : Toucher Rectal

TV : Toucher Vaginal

SA : Semaine d'Aménorrhée

UI : Unité internationale

SOMMAIRE

	PAGES
I. INTRODUCTION	27
II. OBJECTIFS.....	30
III. GENERALITES.....	32
IV. METHODOLOGIE.....	62
V. RESULTATS.....	70
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	90
VII. CONCLUSION.....	97
VIII. RECOMMANDATIONS.....	99
IX. REFERENCES.....	101
X. ANNEXES.....	111

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

1. Définition

Classiquement la grossesse extra utérine se définit comme étant toute grossesse qui se développe en dehors de la cavité utérine [7]. Ces grossesses sont en générale tubaires, mais peuvent être ovariennes, abdominales ou cervicales.

Dans le monde, tous les auteurs s'accordent que la grossesse extra utérine est toujours une urgence. Son évolution peut être grave voire létale et son pronostic fonctionnel médiocre.

Même aux Etats Unis malgré la haute technologie la grossesse extra utérine demeure un problème de santé publique, responsable de 9% des morts maternelles [1] et greve la fertilité ultérieure des patientes.

Au Mali, la GEU est la première cause de mortalité maternelle au premier trimestre de la grossesse au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako [13].

A l'hôpital Gabriel Touré le taux de mortalité de la de grossesse extra utérine était de 1,92% de 1996 à 1997[12].

La grossesse extra utérine occupe le deuxième rang des urgences gynécologiques et obstétricales après la césarienne au Mali [12 ; 13]. Elle est en croissance régulière au Mali et dans les pays en voie de développement [12].

Ceci en rapport avec la multiplicité des facteurs favorisants qui sont entre autres:

- La fréquence élevée des salpingites due aux infections sexuellement transmissibles (IST), aux interruptions volontaires de la grossesse (IVG) ;
- Le recours de plus en plus fréquent à la contraception par dispositif intra utérin (DIU) et par oestroprogestatif ;
- L'accroissement des traitements de stérilité (induction de l'ovulation, fécondation in vitro, chirurgie tubaire).

Son diagnostic est souvent tardif en raison des formes trompeuses et ceci surtout dans les pays en voie de développement malgré les avancées des nouvelles technologies de biologie, de l'échographie et la coelioscopie.

Le pronostic et les modalités thérapeutiques sont en relation étroite avec le stade de dépistage de la maladie.

Au Mali plusieurs études ont été consacrées à ce sujet [12 ; 13 ; 30 ; 62 ; 46].

L'absence de l'étude de cette affection à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti nous a amené à initier ce travail.

OBJECTIFS

II. Objectifs

1. Objectif général

Etudier les aspects épidémiologiques, diagnostics et thérapeutiques de la grossesse extra utérine dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti.

2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence de la grossesse extra utérine dans le service ;
- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patientes,
- Décrire les formes cliniques de la GEU dans le service ;
- Rapporter les méthodes diagnostiques de la GEU dans le service ;
- Rapporter les moyens de traitement de la GEU dans le service ;
- Déterminer le pronostic maternel lié à la GEU dans le service.

GENERALITES

II. GENERALITES

Grossesse extra utérine à l'hôpital Sominé DOLO
Janvier 2006 à Mars 2009

A. Historique

La grossesse extra-utérine, il y a un siècle, était considérée comme une fatalité. C'est LAWSON TAIT [25] 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 [28 ; 12] montrait que le traitement conservateur de la GEU était possible par laparotomie.

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

Le traitement conservateur cœlioscopique de la GEU a été proposé pour la première fois en 1977 par MANHES et BRUHAT [31] et depuis d'autres techniques, non plus chirurgicales mais médicales sont apparues.

Aujourd'hui le traitement médical est utilisé.

La première tentative a été rapportée en 1982 par TANAKAN [28] au Japon avec le Méthotrexate depuis d'autres substances sont utilisées notamment la Mifépristone et les prostaglandines dont les premiers essais ont été réalisés en cœlioscopie par injection intra-tubaire de prostaglandine. En France FERNANDEZ [30] le pratique sous échographie.

L'abstinence thérapeutique est évoquée par certains auteurs: DARGENT [45]

B. Définition

La grossesse extra-utérine est la nidation et le développement de l'œuf fécondé en dehors de la cavité utérine, est grave et est à l'origine habituellement d'accidents hémorragiques qui peuvent mettre en jeu la vie de la patiente par leur abondance[17].

C. Fréquence

Elle est en augmentation régulière ;

C'est la première cause de mortalité maternelle au premier trimestre de la grossesse, représentant près de 10% des morts maternelles totales [3] ;

Elle représente environ 2% des grossesses soit 14000 GEU par an en France [1] ;

La GEU est donc une pathologie fréquente et grave.

D. Anatomie et Physiopathologie

1. Rappel physiologique de la nidation et de l'implantation de l'œuf

La fécondation a lieu habituellement dans le tiers externe de la trompe au niveau de l'ampoule tubaire. L'œuf va migrer dans la trompe pour arriver dans la cavité utérine au 4^{ème} jour. La nidation dans l'endomètre a lieu au 6^{ème} jour. La nidation se fait grâce aux villosités trophoblastiques. Ces dernières vont également éroder des vaisseaux de la paroi dans laquelle s'implante l'œuf, cela vers le 10^{ème} jour, libérant dans la circulation maternelle des bêtas-hCG en quantité suffisante pour être détecté.

Pour que le transit tubaire de l'œuf s'effectue correctement, il nécessite :

- Une activité musculaire de la trompe ;
- Un flux de liquide tubaire ;
- Une activité correcte des cellules ciliées de la trompe car le flux liquidien se dirige vers le pavillon et les battements des cils se font vers l'utérus.

La GEU survient lorsque l'œuf s'implante ailleurs que la cavité, quelle qu'en soit la cause. Au 6^{ème} jours, l'œuf va essayer de s'implanter là où il se trouve.

2. Devenir de l'œuf ectopique

Le début d'implantation se produit le plus souvent comme une grossesse normale : il y'a une différenciation du trophoblaste avec sécrétion d'hCG et

donc un maintien du corps jaune avec ses conséquences sur la muqueuse utérine (formation de caduques). Si les conditions sont suffisantes, un embryon peut commencer à se développer.

La vascularisation tubaire (site le plus fréquent) se révèle rapidement insuffisante, limitant le développement de l'œuf.

A partir de ce moment, le développement de l'œuf ne se fait plus normalement et le corps jaune a des sécrétions hormonales (progestérone) insuffisantes entraînant des métrorragies avec un décollement de la caduque.

Ces métrorragies sont faites de sang rouge et peuvent être abondantes, simulant des règles ou l'expulsion d'une fausse couche spontanée (débris de caduque).

Evolution de la GEU

- Elle peut mourir sur place ;
- Elle peut rompre la trompe qui est beaucoup plus fine et plus fragile que l'utérus, faisant saigner les vaisseaux tubaires érodés ;
- Elle peut se décoller à l'intérieur de la trompe et former un hématosalpinx responsable de métrorragies noirâtres de faibles abondances ;
- Elle peut s'expulser dans la cavité péritonéale par le pavillon et laisser les vaisseaux tubaires saigner. C'est l'avortement tubo-abdominal ;
- Dans tous les cas, on peut retrouver un épanchement sanguin dans la cavité péritonéale.

Lorsque le sang se collecte dans le cul de sac de Douglas, il forme une hématocele rétro-utérine. Lorsqu'il est diffus, il forme un hémopéritoine.

3. Localisation des implantations ectopiques

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

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

Cependant, d'autres nidations aberrantes peuvent survenir telles qu'ovarienne,

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

On a même décrit des grossesses extra-utérines survenues après hystérectomie sub-totale ou totale avec nidation dans la trompe restante ou dans le col restant [36].

3-1. Les implantations tubaires

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

3-1-1. Les grossesses interstitielles

Leur fréquence est de 1-2% JANECEKP et COLL [33]. On distingue trois types topographiques de grossesses interstitielles :

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

3-1-2. La grossesse isthmique

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

3-1-3. La grossesse ampullaire

C'est l'implantation la plus fréquente représentant environ 55% des cas [33].

3-1-4. La grossesse fimbricale et infundibulaire

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

3-2. L'implantation ovarienne

Elle est caractérisée par l'intégrité tubaire homo et controlatérale avec présence d'un sac ovulaire sur l'ovaire relié à l'utérus par le ligament utéro-ovarien, ainsi que par la présence de tissu ovarien en contact direct avec le sac ovulaire [33].

On distingue :

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

L'évolution de la grossesse ovarienne peut se faire soit in situ, soit vers la greffe abdominale secondaire, certains auteurs pensent que la forme intra-ligamentaire de la grossesse extra-utérine pourrait être une variété de l'implantation ovarienne.

3-3. L'implantation 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. L'évolution peut se prolonger au delà du cinquième mois, mais des accidents hémorragiques graves peuvent survenir [33].

3-4. L'implantation cervicale

C'est une localisation très rare, environ 1 cas / 5 000 grossesses [27 ; 44]. On doit la distinguer de l'avortement incomplet avec rétention et transplantation secondaire du trophoblaste au niveau de l'endo-col, et aussi des grossesses cervico-isthmiques, qui de part leur implantation basse et partiellement intra-utérine, peuvent évoluer jusqu'à terme. La grossesse cervicale est caractérisée par le fait qu'elle se termine avant le troisième mois et qu'à l'examen histologique, la cavité utérine présente les caractéristiques d'une caduque ectopique sans aucun élément trophoblastique. Sa rareté pourrait s'expliquer par la structure de la muqueuse endo-cervicale, constituée par un épithélium cylindrique qui secrète continuellement du mucus à la moindre irritation s'opposant ainsi à toute tentative de nidation.

3-5. L'implantation intra-ligamentaire

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

Les feuillets du ligament large sont écartés et la trompe, distendue s'enfonce profondément dans le tissu conjonctif. Si la paroi musculaire amincie de l'oviducte se rompt, l'œuf entier ou le fœtus seul peut être entouré directement par les feuillets du ligament large [29].

3-6. L'implantation dans une corne utérine rudimentaire

C'est une localisation très rare dont l'incidence varierait de 1/5000 à 1/150 000 grossesses. Elle n'est pratiquement jamais diagnostiquée avant l'apparition des complications. Embryologiquement, la corne utérine rudimentaire appartient au groupe des malformations utérines majeures caractérisées par une agénésie unilatérale due à un arrêt de développement des canaux de Müller.

Comme dans la plupart des cas, il n'y a pas de communication avec la corne normale, il est évident que les spermatozoïdes doivent monter par le tractus normal et faire une migration péritonéale, étant donné que dans 95% des cas le corps jaune se trouve du même côté que la corne rudimentaire [27].

Dans certains cas, il s'agit probablement d'embryon d'une grossesse gémellaire, l'un avec évolution normale dans la corne utérine et l'autre avec évolution dans la corne rudimentaire.

Cette possibilité est mentionnée dans la littérature [34]. L'évolution de cette localisation de grossesse extra utérine jusqu'à terme est rare : environ 1% [26].

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

3-7. L'implantation corneale

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

3-8. L'implantation multiple

L'incidence de Grossesse Extra Utérine combinée à une grossesse tubaire est approximativement de 1/30 000 grossesses [60].

La possibilité de super fécondation dans ce cas a été évoquée.

1-Grossesse interstitielle

2- isthmique

3- ampullaire

4- infundibulaire

5- fimbricale

6- ovarienne

7- abdominale

8- cervicale

9- intraligamentaire. 10- corne utérine rudimentaire. 11- corneale

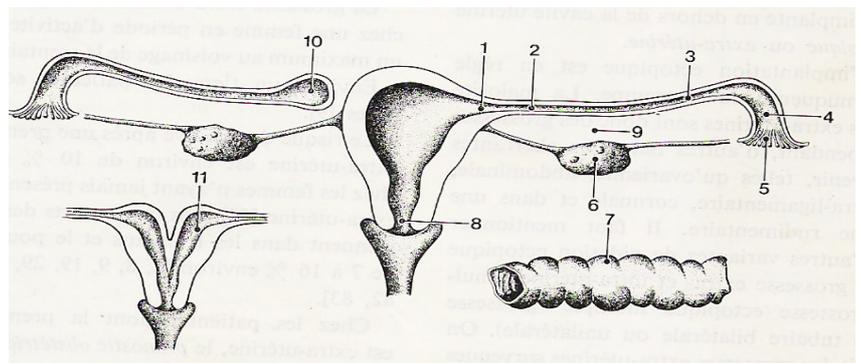


FIGURE 1 : Localisation des grossesses ectopiques

4. Aspect de la grossesse extra utérine

4-1. Macroscopie

La GEU forme une voussure ovoïde rouge vif, violacée sur la trompe dont le reste est mal vascularisé, turgescence, congestif.

4-2. Microscopie : On trouve dans la zone d'insertion :

- Une musculature amincie et infiltrée ;
- La formation chorioplacentaire ;
- L'utérus grossit un peu, subit une modification déciduale (fausse caduque sans villosités choriales) qui est éliminée à la mort.

5. Etiopathogénies des Grossesses Extra Utérines

Dans environ 50% des cas, l'étiologie de la Grossesse Extra Utérine est inconnue. Plusieurs facteurs peuvent intervenir, mais le retard de migration de l'œuf à travers l'oviducte est le facteur constant de l'implantation extra-utérine. Plusieurs raisons ont été évoquées [33]

- **Le retard de la captation ovulaire** : Il serait responsable dans environ 10% des cas, surtout lorsque la ponte ovulaire surviendrait sur l'ovaire controlatéral. Ainsi la nidation du blastocyte se ferait avant l'arrivée dans la cavité utérine. Cette hypothèse serait confirmée par la présence d'un corps jaune sur l'ovaire controlatéral dans environ 10-50% des cas [31; 46; 55]
- **Les troubles de la migration ovulaire** : ils sont responsables dans environ 80% des cas et peuvent être dus à différentes causes qu'il faut essayer de retrouver car elles conditionnent le pronostic ultérieur [33].
- **Remaniement tubaire inflammatoire** : la salpingite a comme conséquence une destruction des cils vibratiles de l'épithélium tubaire [32]. Cette affection serait responsable dans environ 30-50% des cas de grossesses extra-utérine [41].
- **Endométriose** : Selon certains auteurs, cette affection serait responsable d'une grossesse extra-utérine dans 10-20% des cas. La localisation typique est la

partie interstitielle de la trompe [39].

- **Statuts post opératoires** : Les statuts après plastie tubaire sont considérés comme facteurs importants. Le traumatisme post-opératoire vient s'ajouter aux lésions préexistantes [33].

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

Elle avait connu un certain recul mais dans ces dernières années avec l'avènement de l'infection VIH, le nombre de cas de tuberculose a augmenté, par conséquent on doit s'attendre à un regain de cas de tuberculose génitale.

- Troubles du péristaltisme en particulier les spasmes, sont reconnus comme facteurs étiologiques [13].

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

- **Contraception** : le rôle du stérilet et du micropilule dans la survenue d'une grossesse extra-utérine est peu vraisemblable. Il faut cependant penser systématiquement à la grossesse extra-utérine lors de tout retard de règles chez une porteuse de stérilet [35]. Il admet que le risque de faire une GEU se situe entre 20 et 40 pour 1.000 grossesses en cas de présence du dispositif intra-utérin, contre 3 à 12 pour 1.000 dans la population en général. LEHFELD [52] a montré que si le dispositif intra-utérin (DIU) est de moindre efficacité contre la GEU, il réduit cependant sa fréquence. VILLE et COLL [36] concluent à une multiplicité des facteurs de risques, avec en particulier un risque multiplié par 9 en cas de port de DIU. De plus le type de dispositif intra-utérin semble avoir une importance capitale dans la survenue de la grossesse extra-utérine.

Aussi ils trouvent qu'une femme qui devient enceinte alors qu'elle est porteuse d'un stérilet a un risque élevé entre 0,8 et 10% de présenter une grossesse extra-utérine. Pour eux, la comparaison des risques entre les différents types de stérilet

n'est pas toujours facile à établir en raison des variations possibles des caractéristiques des utilisatrices. Cependant les taux pour les dispositifs inertes et les dispositifs en cuivre sont voisins d'une grossesse extra-utérine pour 1 000 années femmes.

Il est pour l'instant impossible de savoir si cette différence est due au stérilet ou aux caractéristiques particulières des femmes utilisant ce modèle de dispositif intra-utérin.

En conclusion il faut toujours rester vigilant devant toute symptomatologie anormale en cas de prise de contraception orale (l'ovule étant fréquent et souvent non avoué).

E. DIAGNOSTIC

Il n'est pas toujours évident. Aucun signe clinique n'est suffisamment sensible ou spécifique. La GEU peut mimer quasiment toutes les pathologies gynécologiques d'urgence. L'idéal serait d'arriver à faire le diagnostic à un stade le plus précoce possible, mais rien ne la différencie alors d'une grossesse normale.

Dans tous les cas, il est important de faire le diagnostic avant la rupture. La GEU fait partie des diagnostics que l'on n'évoque jamais assez, tant les risques de la laisser évoluer sont graves.

Le diagnostic de la GEU repose sur le trépied clinique-biologique-échographique.

1. Diagnostic positif

1-1. Grossesse extra utérine tubaire non compliquée

La symptomatologie est très variée.

1-1-1. Interrogatoire

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

* **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.

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

* **Irrégularité du cycle menstruel** : Elle concerne essentiellement la période de survenue, la durée et l'aspect.

1-1-2. L'examen physique

a) L'inspection

L'examen général peut révéler une pâleur conjonctivale. Cet examen peut-être normal, ce qui n'exclut pas le diagnostic de GEU.

b) La 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 précis.

c) Percussion

A ce stade il a peu d'intérêt

d) Examen au spéculum

Le col est normal ou violacé comme celui d'une femme enceinte. L'écoulement s'il existe, vient de la cavité utérine.

e) Toucher vaginal

On est frappé par 2 phénomènes :

- L'utérus quoi que ramolli, est 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 » latéro-utérine de MONDOR.

f) Toucher rectal

Il confirme l'existence d'une masse latéro-utérine.

1-2. Grossesse tubaire compliquée

Les complications sont nombreuses et sont essentiellement d'ordre hémorragique, à savoir :

1-2-1. Inondation péritonéale**1-2-1-1. 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.

1-2-1-2. Clinique**a) Interrogatoire**

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.

b) Examen physique**- Inspection**

On note les signes de choc hémorragique : pâleur, baisse de la pression artérielle, soif intense, sueur, respiration ample et superficielle.

- Palpation

On constate un pouls petit et filant, des extrémités froides.

L'abdomen est ballonné sensible mais pas de contractures.

- Percussion

On note une matité dans les flancs traduisant un hémopéritoine.

- Toucher vaginal

Retrouve un cri du Douglas.

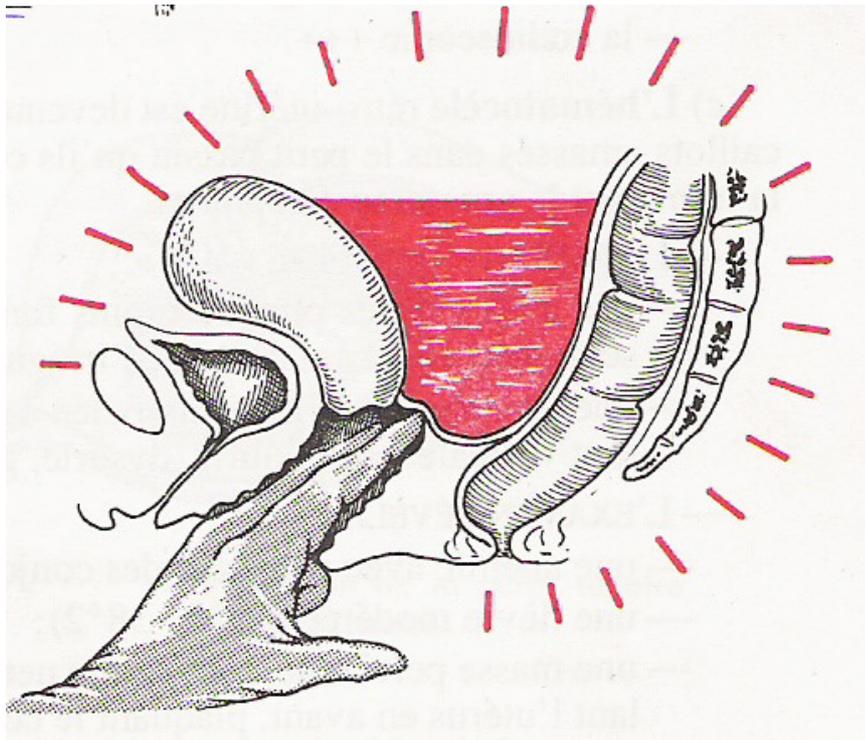


FIGURE 2 : GEU rompue avec épanchement de sang dans le Douglas
(Cri du Douglas au toucher vaginal)

1-2-2. Les hémorragies aiguës et subaiguës

Ceux 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 : on note :

- l'aménorrhée
- des métrorragies peu abondantes ;
- une douleur d'intensité variable.

Les signes généraux sont marqués et constants : vertiges, tachycardie, légère baisse de la pression artérielle, anémie et leucocytose.

*Toucher vaginal

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 grossesses extra-utérines.

1-2-3. Hématocèles

a) Mécanisme

Il s'agit d'un saignement progressif qui va se collecter au point déclive de la cavité abdominale.

Ce saignement s'enkyste d'où le nom d'hématocèle enkystée.

b) Clinique : 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 ;
- Un gêne vésico-rectal ;
- Un état subfébrile.

*** Toucher Vaginal**

Montre une masse se moulant au pourtour postérieur et latéral de l'utérus.

En effet l'hématocèle peut se rompre ultérieurement, réalisant dans ce cas hémopéritoine aiguë et cataclysmique, il peut suppurer. Il ne faut pas compter sur sa résolution spontanée.

Il y a 2 formes anatomiques principales d'hématocèle :

- ° Hématocèle anté-utérine
- ° Hématocèle rétro-utérine.

1-2-4. Hématosalpinx

a) Mécanisme

Il correspond à une grossesse ectopique interrompue mais non rompue.

Son diagnostic clinique est très difficile.

b) Clinique: elle montre :

- Un retard des règles ou des métrorragies ;
- Des douleurs abdominales.

***Toucher vaginal :** Révèle une tuméfaction latéro-utérine.

La cœlioscopie reste l'examen clé pour étayer le diagnostic.

1-3. Les formes cliniques de la grossesse extra-utérine

Elles sont nombreuses et sont à l'origine des erreurs diagnostics. On distingue essentiellement :

1-3-1. La grossesse extra-utérine bilatérale

Elle doit être évoquée systématiquement en cas d'échec des traitements médicaux et chirurgicaux.

1-3-2. La forme après IVG

Chez une femme qui consulte pour des métrorragies ou des douleurs abdominales après une interruption volontaire de grossesse (IVG), la GEU doit être évoquée. Il faut dans ces cas vérifier la réalité de la grossesse intra-utérine en demandant une échographie.

1-3-3. La forme pseudoabortive

Cette forme mime une fausse couche.

Les métrorragies sont rouges et abondantes, s'accompagnent de coliques expulsives. C'est le bilan paraclinique qui redresse le diagnostic.

1-3-4. Formes hétérotopiques

Particulièrement trompeuse, il s'agit de l'association d'une GEU et d'une GIU.

Les formes spontanées sont rares, entre 1/3000 et 1/10000 grossesses [1] avec un tableau de menace d'avortement, une masse annexielle dense.

L'ablation chirurgicale de grossesse ectopique doit éviter tout geste traumatique sur l'utérus.

1-3-5. GEU après hystérectomie

Plus de 30 cas ont été rapportés dans la littérature entre 1885 et 1983 [1]. Ces cas peuvent survenir dans les jours qui suivent mais aussi plusieurs années après l'hystérectomie [17].

Les cas immédiats sont expliqués par un rapport sexuel dans les 48h qui précèdent l'intervention.

1-3-6. Forme simulent une salpingite

Elles associent douleur pelvienne, métrorragie et température à 37,8 - 38°C. Le dosage de β -hCG et l'échographie rétablissent le diagnostic.

1-3-7. Formes pseudo appendiculaires

Elles sont dominées par des douleurs dans la fosse iliaque droite.

1-4. Bilan paraclinique

1-4 -1. β -hCG

L'hCG est une hormone glycoprotéique produite par le blastocyste avant l'implantation.

Elle est composée de deux sous unités alpha et bêta. La sous unité alpha a une structure identique à celle des sous unités de luteinizing hormone (LH), follicule stimulating hormone (FSH) et thyroïde stimulating hormone (TSH). La sous unité bêta spécifique de chaque hormone.

Le taux sérique d'hCG atteint sa valeur maximale entre 8 et 10 semaines de grossesse, puis décroît.

L'utilisation d'anticorps monoclonaux anti-hCG permet de dépister et de quantifier l'hCG dans le plasma dès le huitième jour postovulatoire, soit le 22^{ème} jour du cycle, donc avant le retard des règles.

Mais la valeur absolue d'hCG ne renseigne ni sur le siège, ni sur le terme de la grossesse.

Précaution d'utilisation

Il existe trois standards de référence pour le dosage. Ceci explique pourquoi, seuls les taux de β -hCG issus d'un même laboratoire peuvent être comparés.

Dosage qualitatif

C'est le seul examen qui, négatif, permet d'exclure le diagnostic de GEU aigue (en revanche, des β -hCG négatif n'excluent pas le diagnostic d'hématocèle enkystée encore appelée par certains « GEU chronique »

Dosage quantitatif

Un dosage unique d'hCG ne permet pas de diagnostiquer le siège d'une grossesse. Des taux de 10 à plus de 100 000 UI/L sont observés dans les GEU [14].

Cinétique des β -hCG

La cinétique des β -hCG à un intérêt diagnostic, le temps de doublement des β -hCG est de 48 heures dans la plupart des GIU évolutives, mais 17% des GEU ont un taux de doublement normal, tandis que 15% des GIU évolutives ont une augmentation de moins de 66% après 48 heures [15].

A J4, une diminution de plus de 50% des β -hCG rend l'avortement spontané très probable, une élévation de plus de 50% des hCG rend la GIU possible, enfin une diminution ou une élévation de moins de 50% rend le diagnostic de GEU plus probable.

Seuil de discrimination

L'utilisation du seuil de discrimination a été proposée pour la première fois par KADAR en 1981[1]. Le seuil de discrimination est défini comme la valeur d'hCG la plus faible au-delà de laquelle un sac endo-utérin peut toujours être visualisé par échographie endovaginale.

IL est habituel d'observer un sac ovulaire intra-utérin par un taux de bêta hCG supérieur ou égale à 1000 UI /l lorsqu'on réalise une échographie par voie endovaginale. Ce seuil est fixé à 2500 UI/L pour une échographie sus-pubienne. Cependant, ces limites sont pour une part dépendante de l'expérience de

l'échographiste. En dessous de ces seuils, lorsque l'échographie n'est pas pertinente, la répétition des dosages de bêta-hCG est plus informative en tenant compte non plus de la valeur absolue mais de la variation des taux. Cependant, pour une analyse correcte, il convient de disposer de dosages effectués au sein du même laboratoire avec la même trousse de dosage. Cette approche permet de s'affranchir de la connaissance précise de la date des dernières règles normales.

1-4-2. Progestéronémie

Durant les 8 à 10 premières semaines de grossesse, les taux de progestéronémie changent peu. La notion de progestéronémie basse en cas de GEU est intéressante. Toutefois, le débat reste ouvert pour savoir si ce dosage permet réellement une discrimination entre GEU et avortement spontané, ou seulement une distinction entre grossesse non viable (GEU ou GIU arrêtée) et une GIU viable.

Concrètement, le dosage de la progestéronémie est discriminant pour le diagnostic de vitalité d'une grossesse jeune au seuil de 25 ng/ml.

Il est peu performant isolément dans le diagnostic différentiel entre grossesse ectopique et avortement spontané.

1-4-3. Echographie

Les progrès de l'imagerie avec notamment l'échographie vaginale, ont bouleversé le diagnostic de la GEU et permettent un diagnostic de plus en plus précoce. Deux tiers des GEU sont actuellement diagnostiquées avant la rupture tubaire. L'échographie couplée au diagnostic biologique joue un rôle fondamental dans la prise en charge d'une suspicion de GEU.

1-4-3 -1. Echographie abdominale (vessie pleine)

L'échographie endovaginale doit aujourd'hui être réalisée en première intention.

La voie abdominale nécessite une vessie en réplétion imposant une attente incompatible avec un diagnostic qui est souvent réalisé dans le cadre de

l'urgence ; par ailleurs, elle impose d'utiliser des sondes de faibles fréquences qui ont une moins bonne résolution.

On se souvient qu'il existe cependant quelques rares cas où l'échographie endovaginale est négative mais l'échographie abdominale est positive [16].

L'échographie abdominale peut avoir un intérêt en cas d'utérus polomyomateux, rétroversé, ou chez une femme porteuse d'anomalie annexielle connue.

La réalisation d'une échographie abdominale et endovaginale augmente de 0 à 0,5% la sensibilité du dépistage par rapport à l'échographie vaginale seule [1].

Les signes échographiques décrits par voie abdominale ne sont pas spécifiques de cette voie ; ils sont décrits ci-après.

1-4-3-2. Echographie endovaginale (vessie vide)

Signe direct de GEU : masse annexielle

• Localisation

L'exploration de l'annexe doit débiter par le repérage des ovaires et du corps jaune (dans 85% des cas selon BOURNE [10]).

La GEU apparaît souvent comme une masse annexielle anormale située près de l'ovaire.

• Description

Sac gestationnel :

- Il peut s'agir d'un sac contenant un embryon avec une activité cardiaque (6 à 18% des cas) ou contenant une vésicule vitelline ou un embryon, mais sans activité cardiaque.
- Il s'agit parfois d'un sac vide entouré d'une paroi épaisse (de 4 à 6mm) correspondant à la réaction trophoblastique donnant une image d'« anneau tubaire ».
- Il existe parfois une image échogène hétérogène de 3 à 9 mm, peu spécifique échographiquement, mais très suspecte dans ce contexte.

Le diagnostic de GEU par visualisation de sac ectopique est obtenu dans 48 à 69 % des cas de GEU [1].

1-4-4. Culdocentèse

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

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

1-4-5. Ponction trans-pariétale (trans-abdominale)

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

1-4-6. 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.

1-4-7. Cœlioscopie

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

retards au diagnostic qui compromettent les possibilités de chirurgie conservatrice.

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

- **Absolues** : antécédent d'intervention pour occlusion, péritonite ou autre chirurgie majeure abdominale.
- **Relatives** : antécédent de laparotomie pour chirurgie pelvienne non compliquée.

Les aspects endoscopiques : on pourra observer :

- Une trompe soufflée, hyper-vascularisée, violacée, d'hématosalpinx, accompagnée souvent de caillots accolés au pavillon dans les cas typiques de grossesse tubaire jeune.
- Une simple dilatation ovulaire, bleutée avec un peu de sang distillant du pavillon.
- Une masse caillotique appendue à ce pavillon : C'est l'avortement tubo-abdominal.

Parfois, en raison de la précocité de la coélioscopie, un simple ressaut (simple induration) est perçu au passage du palpeur lors de l'examen minutieux de la trompe.

- Rarement on peut observer un magma rétro-utérin fait de caillots plus ou moins organisés et adhérentiels : C'est l'hématocèle enkystée.

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

Les limites de l'examen

En cas de cœlioscopie ultra-précoce, il peut arriver qu'une grossesse extra-utérine très jeune ne puisse être mise en évidence.

Il peut arriver aussi que par l'existence d'adhérences une trompe ne soit pas vue sur toute sa longueur. La laparotomie exploratrice s'impose alors.

1-4-8. L'examen histologique

L'examen de la caduque utérine recueillie par curetage ou par expulsion spontanée révèle :

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

2. Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel doit toujours être évoqué chez une femme en âge de procréer présentant des métrorragies ou des douleurs pelviennes, avec ou sans contexte d'aménorrhée. Le dosage du taux de beta-HCG doit alors être systématique.

S'il est positif et qu'une GEU a été éliminée, il peut s'agir également d'un des diagnostics suivants : avortement spontané, grossesse intra-utérine hémorragique, grossesse molaire.

En absence de grossesse, les diagnostics à éliminer seraient :

- torsion d'annexe ;
- rupture de kyste de l'ovaire ;
- torsion d'un fibrome pédiculé ;
- infection tubaire : salpingite, pyosalpinx, hydrosalpinx ;
- pathologie urologiques : pyélonéphrite, colique néphrétique ;
- pathologie digestive : appendicite aigue.

F. TRAITEMENT

Le traitement de la GEU fait appel à des moyens très différents, du moins invasif au plus invasif.

1. Traitement chirurgical

Le traitement de référence de la GEU est actuellement coeliochirurgical, puisque les avantages de l'endoscopie sur la laparotomie sont démontrés en termes de pertes sanguines, de risque adhérenciel, de consommation d'analgésiques, de durée d'hospitalisation et de convalescence.

1-1. Coeliochirurgie

Le premier temps opératoire est un temps diagnostique. En effet, la coelioscopie va permettre la confirmation diagnostique, la localisation, puis le traitement de la GEU

°Le traitement conservateur : consiste en une salpingotomie.

Cette technique est la plus utilisée. Elle consiste en une incision linéaire à électrode monopolaire, aux ciseaux ou au laser sur le bord antimésial de la trompe en regard de la GEU. Le trophoblaste est ensuite décollé grâce à l'aspiration-lavage et extrait à la pince. L'intervention se termine par un contrôle d'hémostase et par une toilette péritonéale soigneuse.

La salpingotomie est indiquée :

- Chez les patientes jeunes désirant une grossesse ultérieure ;
- Quand la trompe atteinte n'est pas trop altérée;
- Quand la trompe controlatérale est absente ou obstruée.

Les caractéristiques de la GEU (taille, localisation et rupture tubaire) ne sont pas des contre indications à un geste conservateur, mais peuvent rendre le geste difficile et influencer le chirurgien dans le choix d'un traitement radical.

Les échecs thérapeutiques sont liés à la persistance d'un résidu trophoblastique actif après salpingotomie. Ce taux est variable selon les études, de 5 à 29%. Ils sont dépistés systématiquement par la surveillance postopératoire de la beta-hCG plasmatique à 48 heures, puis une fois par semaine jusqu'à la négativation. La patiente doit être mise sous contraception orale pendant au moins 3 mois

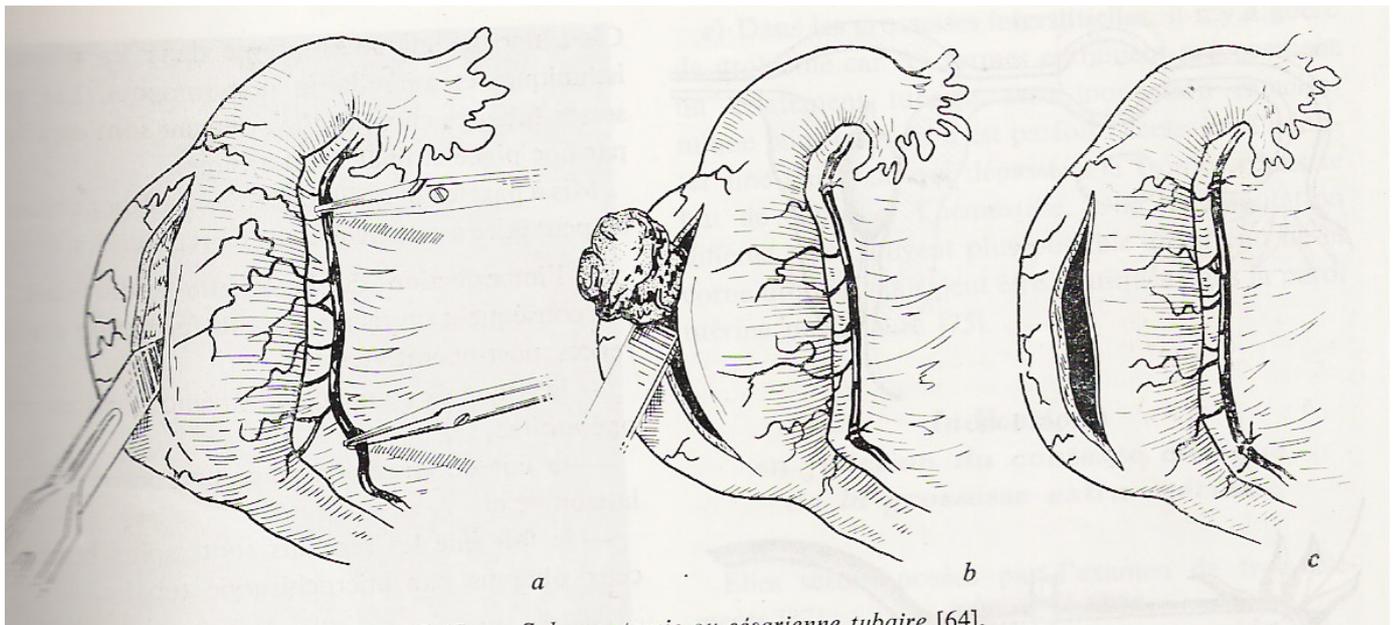


Figure 3 : Salpingotomie ou césarienne tubaire

° **Traitement radical :** consiste à une **salpingectomie**.

Il s'agit d'une salpingectomie par coagulation section à la pince bipolaire de l'isthme tubaire, du mesosalpinx et de son arcade tubaire puis du ligament tubo-ovarien avec respect du ligament lombo-ovarien.

Indication

- Chez la patiente âgée non désireuse de grossesse ultérieure ;
- Si la trompe est altérée ;
- Si l'hémostase est impossible ;
- En cas de récurrence homolatérale de GEU ;
- Si la trompe controlatérale est saine ;
- Chez une patiente non observante dont la surveillance postopératoire est impossible.

Dans certains cas de récurrences multiples de GEU, on peut être amené de pratiquer une salpingectomie bilatérale sur des trompes altérées afin d'inclure la patiente en fécondation in vitro.

Cette technique ne nécessite aucun suivi de bêta-hCG. Le risque de récurrence ainsi que la fertilité ultérieure ne sont pas liés au traitement conservateur ou

radical mais plutôt aux antécédents tubaires de la patiente. L'état du pelvis et le souhait de la patiente seront donc les éléments primordiaux dans le choix du type de traitement.

1-2. Laparotomie

La laparotomie peut être conservatrice ou radicale.

Indication :

- Hémopéritoine massif avec instabilité hémodynamique;
- Contre indication à la coelioscopie (patiente multi-opérée, syndrome adhérenciel majeur)
- Opérateur non expérimenté ou matériel coelioscopique insuffisant.

1-3. Indication du traitement chirurgical

Le traitement chirurgical est indiqué dans plusieurs situations :

- La rupture tubaire, que celle-ci soit suspectée cliniquement (syncope, défense, Bloomberg, scapulalgie), biologiquement (anémie) ou échographiquement (épanchement péritonéal abondant) ;
- Les GEU avec β -hCG > à 10000 UI/L ;
- Les GEU avec activité cardiaque ;
- Les GEU hétérotopiques ;
- En cas de patiente non compliant (suivi par beta-hCG impossible) ;
- En cas de récurrence de GEU ;
- Si le diagnostic nécessite la réalisation d'une coelioscopie.

1-4. Surveillance du traitement chirurgical

Si un traitement conservateur (salpingotomie ou expression pavillonnaire) est réalisé, un suivi par bêta-hCG doit être effectué afin de dépister une persistance du trophoblaste qui justifie un traitement complémentaire par MTX. Si le gynécologue pense que la patiente ne réalise pas les contrôles sanguins prescrits, il peut envisager un traitement prophylactique par MTX.

En cas de traitement radical, la surveillance par beta-hCG est le plus souvent inutile (dans les cas où l'on observe en peropératoire une greffe trophoblastique péritonéale, on demande un dosage de bêta- hCG 15 jours après l'intervention).

2. Traitement non chirurgical

2 -1. Abstention thérapeutique

La prise en charge d'une GEU par l'abstention thérapeutique est à privilégier pour des patientes asymptomatiques ayant des taux décroissants de bêta hCG, si l'hémopéritoine est absent ou minime, si le taux initial de bêta-hCG est inférieur à 1000 UI/L ou en cas d'incertitude diagnostique entre GEU et avortement spontané. Une diminution du taux de bêta-hCG doit être observée à 48 heures, et ce dernier est contrôlé jusqu'à négativation.

2 -2. Traitement médical

Le traitement médical de la GEU donne des résultats en terme d'efficacité qui en font une véritable alternative au traitement chirurgical. Selon des indications précises, le traitement de référence est le méthotrexate (MTX), que l'on peut effectuer en ambulatoire.

Le méthotrexate est un antagoniste de l'acide folique. De part son tropisme pour les cellules du trophoblaste, il entraîne une destruction partielle mais suffisante des cellules pour interrompre le signal hormonal endogène et provoque la régression de la GEU.

Parallèlement à son effet cellulaire antiprolifératif, le méthotrexate est responsable **d'effets secondaires** dont les plus fréquents sont :

- Les stomatites ;
- La leucopénie ;
- Les nausées avec douleur abdominale ;
- Les alopecies et élévation des enzymes hépatiques.

Les contres indications au méthotrexate

- Une thrombopénie inférieure à 100 000/mm³ ;
- Une anomalie de la coagulation sanguine ;

- Une insuffisance rénale et une insuffisance hépatique.

Le bilan préthérapeutique doit comporter :

- Une numération formule sanguine ;
- Un bilan de la coagulation ;
- Un bilan hépatique et rénal.

Il existe deux voies d'abord : injection intramusculaire ou locale sous contrôle échographique.

Indication du traitement médical

- Patiente peu symptomatique ou asymptomatique ;
- Etat hémodynamique stable ;
- Taux bêta-hCG < 5000UI/L ;
- Hémopéritoine minime (< 300 cm³) ou absent ;
- Hématosalpinx < 4cm ;
- Absence d'activité cardiaque visible à l'échographie ;
- Patiente multiopérée ;
- Syndrome adhérentiel majeur ;
- Obésité morbide ;
- Contre indication à l'anesthésie ;
- GEU de siège inhabituel (interstitielle, angulaire, ovarienne, cervicale)
- Echec d'une chirurgie conservatrice ;
- Score thérapeutique de Fernandez < 13 (tableau 1)

Tableau 1 : Score thérapeutique de Fernandez

	1	2	3
Jour d'aménorrhée	> 49	49 - 42	≤ 42
β-hCG (UI/L)	≤ 1000	1000 - 5000	> 5000
Progestérone (ng /mL)	≤ 5	5 - 10	> 10
Douleur	Absente	Provoquée	spontanée
Hématosalpinx (cm)	≤ 1	1 - 3	> 3
Hémopéritoine (ml)	0	1-100	> 100

Contre indication du traitement médical

- état hémodynamique instable (saignement actif, rupture tubaire) ;
- taux bêta-hCG > 5000UI/L
- hémopéritoine > 300 cm³ ;
- hématosalpinx > 4 cm ;
- embryon avec activité cardiaque visible à l'échographie ;
- contre indication médicale au méthotrexate ;
- mauvaise observance et adhésion de la patiente ;
- doute diagnostic.

Schéma thérapeutique

- Un schéma « dose multiples » : 4 injections IM de méthotrexate de 1mg/kg (à J0, J2, J4, J6) en alternance avec 4 doses de 0.1mg/kg d'acide folique Per os (à J1, J3, J5, J7) ;
- Un schéma « dose unique » : 1 injection IM de 1 mg/kg de méthotrexate ;
- Un schéma « in situ » : 1 injection in situ de 1mg/kg de méthotrexate.

Durant la première semaine, le taux de bêta-hCG augmente, pour ne revenir à la valeur initiale que vers le 8^e jour. Cette élévation est due à deux phénomènes : l'accélération initiale du métabolisme du bêta-hCG par le méthotrexate et la destruction cellulaire trophoblastique majorant le relargage systémique.

Pour le schéma à dose unique, une dose additionnelle peut être décidée à J4 si le taux est supérieur de 40% au taux initial ou si le taux est supérieur à celui de J0.

Les patientes sont revues à J2 pour une évaluation clinique et échographique et à J4, J7 pour une évaluation clinique, échographique et biologique. A J7 en plus du dosage des bêta-hCG, on effectue un contrôle de la numération globulaire, des plaquettes, du bilan de coagulation, bilan rénal et hépatique. Puis il va falloir doser le taux de bêta-hCG une ou deux fois par semaine jusqu'à la négativation.

Le taux de progestérone est un bon marqueur du succès, d'autant qu'il se négative plus vite que le taux de bêta-hCG.

Une exacerbation des douleurs pelviennes peut être noter dans les 24 heures post injection et peut persister jusqu'au 4^e jour correspondant à la nécrose de la GEU.

Les indications chirurgicales définissant les échecs du traitement médical sont :

- la survenue d'un état de choc ;
- l'apparition d'un hémopéritoine important ;
- des douleurs rebelles ;
- une non décroissance du taux de bêta-hCG après plusieurs injections de méthotrexate ;
- la persistance d'un hématosalpinx ;
- une contre indication médicale à une nouvelle injection de méthotrexate du fait d'effets indésirables.

METHODOLOGIE

IV. METHOLOGIE

1. Cadre d'étude

1-2. Caractéristiques générales de la région de Mopti

La région de Mopti située au centre du pays avec une superficie de 79017 km² est la 5^{ème} région du pays. Elle est limitée au Nord par la région de Tombouctou (cercle de Rharous et de Niafunké), au Sud par le Burkina- Faso (sous préfectures de Djibo, Ouahigouya et Tougan) et la région de Ségou (cercle de Tominian, San et Macina), à l'Ouest par la région de Ségou (cercle de Niono et Macina), à l'Est par le Burkina- Faso (sous-préfecture de Djibo) et la région de Tombouctou (cercle de Rharous). La majorité du territoire de cette région est située en zone sahélienne.

Elle est divisée en deux grandes zones agro-écologiques, qui sont :

- La zone exondée située en grande partie à l'Est et comprend les cercles de Bankass, Bandiagara et Koro et une partie des cercles de Djenné, Mopti, et Douentza. Cette zone est divisée en deux parties : la zone montagneuse et la plaine.
- La zone inondée ou delta intérieur du Niger est une vaste zone marécageuse pendant la saison de la crue annuelle du fleuve Niger et son affluent le Bani. Cette zone comprend les cercles de Youwarou, Tenenkou et une partie importante des cercles de Douentza, Mopti et Djenné.

La population s'élève à 1865297 habitants.

La plupart des ethnies du Mali y sont représentées : Bambara 26% ; Peulh et Rimaïbé 23% ; Sonrhaï 18% ; Bozo 11% ; Dogon 9%.

Le taux d'accroissement de la population entre 1998 et 1999 est de 2,2%.

Près de 50% de la population de cette région à moins de quinze ans et la majorité vit en zone rurale.

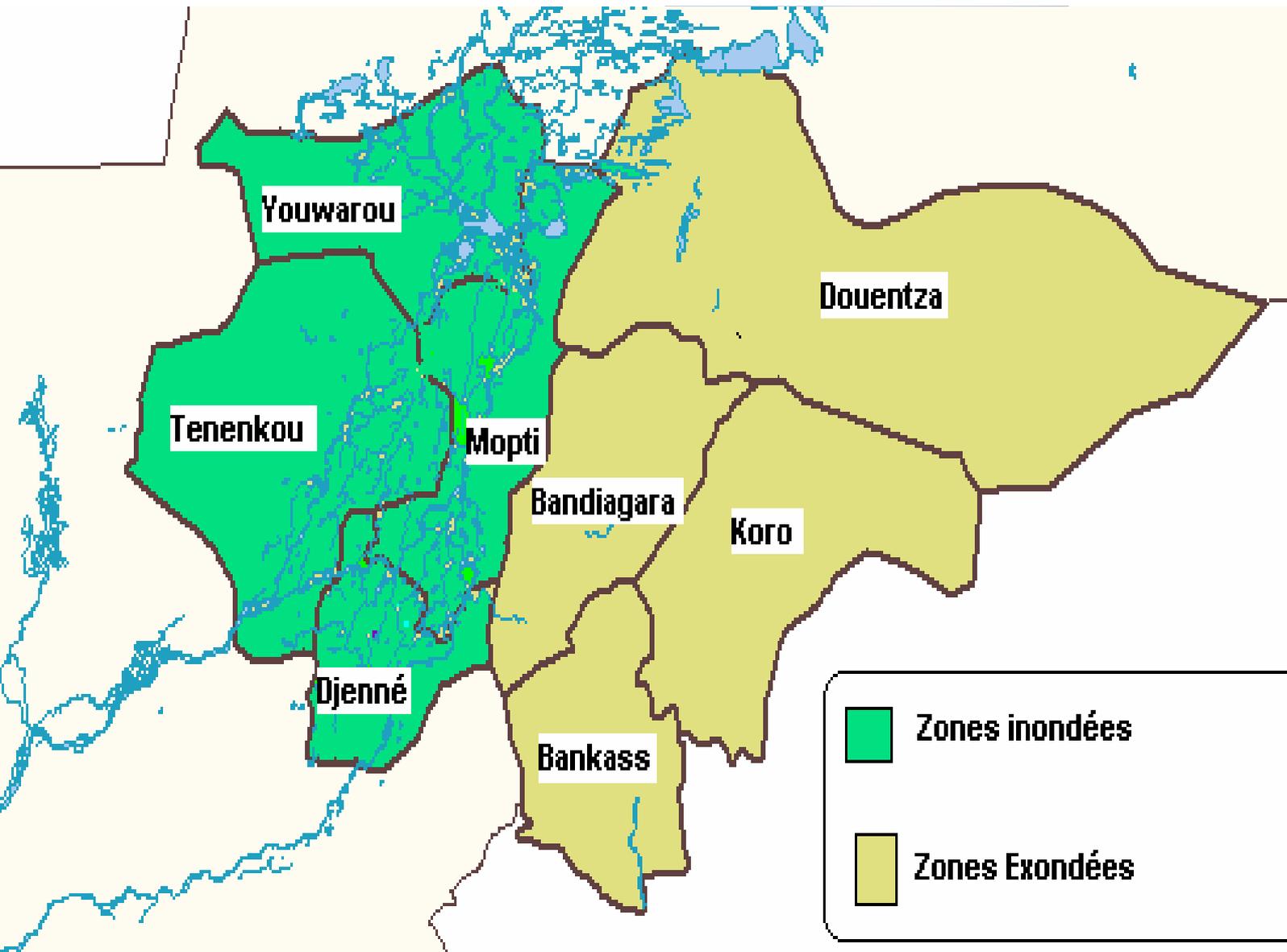
Les familles de la région de Mopti vivent de la pêche, de l'agriculture et de l'élevage.

L'agriculture est dominée par la culture des céréales dont la production dépend de la pluviométrie et de la crue du fleuve Niger.

Le cheptel de la région est le plus important du Mali.

Le secteur tertiaire de l'économie de la région est en croissance grâce au tourisme. La région dispose en effet les sites touristiques les plus visités au Mali qui sont : Djenné (la grande mosquée), le pays dogon et la ville de Mopti.

PRESENTATION DE LA REGION DE MOPTI 2008



3 - 1. L'hôpital Sominé Dolo

Il a été créé en 1956 pendant la période coloniale et se composait d'un seul bâtiment (actuelle pavillon de médecine et pédiatrie).

Après l'indépendance, il passa par diverses appellations notamment l'hôpital secondaire, puis l'hôpital régional à partir de 1969 et bénéficia de nouvelles constructions.

En 1995, il fut baptisé « l'hôpital Sominé Dolo ». Il porta ainsi le nom d'un ancien ministre de la santé, natif de la région.

L'hôpital Sominé Dolo est une structure de 2^{ème} référence pour toute la région. Il a une capacité d'accueil de 84 lits. Il est devenu en 2002 un établissement public hospitalier (EPH) avec une autonomie de gestion.

Le service de Gynécologie et d'Obstétrique comporte deux bureaux servant en même temps de box de consultation, une salle de garde des Sages Femmes, une salle d'hospitalisation ventilée à 5 lits et deux salles d'hospitalisation climatisées à deux lits. La salle d'accouchement est annexée au bâtiment du bloc opératoire. Le bloc opératoire comprend deux salles opératoires et le service de gynécologie et d'obstétrique partage ces salles opératoires avec le service de chirurgie.

La garde est assurée par une Sage Femme, deux faisant fonction d'interne et le manœuvre. Les gynécologues assurent une garde d'astreinte.

Un staff quotidien a lieu tous les jours ouvrables à 8 Heures 15mn réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service.

Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés les 24 heures durant la garde.

Il y'a 3 jours de consultation spécialisées, 1 jour pour les programmes opératoires.

La visite des malades est faite tous les jours.

2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et analytique.

3. Période d'étude

L'étude s'est étendue de Janvier 2006 à Mars 2009 soit une durée de 3 ans et 3 mois.

4. Population d'étude

L'étude a porté sur des femmes admises et prises en charge pour GEU dans le service pendant la période d'étude.

5. Echantillonnage

5-1. Critère d'inclusion

Toute patiente présentant une GEU diagnostiquée et prise en charge dans le service.

5-2. Critère de non inclusion

- Toute patiente présentant une GEU mais non prise en charge dans le service de gynéco obstétrique ;
- Toute patiente opérée pour GEU dans d'autre service mais vue dans le service en période postopératoire pour d'autres motifs ou complications.

5-3. Collectes des données

Les données ont été recueillies à partir de registre d'hospitalisation, de registre des interventions gynéco-obstétriques et des dossiers des malades.

Une fiche d'enquête a été établie pour chaque patiente. Cette fiche d'enquête comporte des variables réparties en :

- L'aspect épidémiologique ;
- Les éléments de confirmation diagnostic ;
- La prise en charge thérapeutique ;
- Les suites opératoires ;
- Le pronostic.

5-4. Déroulement pratique de l'étude

Un questionnaire structuré a été administré à toutes les patientes. Ce questionnaire était rempli d'une part dès l'admission poursuivant au cours de l'hospitalisation et d'autre part avec la lecture des supports sus-cités.

Après la sortie, les patientes ont été revues 40 jours après l'intervention pour une visite systématique.

7. Définitions opératoires

Les définitions ne sont pas toutes universelles et ne sont valables que pour l'étude en tenant compte du cadre opérationnel de celle-ci. Dans cette étude, nous avons adopté les définitions suivantes :

Salpingites : inflammation de la trompe.

L'évacuation : C'est lorsque la patiente est adressée à un service de niveau supérieur dans un contexte d'urgence.

La référence : C'est l'orientation d'une patiente vers un service de niveau supérieur en absence de toute urgence.

Hémopéritoine : Epanchement de sang dans la cavité péritonéale.

Salpingectomie : Intervention chirurgicale qui consiste à l'ablation de la trompe.

Annexectomie : Intervention chirurgicale qui consiste à l'ablation de la trompe et de l'ovaire.

Appendicectomie : Intervention chirurgicale qui consiste à l'ablation de l'appendice.

Hydrosalpinx : Collection liquidienne dans la trompe.

Parité : C'est le nombre d'accouchements chez une femme.

- nullipare : zéro accouchement ;
- primipare : un accouchement ;
- paucipare : deux à trois accouchements ;
- multipare : quatre à cinq accouchements ;
- grande multipare : six accouchements et plus.

Gestité : C'est le nombre de grossesse.

- Primigeste : première grossesse ;
- Paucigeste : deux à trois grossesses ;
- Multigeste : quatre à cinq grossesses ;

- grande multigeste : six grossesses et plus.

6. Traitement informatique des données

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées par le logiciel Excel et Epi-info version 6. Le test utilisé était le chi carré de Pearson.

Le seuil de significativité retenue de P est de 5%.

RESULTATS

V. RESULTATS

A. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

1. FREQUENCE

Pendant la période d'étude, de Janvier 2006 à Mars 2009 nous avons recensé au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Sominé DOLO de Mopti 62 cas de GEU, pour 3132 accouchements soit une fréquence de 1,98% (1 GEU/51 accouchements).

2. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

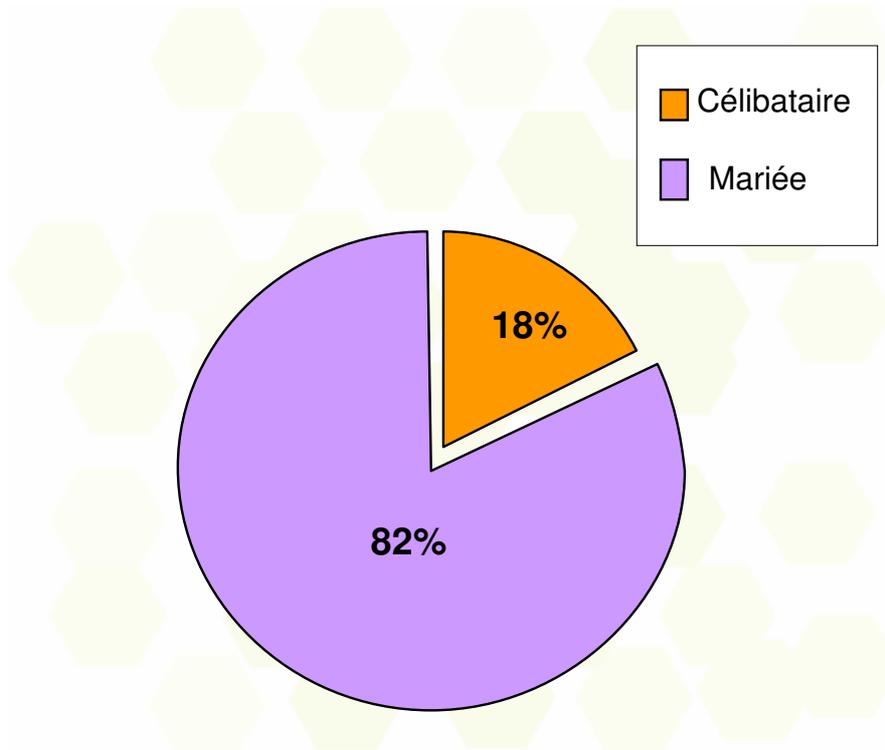
Tableaux I : Répartition des patientes en fonction de l'âge

Tranches d'âges	Effectif	Pourcentage
≤ 19	3	4,8
20 - 34	48	77,42
≥ 35	11	17,74
Total	62	100

- Les âges extrêmes : 15 à 43 ans.

- L'âge moyen : 28 ans $\pm 0,47$

- Médian = 2

Etat civil**Figure 4: Répartition des patientes en fonction de l'état civil****Tableau II: Répartition des patientes en fonction de la profession**

Profession	Effectif	Pourcentage
Sans profession	52	83,87
Vendeuse	6	9,68
Elève ou étudiante	3	4,84
Restauratrice	1	1,61
Total	62	100

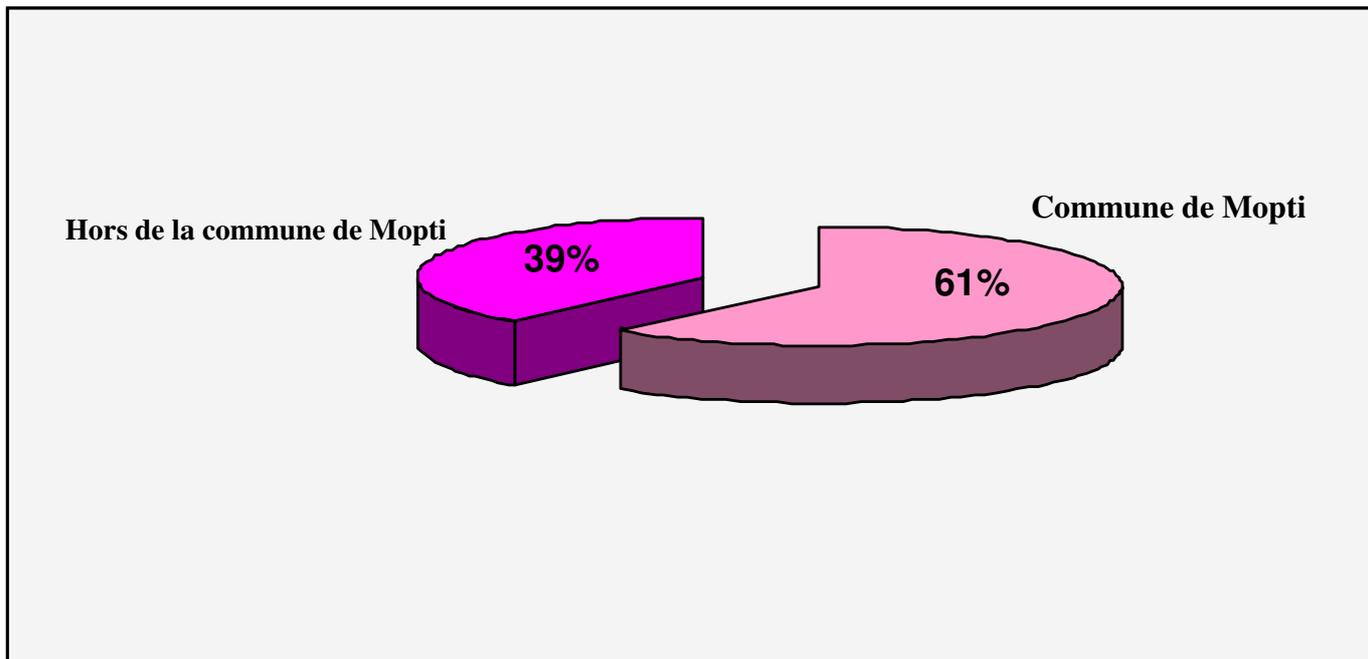
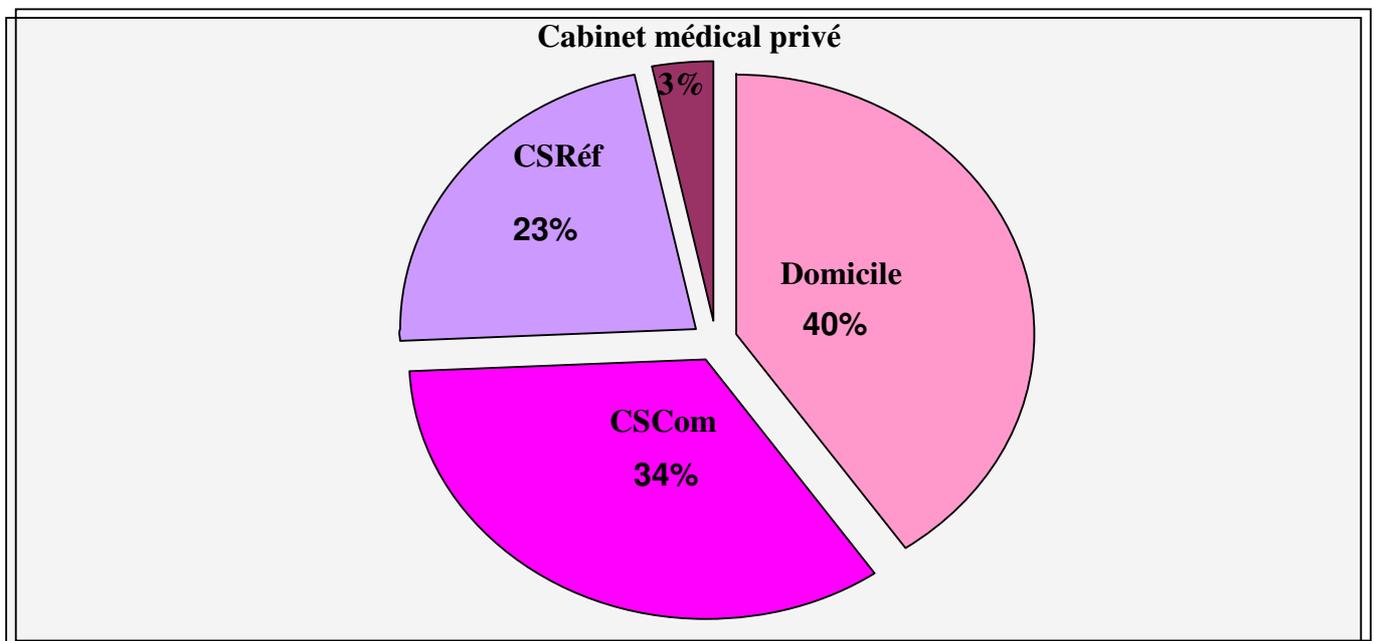
Résidence :**Figure 5 : Répartition des patientes en fonction de leur résidence.****Provenance :****Figure 6 : Répartition des patientes en fonction de la provenance**

Tableau III : Répartition des patientes en fonction de l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Sonrhäï	9	14,52
Bambara	8	12,90
Bozo	8	12,90
Peulh	15	24,19
Dogon	11	17,74
Autres*	11	17,74
Total	62	100

*Autres : Sénoufo, Bobo, Minianka, Malinké.

Le test statistique ne montre pas une différence significative entre les ethnies dans la survenue de la GEU (P = 0,535).

3. FACTEURS FAVORISANT

Tableau IV: Répartition des patientes selon les facteurs de favorisants

Facteurs favorisant	Effectif	Pourcentage
Infection génitale	21	28
Contraception	10	13,33
Bilharziose	2	2,67
Avortement	32	42,67
Antécédent de chirurgie pelvienne	10	13,33
Total	75	100

B. DONNEES CLINIQUES

B-1. Antécédents

Tableau V : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédent médical	Effectif	Pourcentage
Bilharziose	2	3,23
Aucun	60	96,77
Total	62	100

Tableau VI : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Appendicectomie	2	3,2
Césarienne	5	8,1
Laparotomie pou GEU	2	3,2
Myomectomie	1	1,6
Aucun	52	83,9
Total	62	100,0

Tableau VII : Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	8	12,90
Paucigeste	28	45,16
Multigeste	24	38,71
Grande multigeste	2	3,23
Total	62	100

Les paucigeste et les multigestes ont été les classes dominantes avec respectivement 45,16% 38,71%. P = 0,0000

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	5	8,06
Primipare	7	11,29
Paucipare	26	41,94
Multipare	22	35,48
Grande multipare	2	3,23
Total	62	100

Les paucipares et les multipares sont les classes les plus fréquentes suivies par les primipares et les nullipares. $P = 0,0000$

Tableau IX : Répartition des patientes selon le type d'avortement

Type d'avortement	Effectif	Pourcentage
Avortement spontané	25	40,32
IVG	7	11,29
Aucun	30	48,39
Total	62	100

Tableau X : Répartition des patientes selon les antécédents de contraception

Contraception	Effectif	Pourcentage
Dispositif intra utérin	3	4,84%
Micropilule	5	8,06
Injectable	2	3,23
Aucun	52	83,87
Total	62	100,0

B-2. Situation clinique**Tableau XI : Répartition des patientes en fonction de la durée d'aménorrhée**

Durée d'aménorrhée	Effectif	Pourcentage
6 - 12 SA	22	35,48
15 - 23 SA	1	1,61
24 - 27 SA	2	3,23
≥ 28 SA	4	6,45
Non précisée	33	53,23
Total	62	100

Tableau XII : Répartition selon l'âge des grossesse abdominale

Age	Effectif	Pourcentage
22 SA	1	14,29
25 SA	1	14,29
26 SA	2	28,57
28 SA	1	14,29
39 SA	2	28,57
Total	7	100

NB : - Un seul cas de fœtus vivant ;

- Il n'y a pas eu de cas de malformation apparente du fœtus ;
- Il n'y avait pas de cas de malformations utérines.

Tableau XIII : Répartition des patientes selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Aménorrhée et douleur pelvienne	11	17,74
Douleur pelvienne	28	45,16
Douleur pelvienne + métrorragie + aménorrhée	8	12,90
Métrorragie + aménorrhée	10	16,13
Métrorragie	5	8,06
Total	62	100,0

Tableau XIV : Répartition des patientes selon les signes généraux à l'admission

Signes généraux	Effectif	Pourcentage
Pâleur cutané- muqueuse + Pouls filant ou accéléré	53	85,48
Pâleur cutané-muqueuse + Pouls filant ou accéléré + chute de la tension artérielle	34	54,84
Pâleur cutané-muqueuse + polypnée + chute de la tension artérielle	17	27,42
Pâleur cutané-muqueuse + Hyperthermie	3	4,84

Tableau XV : Répartition des patientes selon le résultat de la palpation abdominale

Résultats	Effectif	Pourcentage
Signe d'irritation péritonéale	39	62,90
Fluctuation abdominale	6	9,68
Masse annexielle	31	52,50
Examen normal	5	08,06

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

Toucher vaginal	Effectif	Pourcentage
Douleur au toucher vaginal «cris du Douglas»	26	41,94
Douglas bombé et sensible	6	9,68
Cul de sac Douglas libre et indolore	9	14,50
Cul de sac Douglas libre et sensible	7	11,30
Masse latero-utérine sensible	14	22,60
Utérus de taille normale	46	74,19

C. EXAMENS PARACLINIQUES

Tableau XVII : Répartition des patientes en fonction des examens complémentaires demandés

Examens complémentaires	Effectif	Pourcentage
Echographie seule	14	22,6
Echographie + test urinaire de grossesse	30	48,4
Ponction du Douglas + test urinaire de grossesse	8	12,9
Ponction transpariétale + test urinaire de grossesse	6	9,7
Test de grossesse seul	4	6,5
Total	62	100,0

Tableau XVIII : Résultats des examens complémentaires

Examens complémentaires	Positif		Négatif		Total	
	E	%	E	%	E	%
Test de grossesse	39	81,25	9	18,75	48	100
Ponction transpariétale	4	66,70	2	33,30	6	100
Ponction du Douglas	7	87,50	1	12,50	8	100

Tableau XIX : Répartition des patientes ayant bénéficié de l'échographie en fonction des signes échographiques

Echographie	Effectif	Pourcentage
Absence d'image suspecte	2	4,55
Epanchement dans le douglas	17	38,64
Image latéro-utérine	12	27,27
Image latéro-urérine + épanchement	11	25
Sac ovulaire avec embryon vivant	2	4,55
Total	44	100

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

Taux d'Hémoglobine	Effectif	Pourcentage
< 3	2	3,23
3 - 6	9	14,52
7 - 10	45	72,6
≥ 11	6	9,7
Total	62	100,0

Le taux d'hémoglobine a été réalisé en urgence chez toutes les patientes dont 90,32% présentaient une anémie (Hb < 11g/dl). Extrême 2,80 à 12,4g/dl.

Tableau XXI : Répartition des patientes selon l'intervalle de temps entre le début de la symptomatologie et la prise en charge

Intervalle de temps	Effectif	Pourcentage
< 1jour	5	08,06
1 – 2 jours	7	11,30
2 – 3 jours	12	19,35
4 – 6 jours	27	43,55
≥ 7 jours	11	17,74
Total	62	100

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

Intervalle de temps	Effectif	Pourcentage
< 30 mn	7	11,29
30 - 45 mn	15	24,19
45 - 60 mn	21	33,87
60 -120 mn	12	19,35
> 120 mn	7	11,30
Total	62	100

Le délai moyen a été 46 minutes avec des extrêmes de 20 à 180 minutes.

NB : retard d'intervention pour :

- Absence de kit opératoire d'urgence ;
- Exigence de l'anesthésiste pour la disponibilité du sang avant l'intervention.

D. ASPECTS OPERATOIRES

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon le siège de la GEU

Siège	Effectif	Pourcentage
Tubaire	52	83,87
Abdominale	7	11,29
Ovarienne	3	4,84
Total	62	100

Tableau XXIV : Répartition des cas de GEU tubaires selon la variété topographique

Variété	Effectif	Pourcentage
Isthmique	5	9,15
Ampullaire	42	80,77
Interstitielle	4	7,69
Infundibulaire	1	1,92
Total	52	100

Tableau XXV : Répartition suivant le coté de la localisation tubaire

Topographie	Effectif	Pourcentage
Droite	21	39,18
Gauche	34	61,82
Total	55	100

Tableau XXVI : Répartition selon le diagnostic per-opérateur

Diagnostic per-opérateur	Effectif	Pourcentage
Avortement tubo-abdominal complet ou en cours	3	4,84
Hématocèle rétro-utérine	2	3,23
Hématosalpinx	9	14,52
Grossesse abdominale	7	11,29
GEU rompue	41	66,13
Total	62	100,0

NB : Il n'y a pas eu d'examen anatomopathologique

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

Etat macroscopique de la trompe controlatérale	Effectif	Pourcentage
Saine	35	56,45
Inflammatoire	7	11,29
Adhérentielle	5	08,06
Hydrosalpinx	3	4,84
Pyosalpinx	1	1,61
Absente*	2	3,23
Non précisés	9	14,52
Total	62	100

E. THERAPEUTIQUE

1. Transfusion

Tableau XXVIII : Répartition des patientes en fonction de la transfusion sanguine

Patientes	Effectif	Pourcentage
Transfusées	23	37,10
Non transfusées	39	62,90
Total	62	100

NB : Critères de la transfusion sanguine :

- Etat de choc hémorragique ;
- Mauvaise tolérance à l'anémie.

Tableau XXVIX : Répartition des patientes transfusées selon la quantité de sang total transfusée

Nombre de poche	Effectif	Pourcentage
500 CC	15	45,5
1000 CC	12	36,4
1500 CC	5	15,2
2000 CC	1	3,0
Total	33	100,0

2. Hémopéritoine

Tableau XXX : Répartition selon la quantité de l'hémopéritoine

Hémopéritoine	Effectif	Pourcentage
< 500 CC	19	30,65
500 - 1000 CC	25	40,32
1000 – 1500 CC	14	22,58
1500 - 2000	0	0
≥ 2000	4	6,45
Total	62	100,0

3. Méthodes chirurgicales

Tableau XXXI : Répartition selon la technique chirurgicale utilisée au cours de laparotomie

Technique chirurgicale	Effectif	Pourcentage
Annexectomie	14	22,60
Extraction de grossesse abdominale	7	11,3
Salpingectomie	41	66,13
Total	62	100

NB : En plus de la cure chirurgicale de la GEU, d'autres actes chirurgicales supplémentaires ont été parfois réalisés : adhésiolyse dans 5 cas, kystectomie dans 4 cas, ouverture de la trompe controlatérale et aspiration de la collection dans 4 cas (hydrosalpinx, pyosalpinx).

Tableau XXXII : Répartition selon la durée d'hospitalisation des patientes

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
3 jours	8	12,9
4 jours	42	67,7
5 jours	11	17,7
6 -12 jours	0	0
13 jours	1	1,6
Total	62	100

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

Une seule patiente a séjourné pendant 13 jours pour suppuration pariétale

F. Pronostic

Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon la complication postopératoire

Complication postopératoire	Effectif	Pourcentage
anémie	8	12,90
Suppuration pariétale	1	1,61
Aucune	53	85,48
Total	62	100

1. Pronostic maternel

Tableau XXXIV : Répartition selon l'état de sortie des patientes

Etat de sortie	Effectif	Pourcentage
Décédée	1	1,6
Vivante	61	98,4
Total	62	100,0

Pronostic fœtal

Tableau XXXV : Répartition selon l'issue des foetus

Etat de sortie	Effectif	Pourcentage
Décédée	61	98,4
Vivante	1	1,6
Total	62	100,0

Un seul cas de nouveau-né vivant pesant 3000g, sexe masculin, sans malformation apparente.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Fréquence

La GEU, deuxième urgence gynéco obstétrique après la césarienne au Mali, est un problème de santé publique.

La fréquence de la GEU dans notre étude est de 1,98% des accouchements (1GEU/51 accouchements). Notre fréquence est comparable à celles de DEMBELE (1,89%) au CSRéf de la commune V du district de Bamako[13], KEITA (1,89%) au CSRéf de la commune IV du district de Bamako[12], en France (0,5 à 2,1%) ; mais elle est inférieure à celles de F.B DIALLO (6,43%) à la maternité centrale de référence de Niamey [7], de GUENDEBA D.(3%) au centre hospitalier universitaire Gabriel TOURE[46], de BERTHE H.(2,79%) au centre hospitalier universitaire du Point-G [68], de TAYLOR R.N.[38] qui rapporte 2,77% aux USA[38].

Elle est supérieure aux taux rapportés par PAGANO R. [69] (0,7%) en Australie et MACINTOSH M.C.M [70] (1,36%) en Nouvelle Zélande.

2. Facteurs favorisant

L'analyse des antécédents de nos patientes nous a permis d'identifier certains facteurs favorisant de la GEU.

En effet FERNANDEZ [42] a noté le rôle des antécédents d'infection à chlamydia trachomatis, de chirurgie tubaire, d'appendicectomie, de GEU antérieure, d'utilisation de certaines méthodes contraceptives comme le DIU (stérilet), de tabac, dans la survenue de la GEU.

2-1. Infection génitale

Dans notre étude, les antécédents d'infection génitale (28%), d'avortement (42,67%) couramment rencontrés sont reconnus comme facteur favorisant la survenue d'une GEU.

Notre fréquence est comparable à celles de beaucoup d'auteurs. En Tunisie, BEN H. [23] constate une augmentation de la GEU entre 1998 et 2003 en rapport

avec la recrudescence des maladies sexuellement transmissibles non traitées ou mal traitées.

WESTROM estime que 50% des cas de GEU surviennent sur des trompes déjà infectées [34].

Au centre de santé de référence de la commune IV du District de Bamako KEITA [12] a trouvé que 49,55% des cas avaient une maladie sexuellement transmissible ; RACHDIR [5] trouve 15,7%.

2-2. L'antécédent de GEU

L'antécédent de GEU a été retrouvé chez 2 patientes soit 3,2% des cas, cette fréquence est voisine de celles d'autres auteurs :

M. NAYAMA [20] au Nigeria (3,5%), DIALLO F.B [6] au CHU IGACE DEEN de Conakry (4,09%), mais elle est plus faible que celles de PICAUD [8] 10% à Libreville et MOUNANGA [43] 14,74%.

2-3. Notion d'utilisation de DIU

Dans notre étude 4,84% des patientes avaient des antécédents d'utilisation de DIU, cette fréquence est supérieure à celle de BERTHE H. [68] qui rapporte 1,11% au CHU du Point-G en 2007, mais inférieure à celles de RACDI R. [5] (34,3%) au Maroc et de MONNIER J.C. [61] 22% en France ;

Dans les pays industrialisés, on retient la contraception par DIU et particulièrement, le DIU contenant de la microprogestérone comme facteur majeur. En Afrique, l'incidence de ces modes de contraception est actuellement faible.

2-4. Tabagisme

Aucune de nos patientes ne consommait de tabac. Ce dernier constat pourrait s'expliquer tout simplement par le fait que le tabagisme ne fait pas partie des habitudes courantes des femmes Africaines en particulier les femmes maliennes.

En occident le tabac est un facteur de risque majeur [49 ; 57 ; 65].

2-5. Facteurs spécifiques

L'absence d'étude anatomopathologique des trompes opérées dans notre série ne nous a pas permis d'identifier certaines causes spécifiques de la GEU comme l'endométriase tubaire, la tuberculose et la bilharziose tubaire.

3. Age

L'âge moyen des patientes est de 28 ans. Il est comparable à ceux trouvés par plusieurs auteurs : SINDYIRWANYA J.B. [11] au Burundi de 1983 à 1988, NDAYI SABAY [40] à Conakry et NAYAMA M. [20].

La tranche d'âge la plus concernée est celle de 20 - 34 ans soit 77,42% des cas. 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-obstétriques se cumulent.

Cette tendance est trouvée par NAYAMA M. au Niger qui a trouvé 67,8% des cas dans la tranche d'âge de 25 - 34 ans.

En effet l'activité sexuelle est souvent précoce en Afrique comme le démontre notre étude avec des extrêmes d'âge de 15 - 43 ans ; les accidents comme la GEU ne sont pas exceptionnels chez les adolescentes. Nous constatons que la femme peut faire une GEU à tout âge de sa période d'activité génitale.

4. Parité

Toutes les parités sont concernées. Les paucipares et les multipares constituent dans notre étude les classes prédominantes avec respectivement 41,94% et 35,48% des cas, alors que pour **CISSE** 46% des cas étaient des primipares et 9,7% des grandes multipares, pour **TRAORE** 36% étaient des multipares, pour **DEMBELE** 34,65% des cas étaient des primipares.

5. Données cliniques

L'âge gestationnel moyen au moment de la consultation est de 10 semaines d'aménorrhée dans notre étude. Il est supérieur aux 8 semaines d'aménorrhée

rapportées par KOUMARE.A.K [50] Au CHU du Point-G et de MONNIER. J.C. en France [61].

Le fait de se savoir enceinte n'amène pas systématiquement à consulter.

Les patientes consultent lorsque l'évolution de la grossesse est anormale.

Dans notre étude, la douleur pelvienne constitue 75,08% des motifs de consultation. Cette prédominance de la douleur pelvienne a été rapportée par MONNIER (91%) en France [61], des métrorragies 36,96% contre 90% en France [61], et 59% au Burundi [11].

La triade symptomatique représentée par la douleur pelvienne, l'aménorrhée et les métrorragies a été retrouvée dans notre série chez 8 patientes (12,90% des cas). Ce taux est inférieur aux 44,8 % rapportés par SEPOUL AL [51] et 96% rapportés par DIALLO F.B [7] à Niamey.

Les signes physiques importants en cas de GEU non rompue reposent sur la présence d'une masse annexielle, nous l'avons retrouvée dans 12 cas soit 19,35% des cas ; taux qui est inférieur à celui de SEPOUL AL [51] qui l'a retrouvé dans 23,3% des cas, supérieur à ceux de BEN HMID (7,7% des cas), YAYA [13] (12,1% des cas) et BAMOUNI YA [56] (13,5% des cas).

En cas de GEU rompue, l'hémopéritoine est le principal signe retrouvé par la plupart des auteurs Africains [58 ; 56 ; 66 ; 54 ; 7].

Dans notre étude la GEU était rompue chez 41 patientes soit 66,13% des cas. Cette situation est moins dramatique en regard de la littérature Africaine : 83,6% des cas sont rompues d'après LANKOANDE à Ouagadougou en 1998[59], 90,3% pour MOREAU à Dakar en 1998[45] , 95% pour DIALLO à Niamey[7] et 100% pour PABOU à Brazzaville en 1996[60]

6. Les examens paracliniques

Le test urinaire de l'HCG couplé à l'échographie pelvienne ont été les examens complémentaires de première intention soit 48,4% des cas.

Le test urinaire de grossesse est positif dans 81,25% de cas.

La visualisation à l'échographie du sac ovulaire avec activité cardiaque représente 4,55% des cas et la mise en évidence d'un épanchement dans le Douglas dans 38,65% des cas.

La ponction transpariétale a été effectuée chez 6 patientes dont 4 positives soit 66,7% des cas ; par contre J.F. MEYE à Libreville (Gabon) dans son étude n'a pas effectuée la ponction transpariétale.

La numération formule sanguine a montré un taux d'hémoglobine inférieur à 11g/dl dans 90,32% des cas dont 17,7% avaient un taux d'hémoglobine inférieur 7g/dl.

7. Prise en charge

Le traitement a été chirurgicale pour 62 patientes soit 100% des cas.

La laparotomie demeure le moyen thérapeutique largement utilisé en Afrique. Les techniques effectuées au cours de cette laparotomie étaient celles rapportées dans la littérature [7, 8, 11, 60].

Les traitements médicaux récents (Méthotrexate) et la coeliochirurgie décrite dans la littérature n'ont pas été pratiqués, faute de matériel mais surtout compte tenu de l'urgence dramatique, le Méthotrexate n'a pas son indication.

8. Pronostic

8-1. Mortalité maternelle

Nous avons enregistré un cas de décès soit 1,61% des cas, comparable à 1,63% de F.B DIALLO [7], mais nettement inférieur à ceux de plusieurs auteurs [8 ; 45].

8-2. Mortalité foetale

La mortalité foetale est très élevée (98,39% des cas), nous avons enregistré un seul cas de fœtus vivant sur grossesse abdominale sur les 62 cas de GEU. Il en est de même pour SOUMARE [62] par contre pour Keita [12] aucun fœtus n'a survécu.

8-3. Morbidité

Elle demeure préoccupante, les formes de GEU rencontrées tardivement compromettent l'avenir obstétrical des patientes. Dans notre étude 3,2% des patientes avaient un antécédent de GEU et nous avons traité de manière radicale toutes les patientes ; ce qui peut compromettre la fertilité ultérieure des patientes dans un contexte où les moyens d'assistance médicale à la procréation sont très limités dans notre pays.

CONCLUSION

VII. CONCLUSION

La grossesse extra-utérine est une pathologie fréquente à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti (1,98% des accouchements). Elle est prédominante chez les patientes de la tranche d'âge de 20 à 34 ans (77,42%). La GEU peut paraître quelque soit la parité. Les facteurs favorisants retrouvés sont essentiellement l'infection génitale (28%), l'antécédent de chirurgie pelvienne (13%) et d'avortement (42,67%). La symptomatologie est dominée par la triade classique : douleur pelvienne, métrorragie et aménorrhée. Le moyen de diagnostic précoce disponible à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti est l'échographie couplée au test urinaire de grossesse. Malgré les progrès réalisés dans le but de faire un diagnostic précoce et éventuellement une chirurgie conservatrice, nous sommes toujours à un niveau très bas à cause d'un retard de consultation d'où la fréquence élevée de la salpingectomie (66,13%) et d'annexectomie (22,60%). Cette fréquence élevée de la chirurgie non conservatrice (88,73%) dans cette étude peut compromettre l'avenir obstétrical de ces patientes car la récurrence n'est plus une exception.

RECOMMANDATIONS

VIII. RECOMMANDATIONS

La prévention de la létalité de cette pathologie passe par les actions suivantes :

- **Aux autorités**

- Équiper les formations hospitalières de référence des moyens d'investigation paraclinique opérationnels 24 h/24 pour un diagnostic rapide et précoce (échographie avec sonde endovaginale, dosage des β - HCG plasmatiques) ;
- Équiper les blocs opératoires des établissements publics hospitaliers en matériel de coelochirurgie et mettre une unité de réanimation ;
- Mettre en place une mini-banque de sang à l'intérieur des centres de santé et assurer son approvisionnement et cela de façon permanente ;
- Mettre à la disposition de tous les centres socio-sanitaires une ambulance pour permettre une évacuation rapide en cas d'urgence ;
- Prendre en compte la GEU dans la gratuité de la césarienne quelque soit la durée de l'aménorrhée.

- **Aux personnels socio-sanitaires**

- Rechercher systématiquement une GEU chez toutes patientes en âge de procréer présentant une douleur pelvienne ou abdomino-pelvienne, un saignement, ou une aménorrhée ;
- Intensifier l'information et la sensibilisation sur les facteurs de risque de la GEU, en direction des femmes en âge de procréer ;
- Encourager le port du préservatif ;
- Traiter efficacement les infections sexuellement transmissibles.
- Envoyer les pièces opératoires pour examen anatomopathologique

À la population

- Consulter précocement en cas de suspicion de grossesse pour déterminer sa localisation.

REFERENCES

IX. Références

- 1. Dupuis O ; Camagna O ; Beifla JI ; Batallan A ; Dhainaut R.C ; Madelenat P.** Grossesse Extra Utérine. Encycl. Méd.Chir. Gynécologie obstétrique 5-032-A-30, 2001, 18p
- 2. Engongah B.T ; Meye J.F ; Ozouaki F ; Sima-Ole B.** Association grossesse intra utérine et grossesse extra utérine rompues : A propos de 2 cas d'évolution différente et revue de la littérature.
Médecine d'Afrique noire : 1997, 44 (8/9)
- 3. Nizard J.** Grossesse extra utérine. 2003-2005 Association institut la conférence d'Hippocrate. www.laconferencehippocrate.com
- 4. Dubuisson J.B ; Charpon C.** Grossesse extra utérine : Etiologie diagnostic, évolution, traitement. La Revue Du Praticien (Paris) 1998, 48
- 5. Rachidi R; Fekih M.A; Hajami R ; Messaoudi L; Chibani M ; Brahim H.** La grossesse extra utérine : A propos de 70 observations
Médecine du Maghreb 1991 n°28
- 6. Diallo Fb ; Diallo T.S ; Camara A.Y ; Baldem A ; Diallo Y ; Diallo M.S.** Grossesse extra-utérine (GEU) : Aspect épidémiologique et thérapeutique au service de gynécologie obstétrique du CHU IGNACE DEEN DE CONAKRY.
Médecine d'Afrique noire : 1999, 46(10)
- 7. Diallo F.B; Idi N ; Vangeenderhysen T.** La grossesse extra utérine (GEU) à la maternité centrale de référence de Niamey (Niger). Médecine d'Afrique noire : 1998, 45(6)
- 8. Picaud A; Nlome N AR; Faye A; Kouvahe V.** Evolution de la fréquence de la grossesse extra utérine à Libreville (GABON) de 1977 à 1989.
Médecine d'Afrique noire : 1992, 39(12)
- 9. Alami MH ; Tazi Z.** Grossesse extra utérine GEU : A propos de 25 cas.
Médecine du Maghreb 1998 n°70
- 10. Akpadza K ; Baeta S ; Flagnon K.** Grossesse extra utérine sur dispositif intra utérine : a propos d'un cas.
Médecine d'Afrique noire : 1993, 40(11)

11. Sindayirwanya J.B; Harakeye MG. Aspect particulier des grossesses extra utérines au Burundi à propos de 249 cas.

Médecine d'Afrique noire : 1991, 38(5)

12. Keita M.A. Grossesse extra utérine : aspects clinique et thérapeutique des grossesses extra utérines au centre de santé de référence de commune IV du district de Bamako à propos de 127 cas. Th.: méd. Bamako 2006; 69p; n°258

13. Dembele Y. Grossesse extra utérine : aspect épidémiologique clinique thérapeutique et pronostic de la grossesse extra utérine dans service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V à propos de 128 cas. Th.: med.: Bamako: 2006; 100p; n°242

14. Barnhart K; Mernuti MT; Benjamin T. Prompt diagnosis of ectopic pregnancy in an emergency departement setting.

Obstet Gynecol 1994; 84 1010-10151

15. Kadar; Caldwell B.W; Romero R. A methode of servening for ectopic pregnancy and its indication. Obstet Gynecol 1981; 58; 162-166

16. Zinn HL; Cohen HI; Zinn DI. Ultrasonographie diagnosis of ectopic pregnancy: importance of transabdominal. Imaging/ultra sound Med 1997; 16; 603-607

17. Rabarijoanar HZ; Rabearivony; Razafindrakoto. La grossesse extra utérine à Madagascar. Médecines d'Afrique noire 2004 ; 51; 243-244.

18. Questiaux G. Grossesse extra utérine ovarienne.

Ann.soc.Belge Med. Trop. 1962, 2 PP 185-192

19. Khamach M; Filali A ; Barnoussi NL. Grossesse extra utérine et intérêt de la coelioscopie diagnostique. Med du Maghreb n° 124. 1999. P 18-19

20. Nayama M ; Gallais A ; Idi N. Prise en charge de la grossesse extra utérine dans les pays en voie de développement. Exemple d'une maternité de référence au Niger. M. nayama et al gynécologie obstétrique et fertilité 34(2006) 14-18

21. Bambara M ; Dao B ; Ouedrago D ; Koalaga P.A ; KONE B. Grossesse hétérotopique : a propos de trois cas. Louvain Méd. 121 : 383-387. 2002

- 22. Nadine J.S ; Germain E ; Ughetto S.** Etude de l'évolution de l'incidence de la GEU à partir des données du registre de population d'Auvergne (1992-1996). Bulletin épidémiologique hebdomadaire.
- 23. Ben H.R.** Prise en charge de la grossesse extra utérine à propos de 77 cas. La Tunisie Médicale. 2006, 84, 238-241.
- 24. Rajeer R ; Didier R.** Grossesse extra utérine. La revue du praticien (Paris) 2007,57, 905-912
- 25. Decherney A; Kase N.** Conservative surgical management of un ruptured ectopic pregnancy. OBSTETRIC GYNECOL, 1979, 54, 4, 451-455.
- 26. Paalman R.J; Mcelin T.W.** Cervical pregnancy: review of the literature and presentation of cases. Amer. J Obstet Gynécol, 77, 317, 1959.
- 27. Paris F.X ; Suchet H.J ; Tesquier L ; Coysel T ; Loffredo V ; Pez J.P.** Le traitement des grossesses extra-utérines par le RU 486. Un moyen d'éviter la chirurgie. La presse Médicale, 1984, 821
- 28. Hallatt J.G.** Ectopique pregnancy associated with the intrauterine device: a study of seventy cases. Am J Obstet Gynécol, 1976, 125, 6, 754-758.
- 29. Lansac J ; Gallet C ; Rochet Y.** La grossesse extra-utérine et son pronostic obstétrical. J Gynécol Obstet Biol Reprod,1975, 4, 65-74
- 30. Cisse H.** Etude épidémio-clinique de la grossesse extra-utérine au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.
Th. : Méd : Bamako 2001 ; 74p ; n°98.
- 31. Berger M.J; Taymor M.L.** Simultaneous intra-utérine and tubal Pregnancies following ovulation induction.
Am j .obstet Gynécol, 1972. 113, 6, 812 – 813.
- 32. Lerat M.F; Coll.** Etude de l'ovaire et de la trompe au microscope électronique à balayage. J Gynécol Obstet Biol Reprod, 3, 351, 1974.
- 33. Kitchin J.D; Wein R.M; Nley W.C; Thiagarajah S; Thornton W.N.**
Ectopic pregnancy: current clinical trends.
Am J Obstet Gynécol, 1979, 134, 8, 870- 876

34. Westrom L. Incidence, prevalence, and trends of acute pelvic inflammatory disease and its Consequences in industrialized countries.

Am J Obstet Gynecol, 1980, 138, 880-892

35. Berry C.M; Thompson J.B; Hatcher R. The radio receptor assay for hcg in ectopic pregnancy. obstet gynécol 1979, 54, 143-146.

36- Maguiraga M. Etude de la mortalité maternelle au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Thèse Médecine ; Bamako 2000 ; 85p ; n°110

37. Ville Y; Leruez M; Glowaczower E; Fernandez H. Fertilité après grossesse extra-utérine en Afrique.

J Gynécol Obstet Biol Reprod, 1991, 20, 27-32

38. Taylor R.N. Ectopic pregnancy and Reproductive Technology, JAMA, 1988, 259, 12,1862 - 1864.

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

40. Ndayisaba V. Contribution à l'étude de la GEU à Conakry : Aspects statistiques, épidémiologiques, traitement et prophylaxie.

Thèse Méd. Conakry, 1995.

41. Ichinoe K ; Wake N ; Shinkai N ; Shiina Y; Miyazaki Y; Tanaka T.

Non surgical therapy to preserve oviduct function in patients with tubal pregnancies J Gynécol Obstet Biol Reprod, 1987, 156, 484-487.

42. Fernandez H ; Coste J ; Jobspina N ; Papiernick E . Facteurs de risque de la GEU. J Gynécologie obstétrique biologie reproduction, 1991, 20, 373-379.

43. Mounanga M ; Kogou-Boutamba B ; Awassi-N'douonoa ; Zinsou R. D.

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

44. Salat B.J ; Giacomini P ; Cornet D ; Pereira C.A ; Mandelbaum J; Plachot M. Grossesses extra-utérines après fécondation in vitro, dont deux

associées à une grossesse intra-utérine évolutive. *J Gynécol Obstet Biol Reprod*, 1985, 14, 601-606.

45. Moreau J.C ; Rupari L ; Diouf A ; Mendes V ; Bah M.D ; Diadhiou F

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

46. Guendeba D. Etude de la grossesse extra utérine dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel TOURE à propos de 83 cas.

These: Méd: Bamako 2007, 103p; 101

47. Coste J; Job S.N. Les aspects épidémiologiques des Grossesses Extra-utérines. *J Gynécol Obstétri Biol. Reprod* 1988,17, 916-1001

48. Larue S; Saurel S; Gonnet J.M; Brunt G. A propos d'une rupture de grossesse ectopique après ligature tubaire bilatérale.

Revu Franc Gynec, 1978, 73, 6, 483-485

49. Seban E ; Sibon D ; Benifla J.L ; Renoleau L; Darai E; Madelenat P Grossesse extra utérine. EMC, gynécologie obstétrique, 5-032-a-30.1996, 13p

50. Koumare A.K; Bayo S ; Diallo B. 20 cas de G E U en un an dans le service de chirurgie digestive au Mali. *Médecine d'Afrique Noire*, 1982, 29, 111-114.

51. Sepoul A.L; Yanza C ; Nguembi E ; Goddot M ; Ngal R ; Kouabosso AL. Aspects épidémiologiques et cliniques de 116 cas de grossesses extra-utérines à l'hôpital communautaire de BANGUI.

52. Mac B.J; Evans J.H. An unexpectedly high rate of ectopic pregnancy following the induction of ovulation with human pituitary and chorionic gonadotrophin. *Br J Obstet Gyn*, 1980, 87, 5-9

53. Diquelou J.Y; Pia P; Tesquier L; Suchet J.H ; Cicquel J.M. La place de chlamydia trachomatis dans l'étiologie infectieuse des grossesses extra-utérines. *J. Gynécol. Obstet Biol, Réprod*, 1985, 17,325-332.

54. Perrin R; Bocov B; Akpovi J; Honou A.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.

- 55. Palmer R; Rumeau R.C ; Cohen J ; Rabarison Y.** Etude du pronostic à un an de la chirurgie tubaire restauratrice dans le traitement de la Stérilité
J Gynécol Obstet Biol Reprod, 1980, 9, 713-719
- 56. Bamouni Y.A; Dao B; Bazie A.** Place de l'échographie dans le diagnostic des grossesses extra-utérines (GEU) au CHNSS de BOBO DIOULASSO (BURKINA FASSO) de 1993 à 1995.
- 57. Orazi G ; Cosson M.** Traitement chirurgical de grossesse extra utérine.
Gynécol. Obstet Biol. reprod 2003; S7 (32):S75-85
- 58. Mounanga M; Kogou-Boutamba B; Awassi-N'douonoa ; Zinsou R. D.**
La grossesse extra-utérine : étude de 95 cas. Méd. Afr. Noir ; 1986 ; 33 : 171-179.
- 59. Lankoande J; Ouedraogo C.M.R; Ouedraogo A; Et AL .** Aspects particuliers de la Grossesse Extra-utérine en milieu africain à propos de 124 observations en 1995 à Ouagadougou (Burkina) Med 1998
- 60. Pambou O ; Guyot B ; Tsiku X.** Prise en charge de la grossesse extra-utérine au CHU de BRAZZAVILLE (CONGO) et à l'hôpital Tenon (PARIS, France). Rév Franc gynécol. Obstet, 1996 ; 91 :223-227.
- 61. Monnier J.C; Vantyghem. A ; Vantygem H ; Lanciaux M.C; Vinanier D**
La GEU: Aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et Pronostiques: A propos de 117 observations relevées d'avril 1976 à septembre 1983. J. Gynécol. obstét. Biol. Reprod. 1985,14, 67-75.
- 62. Soumare M.** Grossesse extra-utérine dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré à propos de 116 cas.
Thèse Médecine ; Bamako 1998 ; 61p ; n°69
- 63. Gruber K; Gelven P.L; Title A. R.M.** Chorionic villi or trophoblastic tissue in uterie samples of four women with ectopic Pregnancies
- 64. Rubin G.L; Peterson H.B; Dorfman S.F; Layde P.M; Maze J.M; Ory H.W; Cates W.** Ectopic prengnacy in the United States, 1970 trough 1978
JAMA, 1983, 249, 1725-1729.
- 65. Dubuisson J.B; Morice P; Chapon C; De Gayffier A; Mouelhi T.**

Salpingectomy: the laparoscopic surgical choice for ectopic pregnancy.

Hum Reprod 1996; 11(6): 1199-203.

66. Ratinahirana S; Razanampany; Radaniason H; Ratsimanohatra E; Rakotozafi G. Aspects actuels de la grossesse extra-utérine à NOSYBE (MADAGASCAR) de Novembre 1993 à Février 1995.

Cahier de santé: 1997: 7:19-23.

67. Saito M; Koyama T; Jaoi J; Kumasaka T; Jazawa K; Nishi N; Okhura T. Acta Obstet Gynecol, Scand, 54, 227, 1975. Source: International journal of gynecological pathology. 16 (1): 28-32, 1997 Jan.

68. Berthe H. Etude épidémiologique et thérapeutique des grossesses extra-utérine dans le service de gynécologie obstétrique du C.H.U du point-G du premier janvier 2005 au 31 décembre 2007. Thèse de médecine

69. Pagano R. Ectopic pregnancy: a seven year survey. Méd. J. Austr. 1981, 2, 586-588.

70. Macintosh M.C.M. Trends in ectopic pregnancy in New Zealand.

Austr. NZ J. obstet. Gynecol; 1986, 26, 145-148

ANNEXES

FICHE SIGNALETIQUE

NOM : KAREMBE

PRENOM : Aboubacar

TITRE DE LA THESE : La grossesse extra utérine : aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti de Janvier 2006 à Mars 2009 à propos de 62 cas.

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la FMPOS

SECTEUR D'INTERET : Gynécologie-Obstétrique

RESUME

Notre étude est une étude rétrospective descriptive qui s'est déroulée à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti de Janvier 2006 à Mars 2009 soit une durée de 3 ans et 3 mois.

Nous avons recensé 62 GEU sur 3132 accouchements soit une fréquence de 1,98%(1 GEU/51 accouchements).

La grande majorité de nos patientes a été reçue en urgence après la rupture de GEU (66,13%).

La tranche d'âge la plus représentée est de 20- 34 ans (66,2%).

Toutes les parités étaient concernées avec une prédominance chez paucipares (41,94%) et les multipares (35,48%).

Les facteurs favorisant sont essentiellement l'infection génitale, l'antécédent de GEU et l'utilisation de DIU.

90,32% de nos patientes avaient un taux d'Hb inférieur à 11g/dl.

L'échographie couplée au test urinaire de grossesse a été l'examen complémentaire de première intention soit 48,4% des cas.

L'ensemble de nos patientes ont bénéficié une laparotomie et la salpingectomie a été la technique chirurgicale la plus pratiquées soit 66,13% des cas ce qui peut compromettre l'avenir obstétrical des patientes.

Nous avons enregistré un cas de décès maternel (1,61%), un seul cas de nouveau-né vivant.

Mots clés : GEU, prise en Charge, pronostic maternofoetal.

Fiche d'Enquête N°

Identité de la Patiente

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

Etat civil

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

Les antécédents médicaux

11. Tuberculose :
12. Bilharziose :
13. Autres

Antécédents chirurgicaux

14. Appendicectomie 15. Péritonite 16. Cœlioscopie
17. Chirurgie des voies urinaires : 18. Laparotomie pour GEU :
19. Césarienne : 20. Plastie tubaire :
21. Intervention sur les ovaires : 22. Autres :
23. CCV ou stérilisation tubaire :

Antécédents gynécologiques

24. Menarche :.....
25. Ménopause :.....
26. Cycle :.....
27. Dyspareunie :.....
28. Durée des règles :.....
29. Dysménorrhée :.....
30. Prurit :.....
31. DDR :.....
- Dysurie :.....
32. Leucorrhées :.....

Contraception

33. Dispositif intra-utérin :
34. Contraception hormonale :
 Type :
 - Pilule :
 - Injection :
 - Implant :
35. Stérilisation tubaire : 36. CCV : 37. Autres :
38. Annexite et MST : 39. Traitement pour stérilité :
40. Curetage : 41. Douleurs pelviennes + Leucorrhées :

Les antécédents obstétricaux

42. Gestité : 43. Parité :
44. Vivant : 45. Avortement spontané :
46. IVG : 47. DCD :

Autres Facteurs de risques

48. Tabagisme : 49. Douche vaginale :
50. Inducteur d'ovulation : 51. Genre : 52. Autres :

Méthodes Diagnostiques**Interrogatoire :**

53. Perturbation du cycle : (1 : oui, 2 : non)
54. Notion d'aménorrhée récente : (1 : oui, 2 : non)
55. Durée d'aménorrhée : (1 : oui, 2 : non)
56. Douleur Pelvienne spontanée : (1 : oui, 2 : non)
57. Métrorragie : (1 : oui, 2 : non)
58. Lipothymie ou Malaise : (1 : oui, 2 : non)
59. Syncope : (1 : Oui, 2 : non)
60. hyperthermie : (1 : Oui 2 : non)
61. Episode de douleur de l'hypochondre droit : (1 : oui, 2 : non)
62. Ténésme ou Epreint : (1 : oui, 2 : non)
63. Autres :

Signes Sympathiques de la grossesse :

64. Nausées : (1 : oui, 2 : non)
- 65 Vomissement : (1 : oui, 2 : non)
- 66 Tension mammaire : (1 : oui, 2 : non)
67. Météorisme abdominal : (1 : oui, 2 non)

Examen physique**Inspection**

68. Etat Général : (1 :oui, 2 :altéré)
69. Pâleur : (1 :oui, 2 :non)
70. Etat de conscience : (1 : bon, 2 : altéré)
71. Ventre respire : (1 : oui, 2 : non)
72. Métrorragie : (1 : oui, 2 : non)

Signes généraux

73. Tension artérielle :.....

74. Pouls :.....

75. Température.....

76. Etat de choc : (1 : oui, 2 : non)

Palpation :

77. Douleur Pelvienne spontanée ou Provoquée en Fosse iliaque : (1: Oui, 2 : non)

78. Abdomen fluctuant : (1: oui, 2: non)

79. Cri de l'ombilic : (1: oui, 2 : non)

Percussion abdominale :

80. Matité déclive dans les flancs : (1: oui, 2 : non)

Examen au spéculum : confirme :

81. La Métrorragie : (1: oui, 2 : non)

82. Col fermé : (1 : oui, 2 : non)

Toucher vaginal

83. Utérus de taille normale : (1 : oui, 2 : non)

84. Masse annexielle sensible : (1 : oui, 2 : non)

85. Douleur du Cul-de-Sac : (1 : oui, 2 : non)

86. Syndrome Péritonéale inconstant : fameux « cri du Douglas » (1 : oui, 2 : non)

Les Examens Para-cliniques

87. Test de grossesse : (1 : oui, 2 : non)

Résultat : (1 positif, 2 négatif)

88. Ponction du Douglas : (1 : oui, 2 : non)

Résultat : (1 : positif, 2 : négatif)

89. Ponction Trans-pariétale : (1 : oui, 2 non)

Résultat : (1 : positif, 2 : négatif)

90. Echographie Pelvienne :

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

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

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

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

91. Cœlioscopie : (1 : oui, 2 : non)

Résultat :

(1: positif, 2 : Négatif)

Traitement de la grossesse extra-utérine

Chirurgie radicale :

92. Annexectomie 93. Salpingectomie totale

Chirurgie conservatrice

94. Conservation tubaire Totale

- Expression tubo-Abdominale :
- Salpingotomie (césarienne tubaire) :

95. Conservation tubaire partielle

- Salpingectomie partielle

Traitement médical :

Drogues : médicaments : Méthotrexate

Aspects opératoires

Macroscopie :

96. Topographie : Gauche Droite :

97. Siège de nidation :

Interstitielle : Isthmique : Isthmo-ampulaire :

Ampullaire : Ovarienne : Infundibulaire :

Abdominale : Cervicale : Ligament large :

GEU + GIU :

Nature des lésions :

98. Rupture ou fissure de la paroi tubaire

99. Avortement tubo-abdominal complet ou en cours :

100. Hématocèle rétro-utérine :

101. hématosalpinx :

Etat du pelvis et de la trompe controlatérale à la laparotomie

102. Trompe controlatérale

- saine :

- lésée :

Type :

• Endométriose :

• Hydrosalpinx :

• Pyosalpinx :

103. Antécédents de Salpingectomie : (1 : oui, 2 : non)

104. Etat ovaire controlatéral : (1 : bon, 2 : mauvais)

105. Adhérence : (1 : oui, 2 : non)

Evolution et suites opératoires

106. Durée d'hospitalisation :

107. Etat à la sortie :

108. Décédée :

Circonstances :

109. Pronostic :

110. Autres :

Fin

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure.