

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



Université des Sciences des
Techniques et des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine
et d'Odonto-Stomatologie
FMOS

Année universitaire 2022 -2023

Thèse N° : /

THEME

**ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES, ANATOMO-PATHOLOGIQUES
THERAPEUTIQUES, ET PRONOSTIQUES DE LA GROSSESSE
EXTRA-UTERINE AU CS Réf DE LA CVI**

THÈSE

Présenté et Soutenu publiquement le 05/01/2024 devant le jury de la Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie

Par :

M. DIARRA BAKARY

Pour l'obtention du Grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : M. Bakarou KAMATE, Professeur

Membres : M. Mamadou SIMA, Maître de conférences

Co-Directeur : M. Mamadou KEITA, Médecin

Directeur : M. Cheick Bougadari TRAORE, Professeur

DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS

□ Dédicace :

A Allah

Je dédie ce travail :

Le tout Puissant, le miséricordieux, l'omnipotent, l'omniscient ; le créateur des cieux et de la terre, et à son Prophète Mohamed (Paix et salut sur lui).

A mon Père : Feu Sory Diarra

Jamais je ne saurais te rendre hommage à la hauteur des efforts consentis quelconque manière nos études. Ta modestie, ta générosité, ton amour, et ton honnêteté ont fait de toi un père exemplaire et inoubliable. Que Dieu le tout puissant t'accorde un repos éternel dans son paradis. Amen !

A ma mère : Hawa Diallo

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

Tu as toujours été mon exemple car tout au long de votre vie, je n'ai vu que droiture, humanisme, sérieux et bonté. Tu m'as toujours donné de ton temps, de ton énergie, de la liberté, de ton cœur et de ton amour. En ce jour j'espère réaliser chère mère et douce créature un de tes rêves, sachant que tout ce que je pourrais faire ou dire ne pourrait égaler ce que tu m'as donné et fait pour moi. Puisse Dieu, tout puissant, te préserver du mal, te combler de santé, de bonheur et te procurer longue vie afin que je puisse te combler à mon tour.

A mes chers frères :

Je ne peux exprimer à travers ces lignes tous mes sentiments d'amour envers vous. Vous n'avez pas cessé de me soutenir et m'encourager durant toutes mes années d'étude. Vous avez toujours été présents à mes côtés pour me consoler quand il fallait.

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

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

A mes chères sœurs :

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

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

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

A mes chers cousins et cousines :

Vous êtes pour moi des frères et sœurs et des amis. L'amour et la gentillesse dont vous m'avez entouré m'ont permis de surmonter les moments difficiles. Merci pour vos soutiens.

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

A mes Tantes et Oncles :

L'affection et l'amour que je vous porte, sont sans limite. Je vous dédie ce travail en témoignage de l'amour et le respect que j'ai pour vous.

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

A toute la famille DIARRA :

Vous m'avez soutenu et comblé tout au long de mon parcours. Que ce travail soit le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux.

Puisse dieu vous procurer bonheur et prospérité.

Remerciement :

Mes remerciements vont :

Aux enseignants du primaire, du secondaire et à tous mes Maîtres de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako. Je suis fier d'avoir été votre étudiant. Trouvez dans ce travail chers Maîtres, le témoignage de ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié

A mes amis : **Dr Diarra Younoussa, Dr Daffé Abdoulaye et Dr Doumbia Brahma Dr Berthé F Kaba.** Grâce à vos conseils, vos critiques et votre soutien, je suis arrivé à ce niveau. Vous m'avez montré l'importance des relations amicales. Je ne pourrai jamais oublier ce que vous faites pour moi.

Un remerciement particulier à **Dr Mamadou Keita pour** avoir pleinement contribué à la qualité de ce travail.

Au chef de service **Pr Samaké Alou** ainsi que tout le personnel du Centre Santé de référence de la commune du district de Bamako, merci pour vos conseils et encouragements.

Aux internes du CS Réf de la commune VI du district de Bamako, merci pour votre franche collaboration mais aussi pour cette ambiance familiale, solidaire et fraternelle.

A tout le personnel du service ANAPATH : Merci pour vos conseils et encouragement ; ce travail est le vôtre.

A toute la 13^{ème} promotion du numerus clausus de la FMOS dont je fais partie :

Courage et persévérance.

Merci à tous ceux qui ont été involontairement omis.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur Bakarou KAMATE

- **Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (F.M.O.S),**
- **Chercheur et Praticien hospitalier au CHU point G,**
- **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin et du registre national des cancers au Mali,**
- **Secrétaire Général de la Division d'Afrique Francophone de l'Académie Internationale de Pathologie (D.A.F/A.I. P),**
- **Secrétaire Général du Collège Ouest Africain des Médecins (COAM/WACP)**
- **Secrétaire Général de la Société Malienne de Pathologie (S.M.P.),**

Cher maître,

C'est un honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Par votre simplicité, votre abord facile et vos qualités d'homme intègre, vous êtes un exemple pour nous. Nous vous remercions pour les apports faits pour l'amélioration de ce travail. Veuillez recevoir cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Professeur Mamadou SIMA

- **Maître de conférences en gynécologie et obstétrique à la FMOS,**
- **Gynécologue –Obstétricien au CHU point G,**
- **Praticien hospitalier au CHU point G.**

Cher Maître, C'est avec plaisir que vous avez accepté de juger cette thèse.

Votre disponibilité, votre rigueur scientifique, votre souci de bien faire font de vous un maître de qualité. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR :

Docteur Mamadou KEÏTA

- **Gynécologue -Obstétricien,**
- **Praticien au CS Réf de la commune VI,**
- **Président de l'ordre communal des médecins de la commune VI,**
- **Médecin chef adjoint au CS Réf de la commune VI,**

Cher maitre,

Vous nous avez fait un grand honneur en nous confiant ce travail. Votre amour pour le travail bien fait, votre rigueur scientifique et votre grand sens social font de vous un chef admirable. Permettez-nous cher maitre de vous en remercier.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Cheick Bougadari TRAORE

- **Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (F.M.O.S),**
 - **Chef de Département d'Enseignement et de Recherche (DER) des Sciences fondamentales à la F.M.O.S,**
 - **Chef de service du laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU Point G,**
 - **Chercheur et praticien Hospitalier au CHU Point G,**
 - **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus et du registre national des cancers au Mali,**
 - **Président de la Société Malienne de Pathologie (S.M.P),**
- Cher maître,**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de nous confier ce travail. Votre simplicité, votre générosité et votre abord facile nous ont marqué. Votre rigueur à la démarche scientifique a été d'un grand bénéfice dans notre apprentissage.

Nous vous remercions pour toutes les connaissances que vous nous avez transmises. Recevez cher Maître l'expression de notre profond respect.

SIGLES ET ABREVIATIONS

Sigles et Abréviations

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

ANAPATH : Anatomie Pathologique

ATCD : Antécédent

β HCG : Bêta Hormone Gonadotrophine

CC : Centimètre Cube

CES : Certificat d'Études Spéciales

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNTS : Centre National de la Transfusion
Sanguine

CPN : Consultation PréNatale

CPON : Consultation PostNatale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CS Réf : Centre de Santé de Référence

DDL : Degré De Liberté

DDR : Date des Dernières Règles

DL : DéciLitre

DIU : Dispositif Intra-Utérin

FFI : Faisant Fonction d'Internes

FIV : Fécondation In Vitro

G : Gramme

GEU : Grossesse Extra-Utérine

GIU : Grossesse Intra-Utérine

H : Hémorragie

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MLU : Masse Latéro-Utérine

MTX : Méthotrexate

NFS : Numération Formule Sanguine

P : Probabilité

PF : Planning Familial

PL : Placenta

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH

PVC : Pression Veineuse Centrale

RAI : Recherche des Agglutines Irrégulières

RU 486 : Mifépristone

SA : Semaine d'Aménorrhée

SAA : Soins Après Avortement

TV : Toucher Vaginal

VC : Villosités Choriales

% : Pourcentage

LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES

Listes des tableaux :

Tableau I: Score de Fernandez pour le traitement médical de la GEU (30).	24
Tableau II: Les CSCOM et leurs distances par rapport au CS Réf.....	30
Tableau III: Répartition des patientes selon l'âge.....	37
Tableau IV: Répartition des patientes selon la profession.....	38
Tableau V: Répartition des patientes selon l'ethnie.....	38
Tableau VI: Répartition des patientes selon la résidence.....	39
Tableau VII: Répartition des patientes selon le statut matrimonial.....	39
Tableau VIII: Répartition des patientes selon le niveau d'étude.....	40
Tableau IX: Répartition des patientes en fonction du mode d'admission.....	40
Tableau X: Répartition des patientes selon le motif de consultation.....	41
Tableau XI: Répartition des patientes en fonction des antécédents médicaux... ..	41
Tableau XII: Répartition des patientes en fonction ATCD de chirurgie pelvienne.	43
Tableau XIII: Répartition des patientes en fonction du type de chirurgie pelvienne.	44
Tableau XIV: Répartition des patientes en fonction de la gestité.....	44
Tableau XV: Répartition des patientes en fonction de la parité.....	45
Tableau XVI: Répartition des patientes en fonction des antécédents d'avortement.	45
Tableau XVII: Répartition des patientes selon du type d'avortement.....	46
Tableau XVIII: Répartition des patientes en fonction du siège de la nidation... ..	46
Tableau XIX: Répartition des patientes selon le résultat du test de β HCG urinaire.	47
Tableau XX: Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine.....	48
Tableau XXI: Répartition des patientes selon le résultat de l'échographie pelvienne.....	48
Tableau XXII: Répartition des patientes selon le diagnostic retenu.....	49
Tableau XXIII: Répartition des patientes selon la transfusion.....	49

Tableau XXIV: Répartition des patientes selon le type de traitement.....	49
Tableau XXV: Répartition des patientes selon le type chirurgical.....	50
Tableau XXVI: Répartition des patientes selon le Pronostic maternel.....	50
Tableau XXVII: Répartition des patientes en fonction du type histologique.....	51
Tableau XXVIII: Distribution des patientes en fonction de l'âge en fonction de diagnostic retenu.....	52
Tableau XXIX: Distribution des patientes en fonction de l'âge en fonction de diagnostic retenu.....	53
Tableau XXX: Distribution des patientes en fonction du statut matrimonial en fonction de diagnostic retenu.	54
Tableau XXXI: Distribution des patientes en fonction du niveau d'instruction en fonction de diagnostic retenu.	55
Tableau XXXII: Distribution des patientes en fonction de contraception en fonction de diagnostic retenu.	56
Tableau XXXIII: Distribution des patientes en fonction de contraception en fonction de diagnostic retenu.	57

Listes des figures

Figure 1: Coupe sagittale de l'appareil génital féminin (14).	7
Figure 2: Le trajet de migration des spermatozoïdes (15).....	8
Figure 3: Les étapes de la fécondation (15).	8
Figure 4: la migration et la nidation de l'embryon (16).....	9
Figure 5: Localisation des grossesses ectopiques (27).....	13
Figure 6: Vue macroscopique d'une GEU Ampulaire (8).	17
Figure 7: Aspect microscopique d'un épithélium tubaire (8).	18
Figure 8: Aspect microscopique d'une GEU (8).....	18
Figure 9: Carte sanitaire de la commune VI.	29
Figure 10: fréquence de survenue de la GEU par rapport au nombre de femmes reçues en consultation prénatale dans le service.	37
Figure 11: Répartition des patientes en fonction du type d'infections génitales.	42
Figure 12: Répartition des cas selon les antécédents d'utilisation de contraceptifs.	43
Figure 13: Répartition des patientes selon le résultat de NFS.	47

Tables des Matières

Table des matières

I. INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS.....	2
➤ Objectif général :.....	2
➤ Objectifs spécifiques :.....	2
II. Généralités :.....	4
1. Définition :.....	4
2. Historique :.....	4
3. Rappel Anatomique des Organes Génitaux Internes : (13).....	5
4. Physiologie de la fécondation :.....	7
5. Physiopathologie de la GEU :.....	10
6. Les Formes Anatomiques de la GEU :.....	11
7. Anatomie Pathologique :.....	17
8. Devenir de la GEU (25).....	19
9. Les Examens Complémentaires :.....	19
10. Diagnostic :.....	21
11. Thérapeutique de la Grossesse Extra-Utérine (30) :.....	22
III. MATERIEL ET METHODES.....	28
1. Cadre d'étude :.....	28
2-Type d'étude :.....	31
3-Période d'étude :.....	31
4 - Population d'étude :.....	31
5- Échantillonnage :.....	32
6. Collecte des données :.....	32
7. Les variables :.....	32
8. Procédure opérationnelle :.....	33
9. Analyse et traitement des données :.....	34
10. Considération éthique et déontologique :.....	34
IV. Résultats :.....	37

V. Commentaires et Discussion :	59
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :	65
VII. REFERENCES	68
VIII. ANNEXES :	72

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

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

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

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

Au niveau mondial, la GEU demeure la première cause de mortalité maternelle au premier trimestre de la grossesse et représente 4 et 15% du total des décès liés à la grossesse (2,3).

L'estimation de son incidence selon les pays est 12 à 14 pour 1000 grossesses.

Cette incidence est estimée à 20 pour 1000 en France (4).

En Afrique subsaharienne son incidence se situe entre 0,5 à 3,5% où elle constitue un problème crucial à cause du retard de consultation (au stade de rupture), ce qui fait d'elle une extrême urgence avec un pronostic maternel souvent (4).

Au Mali, au CHU Gabriel TOURE de Bamako, la GEU représentait 9,3% des laparotomies réalisées en urgence, avec une incidence de 0,8 pour 1000 grossesses (5).

Cette place est liée à l'augmentation des infections sexuellement transmissibles (IST). D'autres facteurs de risque sont évoqués notamment les interruptions volontaires de grossesses (IVG) clandestines compliquées d'infection génitale ; le tabagisme au moment de la conception ; la chirurgie tubaire (plastie tubaire) ; les antécédents de chirurgie abdominale compliquée d'adhérence pelvienne ; le fibrome de la corne utérine et les malformations tubaires (diverticules). Il s'agit d'une affection redoutable

- D'une part : à cause de son caractère urgent, lié à la rupture tubaire le plus souvent avec son corollaire d'hémorragie cataclysmique dont la gestion est

toujours délicate dans les pays en développement faute d'infrastructures adéquates.

- Et d'autre part : à cause du caractère dramatique de ses séquelles dont la stérilité secondaire, surtout chez une femme sans enfant, ayant un antécédent de grossesse extra-utérine avec salpingectomie antérieure. L'anatomie et cytologie pathologiques permettent de poser le diagnostic positif de la GEU, de faire un traitement et prédire le pronostic de la fertilité. Le pronostic et les modalités thérapeutiques sont en relation étroite avec le stade de diagnostic de la maladie. Peu d'études sur les aspects épidémiologique et anatomopathologique de la GEU ont été faites au Mali, ce qui justifie le présent travail dont les objectifs sont les suivants :

OBJECTIFS

➤ Objectif général :

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

➤ Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de la GEU.
- Préciser le profil épidémiologique et clinique des patientes.
- Déterminer les modalités thérapeutiques de la GEU.
- Préciser les aspects anatomopathologiques de la GEU.
- Déterminer le pronostic maternel au cours de la GEU.

GENERALITES

II. Généralités :

1. Définition :

La grossesse extra utérine (GEU) correspond à l'implantation et au développement de l'œuf fécondé en dehors de la cavité utérine (6)

2. Historique :

Avec environ 14 000 cas annuels en France, la grossesse extra-utérine (GEU) demeure l'urgence gynécologique par excellence, de par sa fréquence mais également de par sa gravité, puisqu'elle peut mettre en péril le pronostic vital (7).

La grossesse extra-utérine, il y a un siècle, était considérée comme une fatalité. C'est Lawson T (8), en 1888 qui a été le premier auteur d'un nouveau concept : une intervention chirurgicale pouvait sauver la patiente. Cette technique consistait en une salpingectomie. Depuis, le traitement de la grossesse extra utérine a évolué à travers le temps. En 1953, Stromne (9) montrait que le traitement conservateur de la grossesse extra-utérine était possible par laparotomie. Jusqu'en 1977, la laparotomie était la solution inévitable du diagnostic de la grossesse extra-utérine. Le traitement conservateur coelioscopique de la grossesse extra utérine a été proposé pour la première fois en 1977 par Manches et Bruhat (10).

Depuis d'autres techniques, non plus chirurgicales, mais médicales sont apparues.

Aujourd'hui dans les pays développés le Traitement médical est utilisé.

La première tentative a été rapportée en 1982 par Tanaka (11) au Japon par le Méthotrexate. Depuis, d'autres substances sont utilisées notamment la RU 486 et les prostaglandines dont les premiers essais ont été réalisés en coelioscopie par injection intra – tubaire de prostaglandine F2 alpha. En France Fernandez le pratique sous échographie (12).

L'abstinence thérapeutique est évoquée par certains auteurs comme Dargent (13) en France. L'appareil génital féminin est contenu dans l'enceinte du pelvis ou petit bassin.

3. Rappel Anatomique des Organes Génitaux Internes : (14)

L'appareil génital féminin est contenu dans l'enceinte du pelvis ou petit bassin. La vulve est la partie où le tube génital s'ouvre au niveau du périnée. Le vagin lui fait suite au fond duquel s'insère le col de l'utérus. L'utérus est prolongé par les deux trompes qui s'ouvrent dans la cavité péritonéale à proximité des ovaires.

3.1. L'utérus.

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

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

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

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

3.2. Les trompes :

A. Définition :

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

B. Description :

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

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

C. Structure :

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

D. Rôle :

Les trompes jouent un triple rôle :

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

3.3. Les ovaires

L'ovaire est un organe pair ayant une forme en amande, mesurant 4x2x1cm et constitue les 2 glandes génitales femelles. Ils sont composés par un tissu conjonctif dense et contiennent les cellules germinales autour desquelles le conjonctif s'organise en follicules. Ils contiennent également des reliquats embryonnaires qui, pour la plupart, siègent dans le hile. Ils constituent avec les trompes et le ligament large les annexes de l'utérus.

Une coupe de l'ovaire fait apparaître 2 zones : une zone centrale ou médullaire et une zone périphérique ou corticale. Dans la corticale on trouve :

- L'appareil folliculaire : constitué de follicules qui ne sont pas tous au même stade évolutif : les follicules primordiaux, les follicules évolutifs et les follicules atresiques.
- L'appareil progestatif ou corps jaune.

La fonction biologique des ovaires est double : production cyclique des ovules et sécrétion hormonale (œstrogène, progestérone, androgène).

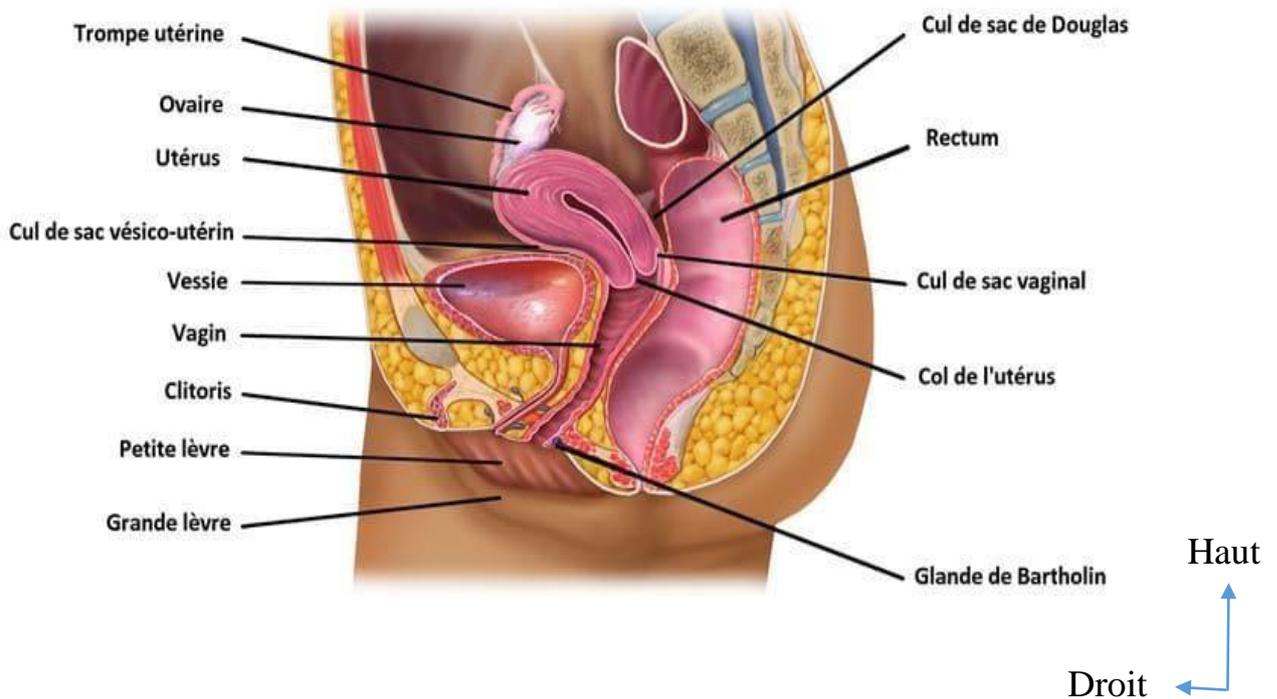


Figure 1: Coupe sagittale de l'appareil génital féminin (15).

4. Physiologie de la fécondation :

4.1 La fécondation : (16)

Dans l'espèce humaine, la fécondation résulte de la fusion entre un spermatozoïde et un ovocyte après leur rencontre qui a lieu dans l'appareil génital féminin, au niveau de la jonction isthmo-ampullaire de la trompe de Fallope.

Avant la rencontre des gamètes, indispensable à la survenue de la fécondation, les spermatozoïdes ont un long trajet à parcourir depuis la lumière des tubes séminifères.

Pendant ce trajet ils acquièrent leur mobilité, mais ils sont rendus inaptes à la fécondation (décapitation) au cours de leur transit épидидymaire.

Au décours du rapport sexuel, au moment de l'éjaculation, 2 à 5 cm³ de sperme sont déposés dans les voies génitales de la femme soit 100 à 200

millions de spermatozoïdes, dont une partie à proximité de l'orifice externe du col de l'utérus

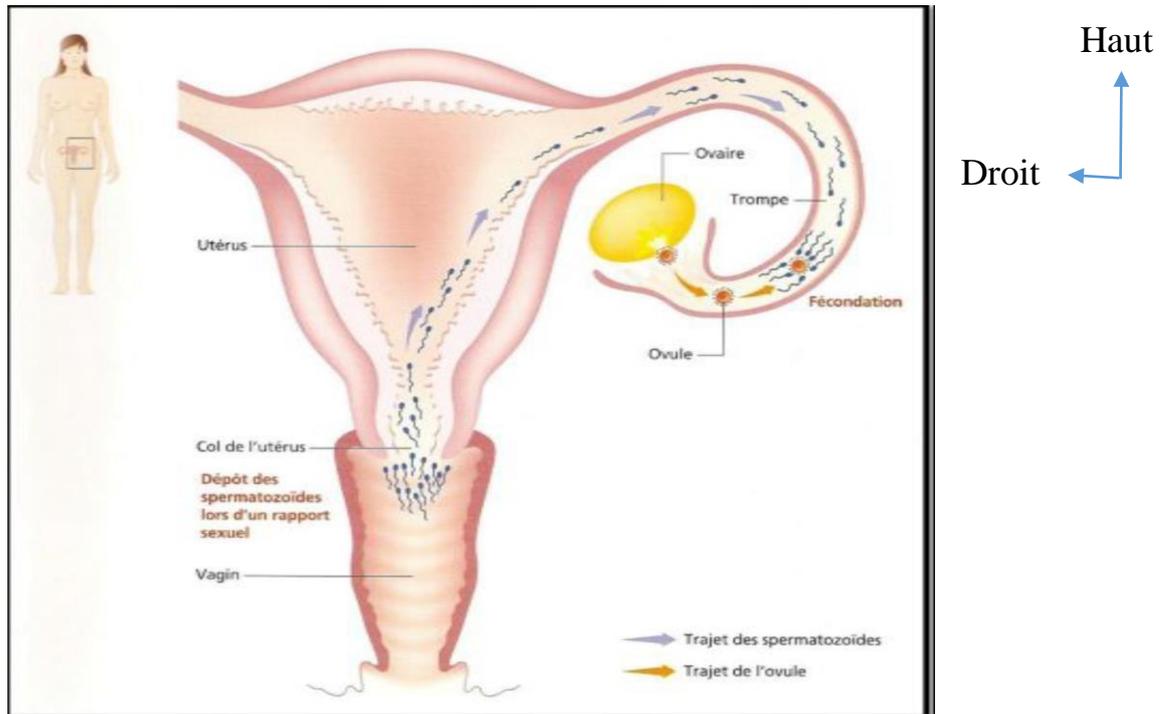


Figure 2: Le trajet de migration des spermatozoïdes (16).

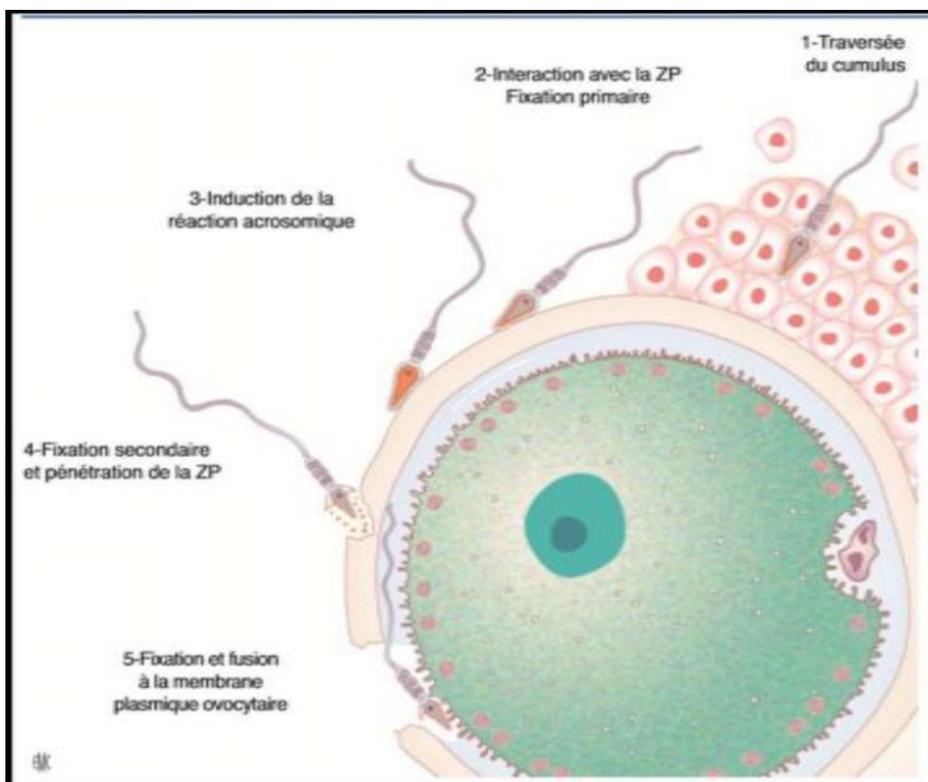


Figure 3: Les étapes de la fécondation (16).

4.2. La nidation

Après plusieurs divisions, la cellule œuf est devenue un embryon qui correspond à un amas cellulaire qui migre dans la trompe utérine vers la cavité utérine. 6 à 8 jours après la fécondation, l'embryon arrive dans l'utérus. Il se fixe sur la muqueuse utérine puis pénètre à l'intérieur de celle-ci et entre en contact avec les vaisseaux sanguins de la mère, c'est la nidation (16).

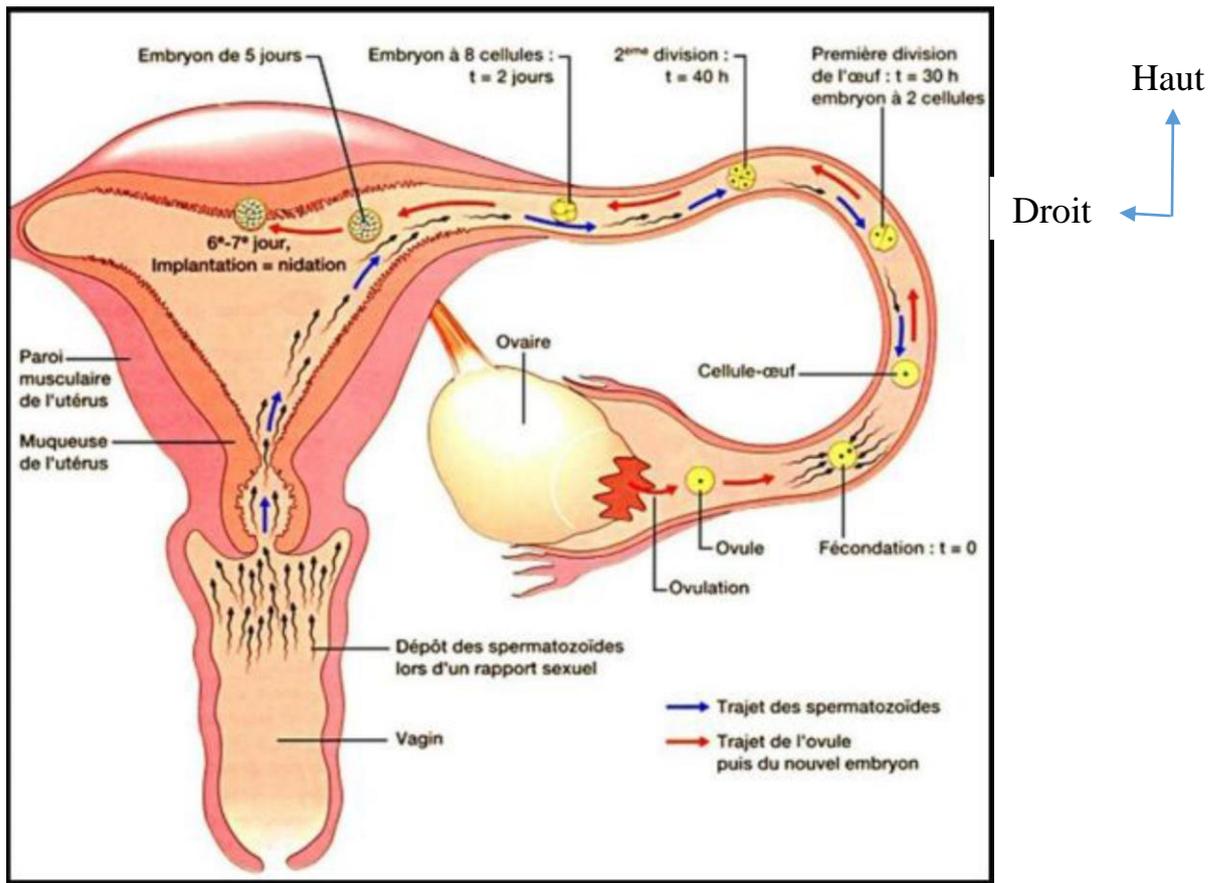


Figure 4: la migration et la nidation de l'embryon (16).

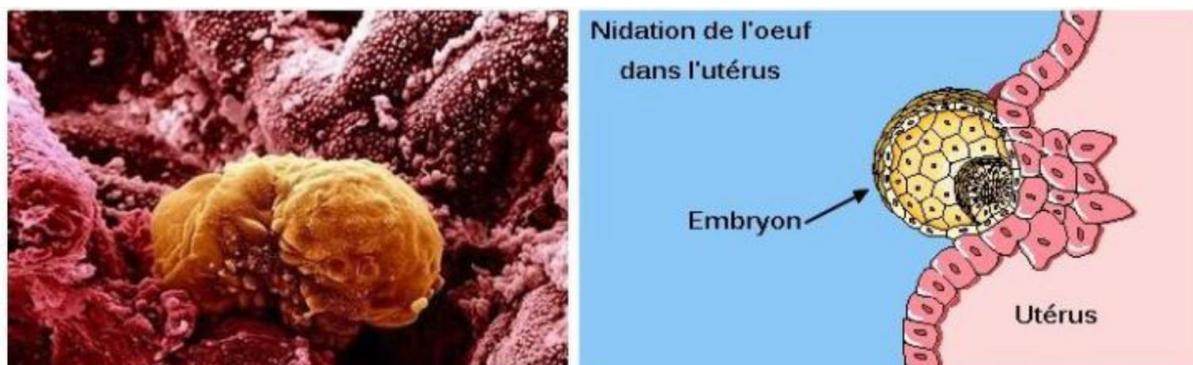


Figure 5 : la nidation de l'œuf dans l'utérus (16).

5. Physiopathologie de la GEU :

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

L'œuf fécondé peut rester abdominal ou ovarien, une grossesse abdominale ou ovarienne se développe alors. L'œuf capté avec retard peut atteindre le stade de blastocyste dans l'ampoule où, n'étant pas protégé par sa gangue albumineuse, il se fixe : il s'agit d'une grossesse ampullaire. La migration trans péritonéale de l'ovule a pu être incriminée dans 20 à 50% des GEU sur la constatation peropératoire de la présence d'une grossesse ectopique d'un côté et d'un corps jaune sur l'ovaire controlatéral (17).

B. Arrêt ou ralentissement de sa migration dans la trompe

- Le péristaltisme tubaire peut en effet être perturbé de multiples manières (18) .
- Par une malformation congénitale des trompes (hypoplasie, diverticule, rétrécissement) (19).
- Par des séquelles inflammatoires, spécifiques ou non, qui ont atteint l'épithélium de revêtement du fait de la sclérose après traitement antibiotique d'une salpingite, des brides inflammatoires peuvent également couder ou modifier la morphologie des trompes ;
- Par des séquelles d'une chirurgie plastique des trompes (19).
- Par une endométriose tubaire souvent située dans la portion interstitielle de la trompe (20) .
- Par le facteur spasmodique tubaire, le péristaltisme étant modifié par des sécrétions stéroïdes ovariennes (18).

-La pilule du lendemain exposerait à un risque de GEU de 10% (21), les progestatifs micros dosés en prise continue augmentent le risque de GEU en raison de leur action inhibitrice sur les contractions musculaires de la trompe. Les dispositifs intra-utérins multiplient par dix le risque de grossesse tubaire (22). Cette augmentation n'est peut-être que relative par rapport aux grossesses intra-utérines, le risque n'apparaît accru qu'en raison de lésions de salpingites latentes ou de lésions inflammatoires sur corps étrangers. Ce risque est le même quel que soit le type de stérilet, il augmente lorsque l'utilisation des dispositifs intra-utérins (DIU) dépasse 25 mois. Il est maximal dans les 3 mois qui suivent l'ablation du DIU.

-L'induction de l'ovulation par des gonadotrophines humaines (HMGHCG) favorise les GEU dont le taux peut atteindre 3%. Il est alors fréquent de noter l'association grossesse intra-utérine et grossesse extra-utérine. Cette complication s'observe au cours des ovulations multiples, les ovulations pouvant survenir à des moments différents après l'injection d'HCG. Le premier ovocyte a un transit normal mais les modifications hormonales liées au premier corps jaune perturbent le transport des ovules supplémentaires (23).

-Après Fécondation In Vitro (FIV), malgré la réimplantation de l'œuf dans l'utérus, la GEU est possible (5 à 10%) s'il reste une trompe perméable à la corne. La GEU est fréquente aussi après GIFT ou ZIFT (24).

6. Les Formes Anatomiques de la GEU :

A. La grossesse tubaire (98% des cas) (24) :

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

-Parfois isthmique (20%), elle se révèle alors précocement du fait de l'étroitesse du conduit (19).

-Elle est rarement interstitielle.

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

L'œuf se développe dans la cavité abdominale, le placenta est inséré au hasard sur le grêle et le mésentère, permettant une évolution prolongée parfois jusqu'au terme **(25)**.

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

Elle est caractérisée par l'intégrité tubaire homo et controlatérale avec présence d'un sac ovulaire sur l'ovaire relié à l'utérus par le ligament utero- ovarien, ainsi que par la présence de tissu ovarien en contact direct avec le sac ovulaire **(25)**.

On distingue :

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

-La grossesse ovarienne combinée où le tissu ovarien ne forme pas une coque complète autour de l'œuf. C'est la forme la plus fréquente.

L'évolution de la grossesse ovarienne peut se faire soit in situ, soit vers la greffe abdominale secondaire. Certains auteurs pensent que la forme intra ligamentaire de la grossesse extra-utérine pourrait être une variété de l'implantation ovarienne **(19)**.

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

C'est une localisation très rare, environ 1 cas / 15000 grossesses **(26)**. On doit la distinguer de l'avortement incomplet avec rétention et transplantation secondaire du trophoblaste au niveau de l'endocol, et aussi des grossesses cervico-isthmiques qui, de par leur implantation basse et partiellement intra-utérine, peuvent évoluer jusqu'au terme. La grossesse cervicale est caractérisée par le fait qu'elle se termine avant le troisième mois et qu'à l'examen histologique, la cavité utérine présente les caractéristiques d'une caduque de grossesse ectopique sans aucun élément trophoblastique.

La GEU revêt plusieurs tableaux cliniques.

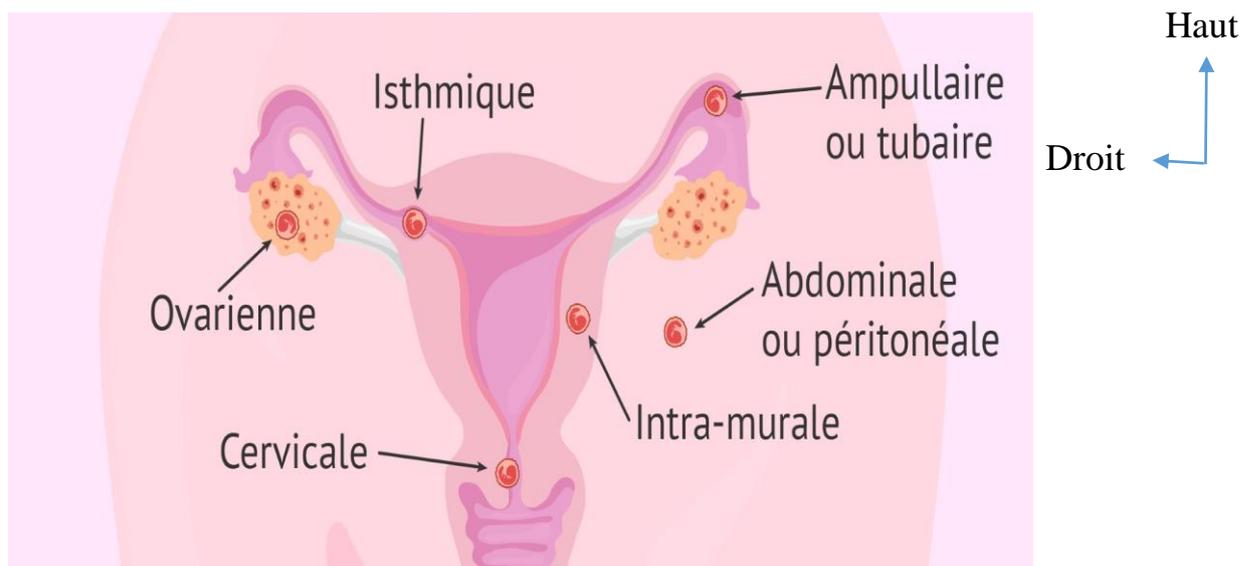


Figure 5: Localisation des grossesses ectopiques (27)

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

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

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

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

L'examen gynécologique trouve :

- Lors de l'examen sous spéculum : un saignement d'origine endo-utérine ; -
Au toucher vaginal : un utérus moins volumineux que ne le vaudra le terme de la grossesse, parfois une sensibilité au toucher d'un cul-de-sac vaginal,

- Au niveau du cul-de-sac de Douglas, le toucher peut entrainer une vive douleur témoignant d'une irritation péritonéale.

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

Mais, parfois la patiente peut ne pas avoir présenté de retard de règles vrai.

Les signes sympathiques de la grossesse peuvent être absents ou avoir disparu.

Les douleurs pelviennes peuvent être peu importantes ou bilatérales ou absentes.

L'examen peut par ailleurs être peu contributif. La GEU peut être asymptomatique. Dans ce contexte, l'existence de trouble des règles et ou de métrorragies, et ou de douleurs pelviennes même minimales chez une femme jeune (surtout s'il existe des facteurs de risque de GEU), doit faire évoquer le diagnostic de GEU et pratiquer deux examens de première intention qui sont : le dosage quantitatif de BHCG plasmatique et une échographie pelvienne.

7.1. Formes cliniques :

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

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

Le toucher vaginal provoque une douleur vive « le classique Cri du Douglas ».

La grossesse ectopique est rarement perçue. La ponction du cul-de-sac de Douglas ramène du sang incoagulable. La laparotomie salvatrice confirme l'hémopéritoine consécutif à une rupture tubaire ou à un avortement tubo-abdominal. Parfois, on aura la surprise de découvrir non pas une grossesse ectopique mais un corps jaune hémorragique ou une rupture de kyste endométriosique de l'ovaire.

B. La forme pseudo-abortive :

Elle est fréquente, avec des hémorragies importantes. L'expulsion de débris de caduque, que l'on peut prendre pour du placenta, déroute mais au toucher

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

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

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

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

D. La forme pseudo tumorale (hématocèle ancienne) :

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

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

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

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

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

Les particularités cliniques sont les suivantes :

- Douleurs abdominales lors des mouvements fœtaux.
- Les métrorragies sont possibles avec expulsion de caduque.

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

- La palpation perçoit directement le fœtus sous la peau sans interposition myométrial.
- Le TV note la présence d'une masse ronde, ferme et contractile (l'utérus non gravide).

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

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

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

G. La grossesse dans la corne borgne d'un utérus pseudo unicolore :

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

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

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

H. L'association GEU et grossesse intra utérine :

Cette association est classiquement rare. La présence du sac gestationnel intra-utérin sur les coupes ultrasonores risque d'être faussement rassurante. L'ablation chirurgicale de la grossesse ectopique doit éviter tout geste traumatique sur l'utérus. Ces aspects atypiques pourraient être multipliés à l'infini, tant la GEU est une grande simulatrice de toutes affections gynécologiques (27). Les ultrasons, l'HCG, et surtout la coelioscopie permettent d'arriver au diagnostic.

7. Anatomie Pathologique :

8.1. Macroscopie

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



Figure 6: Vue macroscopique d'une GEU Ampullaire (9).

8.2. Microscopie

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

- Une musculature amincie et infiltrée ;

-Des formations chorio-placentaires.

L'œuf n'est pas nourri par les lacs sanguins maternels mais par l'insertion des vaisseaux de la membrane. L'utérus grossit un peu. Sa muqueuse subit une transformation déciduale (fausse caduque sans villosités chorales qui sera éliminée quand l'œuf sera mort).

Les atypies d'Arias Stella représentent des meilleurs éléments de diagnostic, mais elles ne peuvent permettre d'affirmer seules la GEU, puisqu'elles apparaissent dans les endomètres soumis à une action chorionique intense : rétention placentaire, môle, patientes sous clomifènes (9).



Figure 7: Aspect microscopique d'un épithélium tubaire (9).

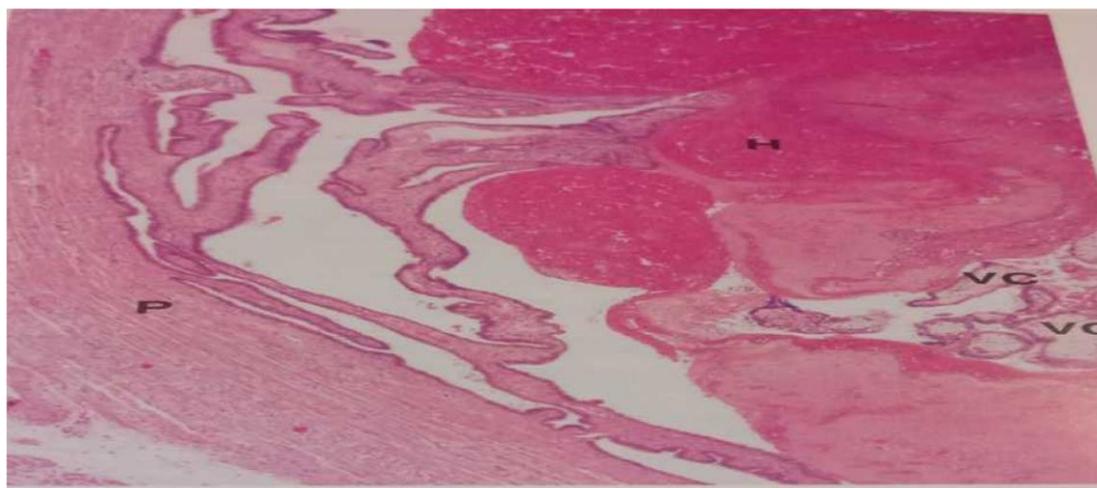


Figure 8: Aspect microscopique d'une GEU (9).

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

8. Devenir De La GEU (25).

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

9. Les Examens Complémentaires :

A. L'hémogramme et le groupage rhésus.

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

B. Le diagnostic immunologique de grossesse (DIG) :

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

C. Le dosage quantitatif de l'HCG plasmatique :

L'hormone gonadotrophine chorionique est une hormone peptidique sécrétée spécifiquement par le trophoblaste. Elle est donc spécifique de la grossesse en dehors des cas rares de sécrétion par une tumeur de type chorio-épithéliome. Le dosage sanguin par méthode radio immunologique ou immun enzymologique

peut être obtenu en 2 ou 3 heures. Il est spécifique et très sensible. La limite de détection est de 5mUI/ml. Un dosage inférieur à ce chiffre permet d'exclure le diagnostic de grossesse.

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

NB : la fraction β est spécifique de la grossesse.

D. L'échographie :

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

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

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

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

E. La ponction du Douglas :

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

F. La cœlioscopie :

La cœlioscopie montre la GEU sous forme d'un renflement violacé, allongé dans le sens de la trompe avec écoulement de sang brun par le pavillon et présence de quelques millilitres de sang noirâtre dans le cul-de-sac de Douglas. - Les faux négatifs sont exceptionnels (0,01%) : Il s'agit des formes ultra précoces à peine visibles : seule l'expérience de l'opérateur notera une coloration bleutée, appréciera un ressaut au palpateur ou recherchera une asymétrie du fond (grossesse interstitielle).

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

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

-Elle augmente le nombre de diagnostic de GEU non rompue.

L'attitude logique est donc de sélectionner les indications par combinaison des examens, en particulier les β -HCG plasmatiques et l'échographie.

10. Diagnostic :

A. Diagnostic positif (29).

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

B. Diagnostic différentiel

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

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

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

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

-Syndrome appendiculaire : évoqué devant une fièvre, des troubles digestifs à type de vomissement, la douleur au point de Mac Burney et une hyperleucocytose. Le cycle menstruel est tout à fait normal. -La grossesse molaire : On a une exagération des signes sympathiques. À l'examen clinique l'utérus a une taille supérieure à l'âge normal de la grossesse avec des kystes ovariens bilatéraux. Une échographie réalisée montre une image en flocons de neige.

11. Thérapeutique de la Grossesse Extra-Utérine (30) :

A. Traitement préventif :

Il repose sur la prévention et le traitement précoce et bien conduit des IST (surtout les salpingites), des précautions opératoires pour des femmes désirant procréer.

B. Traitement curatif :

B.1. But :

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

-Préserver la fertilité

B.2. Moyens :

Les moyens thérapeutiques sont chirurgicaux ou médicaux.

Le traitement chirurgical peut être conservateur (salpingotomie et aspiration de l'œuf ou des débris trophoblastiques) ou radical (salpingectomie). La coelochirurgie a remplacé la laparotomie dans les pays développés.

La laparotomie n'est indiquée qu'en cas d'hémorragie interne abondante avec instabilité hémodynamique liée à la rupture de la GEU ou dans les cas exceptionnels où l'anesthésiste contre indiquerait la coelioscopie. Le traitement médical fait appel au méthotrexate, anti métabolite des acides nucléiques, soit par voie intramusculaire, orale ou locale.

B.3. Indications :

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

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

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

Par ailleurs le traitement médical est également contre indiqué lors de difficultés de compréhension du protocole par la patiente ou du fait d'un éloignement

géographique. Les modalités du traitement et de sa surveillance doivent recevoir l'adhésion complète de la patiente.

Tableau I: Score de Fernandez pour le traitement médical de la GEU (30).

Score de Fernandez	1	2	3
Aménorrhée (jours)	>49	49-42	≤42
β HCG (mUI)	≤ 1000	1000 -5000	>5000
Progestérone (ng/ml)	≤5	10	>10
Douleur Pelvienne	Absente	Provoqué	Spontanée
Hématosalpinx (cm)	≤1	1-3	>3
Hémopéritoine (ml)	0	1-100	>100

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

Les premiers temps de l'intervention comprennent :

- L'exposition du pelvis ;
- L'évacuation d'un éventuel hémopéritoine.
- La confirmation du diagnostic, de la localisation de la grossesse extra-utérine.
 - L'hémostase élective en cas de saignement actif, l'exploration abdominopelvienne permettant de recueillir les informations nécessaires pour la décision thérapeutique et l'établissement du pronostic de la fertilité.

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

- Le traitement radical par salpingectomie :

Est pratiqué dans des indications bien définies : absence de désir de grossesse, trompe rompue ou endommagée par la GEU ou atteinte de salpingite chronique, antécédent de GEU ou de plastie tubaire sur cette même trompe, hémorragie ne pouvant être contrôlée.

- Chirurgie conservatrice :

Le traitement conservateur est indiqué dans les autres cas (en cas de désir de grossesse et lorsque l'annexe controlatérale est pathologique).

- Traitement médical :

Plusieurs agents cytotoxiques ont été proposés : le méthotrexate (MTX), l'actinomycine, les prostaglandines, le chlorure de potassium, le glucose hyperosmolaire.

Le méthotrexate est généralement prescrit par voie intramusculaire. Il est démontré que le méthotrexate n'agit pas sur le syncytiotrophoblaste qui produit les β -HCG, mais sur les cellules des cytotrophoblastes qui sont en phase de synthèse. Cela permet de comprendre pourquoi, après une injection de MTX, il n'est pas observé de diminution rapide des HCG. Cette diminution est le plus souvent observée à partir du quatrième jour.

Trois (3) protocoles thérapeutiques sont possibles : traitement intramusculaire mono-dose, traitement intramusculaire multidoses, et injection in situ.

-Le traitement par injection répétées :

Comporte quatre injections intramusculaires de 1 mg/kg de MTX à j0, j2, j4 et j6.

Un contrôle des β HCG est réalisé à j14. Un échec est défini par un taux de β HCG supérieur à 40% du taux initial.

- Le traitement par injection unique : est constitué d'une injection en intramusculaire à j1 de 50 mg/m².

Un contrôle du taux de β -HCG est réalisé à j4 et j7. L'échec est défini si les β HCG n'ont pas diminué de 15% ou plus à j7 par rapport au taux de j4. En cas

d'échec une deuxième injection est réalisée. Si les β -HCG ont diminué de 15% ou plus, le dosage est répété chaque semaine jusqu'à l'obtention d'un taux inférieur à 15UI/L.

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

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

- **L'Association MTX-Mifépristone :**

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

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

- **Mesures de Réanimation :**

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

B.4 Pronostic :

Le pronostic des femmes opérées de GEU est sombre : 30% resteront stériles, 70% auront 1 ou plusieurs enfants, 15-30% feront une 2^{ème} GEU (31).

MATERIEL ET METHODES

III. MATERIEL ET METHODES

1. Cadre d'étude :

Le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI (CS Réf VI), a servi de cadre à notre étude en collaboration avec le service d'anatomie et cytologie pathologiques du CHU PG.

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

1.1. Présentation de la Commune VI du District De Bamako :

Situation Géographique : La Commune VI du district de Bamako est située sur la rive droite du fleuve Niger avec une superficie de 94 km² la plus vaste du District de Bamako. Sa population est en pleine expansion : 629318 habitants en 2018 ; contre 683917 habitants en 2021 ; avec l'existence des logements sociaux et quartiers semi-urbains et rurales. Il fut créé par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et régie par des textes officiels. Il est limité au nord par le fleuve Niger, à l'est et au sud par le cercle de Kati et à l'ouest par la commune V et compte 10 quartiers.

1.2. Situation Sanitaire :

Le centre de santé de référence de la Commune VI est beaucoup sollicité par la population de ladite commune mais également par certaines communes et villages environnants.

Cette sollicitation est liée, à l'accessibilité de la structure, car elle est située au bord de la plus grande avenue de Bamako (Avenue de l'OUA)

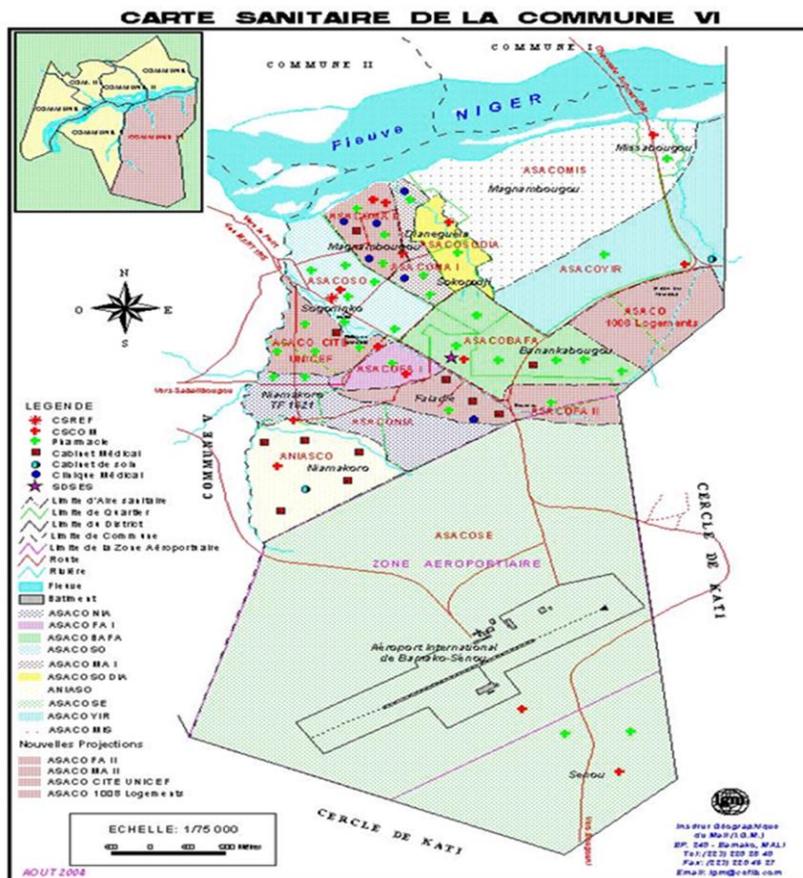


Figure 9: Carte sanitaire de la commune VI.

1.3. Présentation du service de Gynéco-Obstétrique :

➤ Le bloc opératoire composé de :

- Deux salles d'opération
- Une salle de réveil.
- Une salle de préparation pour les chirurgiens
 - Une salle de consultation pré-anesthésique.
 - Une salle de nettoyage des instruments.
 - Et 3 salles VIP pour l'hospitalisation.

➤ La maternité composée de :

Au rez-de-chaussée :

- La salle d'accouchement qui contient cinq (5) tables d'accouchement et dix (10) lits, on y réalise en moyenne quinze - vingt accouchements par jour.

- Une salle des nouveaux nés.
- Une salle d’observation des femmes.
- Une grande salle d’hospitalisation des femmes césarisées.
- Une salle de garde pour sage- femme.
- Une salle de garde pour Médecin.
- Une salle de garde pour les faisant fonctions d’interne.
- Une salle de garde pour les infirmières.
- Une salle de consultation gynécologique.
- Trois (3) salles de consultation prénatale.
- Une salle de consultation planning familial ;
- Une salle de de soins après avortement (SAA)
- Et six toilettes.

➤ Service de la néonatalogie ;

Tableau II: Les CSCOM et leurs distances par rapport au CS Réf.

Nom des aires de santé	Quartier	Distance CSCOM/CS Réf (en km)
ASACOMA	Magnambougou	3
ASACONIA	Niamakoro	6
ANIASCO	Niamakoro	8
ASACOBABA	Banankabougou	5
ASACOSE	Sénou	15
ASACOSO	Sogoniko	0,3
ASACOFA	Faladjé	4
ASACROYIR	Yirimadjo	10
ASACOSODIA	Sokorodji-Dianeguela	6
ASACOMIS	Missabougou	12
ASACOCY	Cité des logements sociaux	7

1.4. Ressources Humaines et financières :

❖ Au niveau du CS Réf il y a les différentes catégories de personnels

Les fonctionnaires et les conventionnaires de l'Etat

Les conventionnaires de l'INPS

Les contractuels du CS Réf

Les contractuels de la Mairie

Les thésards

❖ Les ressources financières du centre proviennent essentiellement de :

✓ La tarification des actes ;

✓ Les collectivités ;

✓ L'État ;

✓ Partenaires techniques et financiers.

❖ L'organisation du service :

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

Une consultation gynécologique quotidienne est réalisée tous les jours ouvrables

Les explorations échographique et Radiographique sont réalisées tous les jours ouvrables,

Le programme des actes opératoires est mis en œuvre les jours suivants : Mardi, Mercredi Jeudi et vendredi

2-Type d'étude :

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive et analytique avec collecte rétrospective des données.

3-Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée sur une période allant du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2022 soit une durée de 24 mois

4 - Population d'étude :

L'étude a porté sur l'ensemble des admissions pour urgences obstétricales dans le service de gynéco-obstétrique du CS Réf de la commune VI

5- Échantillonnage :

Il s'agissait d'un échantillonnage non probabiliste et non systématique. Elle a concerné toutes les patientes répondant non seulement aux critères d'inclusion mais aussi et surtout ayant un dossier médical suffisamment renseigné.

5.1 Critères d'inclusion : ont été incluses

Toutes les patientes admises pour GEU et prise en charge dans le service de gynéco-obstétrique du CS Réf de la commune VI et dont le diagnostic a été confirmé par un examen anatomopathologique.

5.2 Critères de non inclusion : n'ont pas été incluses

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

6. Collecte des données :

Une fiche d'enquête préétablie nous a permis de collecter les données dont un modèle est en annexe.

6.1 Collecte des données :

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

7. Les variables :

- Sociodémographiques : Age, statut matrimonial, profession, ethnie, instruction et niveau d'instruction.
- Cliniques : Gestité, parité ; contraception ; pronostic maternel, mode d'admission, méthode contraceptive, ATCD d'avortement, type d'avortement, ATCD d'infections génitales, type d'infections génitales, ATCD médicaux, ATCD de chirurgie pelvienne, type de chirurgie pelvienne et siège de la nidation.
- Paracliniques : Test de β HCG urinaire, NFS, taux d'hémoglobine et Échographie pelvienne.
- Méthodes thérapeutiques : Transfusion, type traitement, et type chirurgical.

Anatomopathologique : Type histologique.

8. Procédure opérationnelle :

En cas de grossesse extra-utérine, le caractère rompu ou non est immédiatement déterminé par l'état clinique de la patiente, biologique et échographique.

GEU non rompue :

Si certaines conditions sont remplies :

- Les GEU peu symptomatiques ;
- Les GEU peu actives (faible taux de β HCG, faible taux de progestérone plasmatique c'est-à-dire un taux inférieur à 5 ou 10 nano grammes /millilitre ;
- Les GEU peu volumineuses (moins de 3 ou 4cm de diamètre dans son grand axe)
- Les GEU ne contenant pas un embryon vivant ;
- Les GEU qui ne sont pas associées à une hémorragie interne importante (Hémopéritoine de moins de 100cc).

Le traitement médical par méthotrexate en IM est indiqué. Comporte quatre injections intramusculaires de 1 mg/kg de MTX à j0, j2, j4 et j6.

Un contrôle des β HCG est réalisé à j14. Un échec est défini par un taux de β HCG supérieur à 40% du taux initial

En cas d'échec du traitement médical ou de la rupture la laparotomie d'urgence est indiquée.

GEU rompue :

La laparotomie d'urgence est indiquée pour GEU rompue.

- GEU tubaire rompue : salpingectomie totale
- GEU ovarienne rompue : ovariectomie ou Annexectomie.
- GEU abdominale : laparotomie.

Après l'intervention, la pièce opératoire est fixée au formol 10 % et envoyée pour examen anatomopathologique, afin de confirmer la grossesse et de rechercher une éventuelle cause.

9. Analyse et traitement des données :

Les données seront traitées et analysées par le logiciel SPSS version 21.0.

La saisie des textes, des tableaux et la réalisation des graphiques seront faites sur les logiciels world et Excel de Windows.

Comme test statique, nous utiliserons le khi carré (khi²) avec comme seuil de signification $p < 0,05$.

10. Considération éthique et déontologique :

Ce travail est purement scientifique et concerne le secteur de la santé maternelle notamment la grossesse extra-utérine. Aucune femme n'a été nominalement citée dans ce travail, garant du secret médical. Aussi, en aucun cas il n'est possible d'identifier une femme à travers ce travail.

❖ Définitions Opérationnelles

Dans le cadre de cette étude, nous avons adopté les définitions suivantes :

- **Évacuation** : c'est lorsque la patiente est adressée à un service de niveau supérieur dans un contexte d'urgence.
- **Gestité** : c'est le nombre de grossesse.
- **Grande multi-geste** : Les femmes ayant eu six grossesses ou plus.
- **Multi-geste** : Il s'agit des femmes qui ont fait quatre à cinq grossesses.
- **Nulli-geste** : femme n'ayant jamais eu de grossesse.
- **Pauci-geste** : Il s'agit des femmes qui ont fait deux à trois grossesses.
- **Primi-geste** : Il s'agit des femmes qui sont à leur première grossesse.
- **Hydrosalpinx** : C'est un épanchement liquidien dans la trompe.
- **Parité** : c'est le nombre d'accouchement chez une femme.
- **Grande multi-pare** : les femmes qui ont fait six accouchements ou plus.
- **Multi-pare** : Les femmes qui ont fait quatre à cinq accouchements.
- **Nulli-pare** : femme n'ayant jamais eu d'accouchement.
- **Pauci-pare** : Il s'agit des femmes ayant fait deux à trois accouchements.
- **Primipare** : Les femmes qui sont à leur premier accouchement.

- **Référence** : c'est l'orientation d'une patiente vers un service de niveau supérieur sans notion d'urgence.
- **Salpingite** : C'est une inflammation de la trompe.
- **Salpingectomie** : C'est une intervention chirurgicale qui consiste à l'exérèse de la trompe avec ou sans résection cunéiforme de la corne.
- **Salpingectomie partielle** : C'est une intervention chirurgicale qui consiste à l'exérèse d'une portion de la trompe.
- **Suites simples** : les suites opératoires sont dites simples s'il n'y a pas eu de complication pendant la durée de séjour.
- **Suites compliquées** : les suites opératoires sont dites compliquées en cas de suppuration pariétale ou de saignement ou d'autres complications directement imputables à l'intervention.
 - **Traitement conservateur de la trompe** ou encore appelé **Salpingotomie** est une intervention chirurgicale qui consiste à une ouverture tubaire et à l'extraction de la grossesse extra- utérine par aspiration le plus souvent.

Résultats

IV. Résultats :

❖ La fréquence :

Durant la période d'étude nous avons enregistré 195 cas de GEU sur 16400 femmes enceintes soit une fréquence de 1,19%.

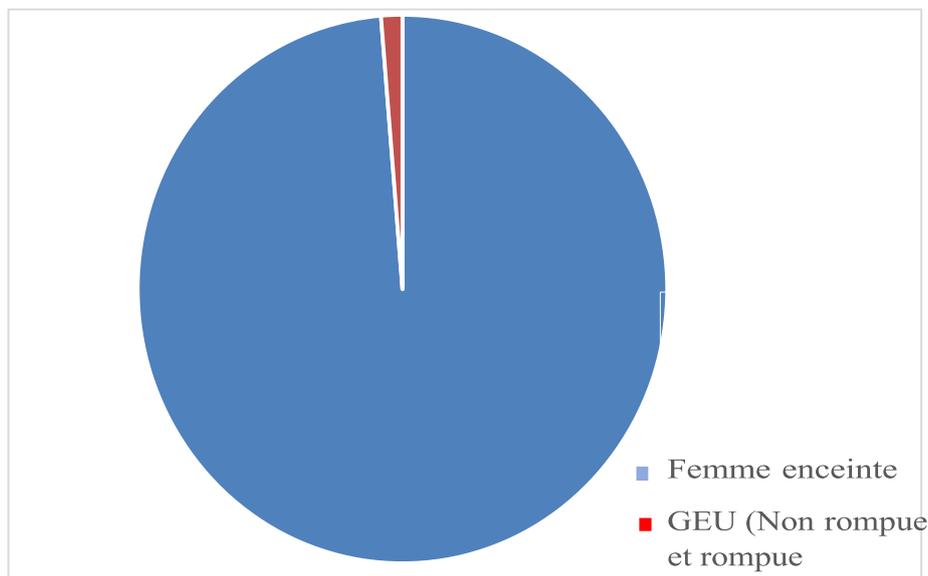


Figure 10: fréquence de survenue de la GEU par rapport au nombre de femmes reçues en consultation prénatale dans le service.

La GEU a concerné 1,19% de nos femmes enceintes reçues en Consultation Prénatale.

❖ Caractéristiques sociodémographiques :

➤ AGE :

Tableau III: Répartition des patientes selon l'âge.

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage (%)
< 20 ans	11	5,6
20-35ans	177	90,8
> 35 ans	7	3,6
Total	195	100

La tranche d'âge 20-35 ans était la plus représentée avec 90,8 % des cas.

L'âge moyen était de $27 \pm 5,7$ ans avec des extrêmes de 15 ans et 45 ans.

➤ **Profession :****Tableau IV: Répartition des patientes selon la profession.**

Profession	Fréquence	Pourcentage (%)
Femme au foyer	164	84,1
Fonctionnaire	11	8,6
Elève	10	5,7
Etudiante	11	5,1
Total	195	100

Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 84, 1 % des femmes.

➤ **Ethnie :****Tableau V: Répartition des patientes selon l'ethnie.**

Ethnie	Fréquence	Pourcentage (%)
Bambara	114	58,5
Peulh	35	17,9
Dogon	16	8,2
Soninké	10	5,1
Bwa	9	4,6
Sonrhäi	5	2,0
Malinké	3	1,5
Bozo	3	1,5
Total	195	100

L'ethnie Bambara a été la plus représentée soit 58,5% des cas.

➤ **Résidence****Tableau VI: Répartition des patientes selon la résidence.**

Résidence	Fréquence	Pourcentage (%)
Yirimadjo	63	32,3
Autres	23	11,8
Sénoù	23	11,8
Niamakoro	20	10,2
Magnambougou	18	9,2
Sogoniko	12	6,2
Cité des logements sociaux	12	6,2
Missabougou	9	4,6
Socorodji	8	4,1
Banankabougou	7	3,6
Total	195	100

Autres : Baguinéda, Kasséla

Dans notre étude 32,3% des patientes résidaient à Yirimadjo.

➤ **Statut matrimonial****Tableau VII: Répartition des patientes selon le statut matrimonial.**

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Mariée	165	84,6
Célibataire	30	15,4
Total	195	100

Les femmes mariées ont été les plus représentées soit 84,6%.

➤ **Niveau d'étude**

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

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage (%)
Non scolarisée	163	83,6
Niveau primaire	17	8,7
Niveau secondaire	10	5,1
Niveau Supérieur	5	2,5
Total	195	100

Les patientes non scolarisées étaient les plus représentées avec 83,6 % des cas.

❖ **Données cliniques :**

➤ **Mode d'admission**

Tableau IX: Répartition des patientes en fonction du mode d'admission.

Mode d'admission	Fréquence	Pourcentage (%)
Venue d'elle-même	107	54,9
Adressée par CSCom	88	45,1
Total	195	100

Les patientes venaient d'elle-même dans 107 cas soit 54,9 % des cas.

➤ **Motif de consultation****Tableau X: Répartition des patientes selon le motif de consultation.**

Motif de consultation	Fréquence	Pourcentage (%)
Douleur pelvienne, aménorrhée et métrorragie	79	40,5
Douleur pelvienne et Aménorrhée	72	36,9
Douleur pelvienne	44	22,6
Total	195	100

L'association douleur pelvienne, aménorrhée et métrorragie était la plus représentée soit 40,5% des cas.

➤ **Antécédents médicaux :****Tableau XI: Répartition des patientes en fonction des antécédents médicaux.**

Antécédents médicaux	Fréquence (n=16)	Pourcentage (%)
HTA	6	37,5
Diabète	4	25
Asthme	4	25
Drépanocytose	2	12,5
Total	16	100

L'HTA était l'antécédent médical le plus représenté soit 37,5% des cas.

➤ **ATCD d'infections génitales :**

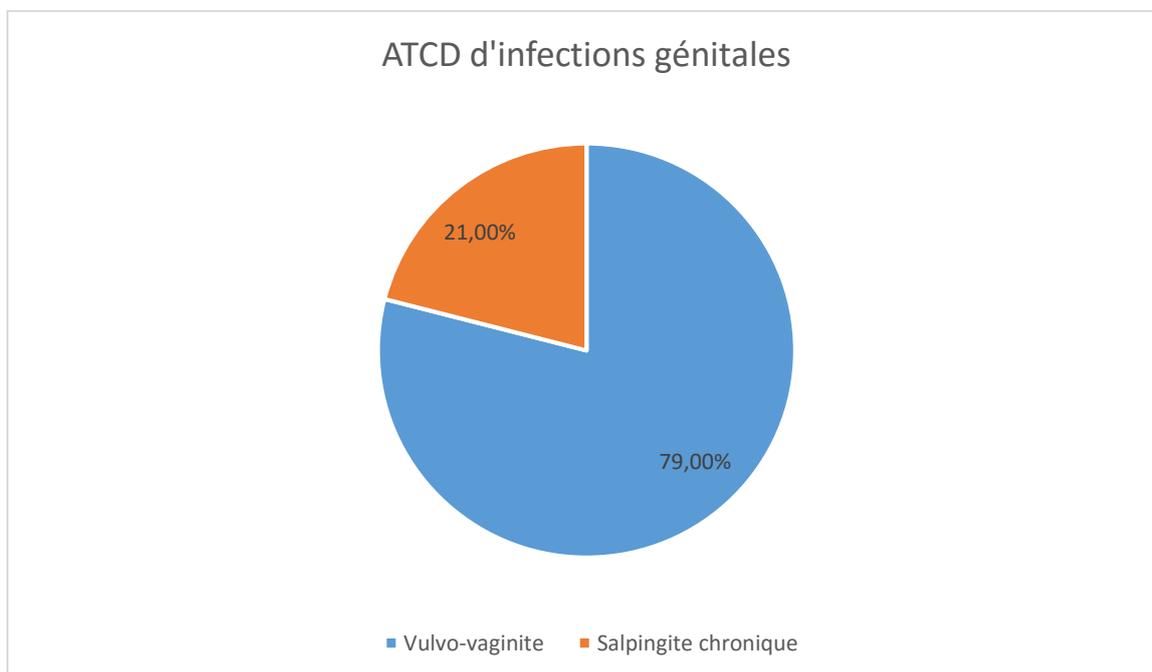


Figure 11: Répartition des patientes en fonction du type d'infections génitales.

La vulvo-vaginite était le type d'infection génitale le plus représenté soit 79,0 % des cas.

➤ **ATCD d'utilisation des contraceptifs**

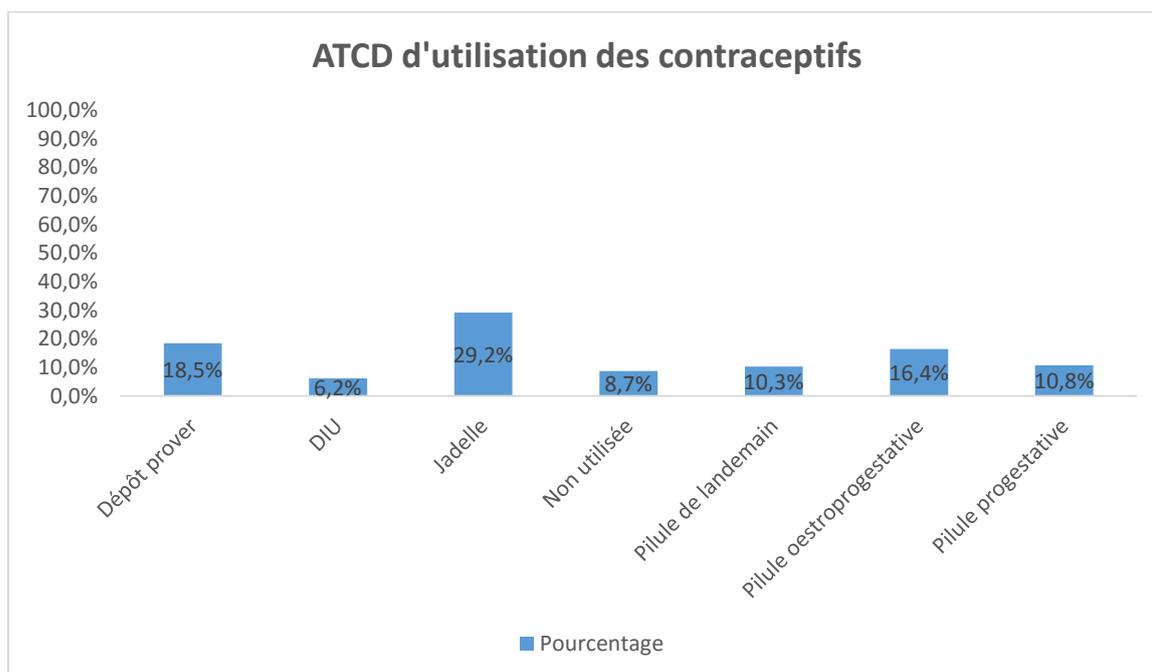


Figure 12: Répartition des cas selon les antécédents d'utilisation de contraceptifs.

Le jadelle était la méthode contraceptive la plus utilisée soit 29, 2% des cas.

➤ **ATCD de chirurgie pelvienne :**

Tableau XII: Répartition des patientes en fonction ATCD de chirurgie pelvienne.

ATCD de chirurgie pelvienne	Fréquence	Pourcentage (%)
Non	162	83,1
Oui	33	16,9
Total	195	100

La majorité des patientes ne présentait pas ATCD chirurgie pelvienne soit 83, 1 %.

Type de chirurgie pelvienne :**Tableau XIII: Répartition des patientes en fonction du type de chirurgie pelvienne.**

Type de chirurgie pelvienne	Fréquence	Pourcentage (%)
Césarienne	17	51,5
Kystectomie	5	15,2
Myomectomie	5	15,2
GEU antérieure	6	18,1
Total	33	100

La majorité des patientes opérées était des césariennes soit 51,5 % des cas.

➤ **Gestité :****Tableau XIV: Répartition des patientes en fonction de la gestité.**

Gestité	Fréquence	Pourcentage (%)
Primigeste	35	17,9
Paucigeste	85	43,6
Multigeste	51	26,7
Grande multigeste	23	11,8
Total	195	100

Les multigestes étaient les plus représentées avec 43,6 % des cas.

➤ **Parité**

Tableau XV: Répartition des patientes en fonction de la parité.

Parité	Fréquence	Pourcentage (%)
Nullipare	35	17,9
Primipare	53	27,2
Paucipare	73	37,4
Multipare	31	15,9
Grande multipare	3	1,5
Total	195	100

Les paucipares étaient les plus représentées avec 37,4 % cas.

➤ **ATCD d'avortement :**

Tableau XVI: Répartition des patientes en fonction des antécédents d'avortement.

Avortement	Fréquence	Pourcentage (%)
Non	165	84,6
Oui	30	15,4
Total	195	100

La majorité des patientes n'avait pas d'antécédent d'avortement soit 84,6 % des cas.

➤ **Type d'avortement :****Tableau XVII: Répartition des patientes selon du type d'avortement.**

Type d'avortement	Fréquence	Pourcentage (%)
Avortement spontané	26	86,7
IVG	4	13,3
Total	30	100

L'avortement spontané était le plus représenté avec 86,7 % des cas.

➤ **Siege de la nidation***Tableau XVIII: Répartition des patientes en fonction du siège de la nidation.*

Siège de la nidation	Effectif	Pourcentage (%)
Ampullaire	177	90,8
Interstitiel	6	3,1
Isthmique	6	3,1
Ampulo-isthmique	4	2
Ovarien	2	1
Total	195	100

La portion ampullaire était la plus représentée soit 90,8 % des cas.

❖ **Données paracliniques :**

➤ **Test β HCG urinaire :**

Tableau XIX: Répartition des patientes selon le résultat du test de β HCG urinaire.

Test de β HCG urinaire	Fréquence	Pourcentage (%)
Positif	181	92,8
Négatif	14	7,2
Total	195	100

Le résultat du test de β HCG urinaire était positif chez la majorité des patientes soit 92, 8 % des cas.

➤ **Numération formule sanguine :**

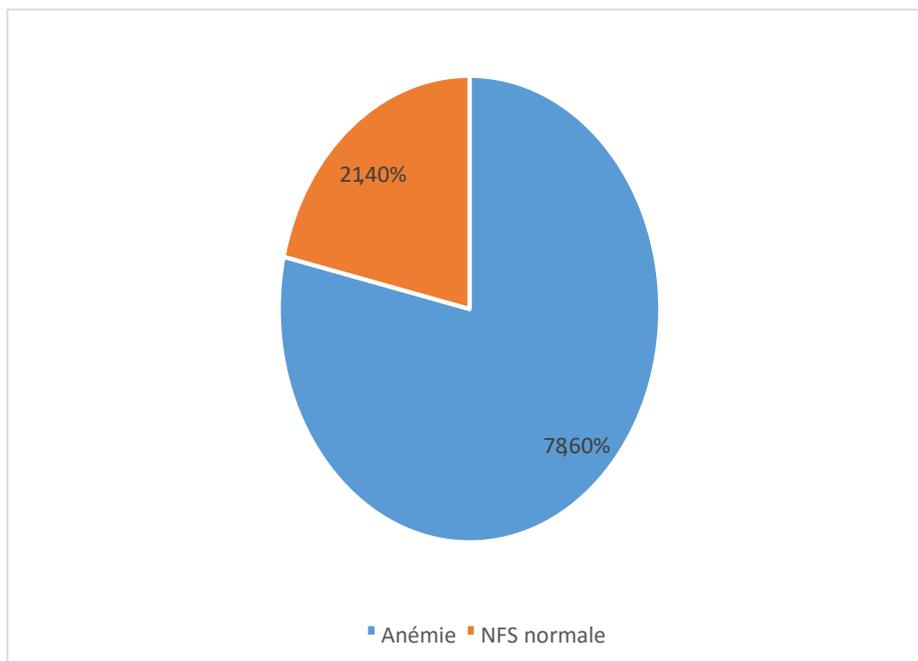


Figure 13: Répartition des patientes selon le résultat de NFS.

L'anémie était présente chez la majorité de nos patientes soit 78,6 % des cas.

➤ **Taux d'hémoglobine :**

Tableau XX: Répartition des patientes selon le taux d'hémoglobine.

Taux d'hémoglobine	Effectif	Pourcentage (%)
< 7 g/dl	52	26,7
7 à 11 g/dl	122	62,3
> 11g/dl	21	11
Total	195	100

La majorité des patientes présentait un taux d'hémoglobine compris entre 7 à 11 g/dl soit 62,3 % cas.

➤ **Echographie pelvienne :**

Tableau XXI: Répartition des patientes selon le résultat de l'échographie pelvienne.

Echographie pelvienne	Fréquence	Pourcentage (%)
ERU et ILU	117	60
ERU	52	26,7
ERP, ILU et AC	26	13,3
Total	195	100

ERP : épanchement retro-utérin ILU : image latéro-utérine AC : activité cardiaque.

L'association ERU et ILU était la plus représentée soit 60 % des cas.

➤ **Diagnostic retenu :**

Tableau XXII: Répartition des patientes selon le diagnostic retenu.

Diagnostic retenu	Fréquence	Pourcentage (%)
GEU rompue	182	93,3
GEU non rompue	13	6,7
Total	195	100

Le diagnostic retenu a été la GEU rompue soit 93,3% des cas.

❖ **Méthodes**

thérapeutiques :

➤ **Transfusion**

Tableau XXIII: Répartition des patientes selon la transfusion.

Transfusion	Fréquence	Pourcentage
Transfusée	60	33,8
Non Transfusée	135	66,2
Total	195	100

Dans notre étude 33,8% de nos patientes ont été bénéficié d'une transfusion.

➤ **Médical :**

Tableau XXIV: Répartition des patientes selon le type de traitement.

Type de traitement	Fréquence	Pourcentage (%)
OUI	4	2,1
NON	191	97,9
Total	195	100

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

➤ **Type chirurgical :**

Tableau XXV: Répartition des patientes selon le type chirurgical.

Type chirurgical	Fréquence	Pourcentage (%)
Salpingectomie subtotale	180	94,2
Annexectomie	11	5,8
Total	191	100

Le type chirurgical le plus utilisé a été la salpingectomie totale soit 94,2% des cas.

➤ **Pronostic maternel :**

Tableau XXVI: Répartition des patientes selon le Pronostic maternel.

Pronostic maternel	Effectifs	Pourcentage (%)
Vivante	194	99,5
Décédée	1	0,5
Total	195	100

Dans notre étude, nous avons enregistré un cas décès soit 0,5 % des cas.

❖ **Données anatomo-pathologiques :**

➤ **Résultats histologiques :**

Tableau XXVII: Répartition des patientes en fonction du type histologique.

Résultat histologique	Fréquence	Pourcentage (%)
Grossesse tubaire	104	53,3
Salpingite non spécifique	68	34,9
Grossesse tubaire sur salpingite bilharzienne	7	3,6
Hémosalpinx	16	8,2
Total	195	100

La grossesse tubaire a été le résultat histologique le plus représenté soit 53,3 % des cas.

2. Résultats analytiques :

➤ Age / Diagnostic retenu :

Tableau XXVIII: Distribution des patientes en fonction de l'âge en fonction de diagnostic retenu.

Age	Diagnostic retenu		Total
	GEU rompue	GEU non rompue	
Moins de 20ans	11 (6,3%)	0 (0,0 %)	11
20ans à 35ans	157 (90,3%)	21 (100 %)	178
Supérieur à 35ans	6 (3,4%)	0 (0,0 %)	6
Total	174	21	195
$\chi = 2,39$	ddl = 3		p = 0,495

Nous n'avons pas trouvé de lien statistique significatif entre l'âge et le diagnostic retenu.

➤ **Profession / Diagnostic retenu :**

Tableau XXIX: Distribution des patientes en fonction de l'âge en fonction de diagnostic retenu.

Profession	Diagnostic retenu		Total
	GEU rompue	GEU non rompue	
Femme au foyer	153 (87,9%)	19 (90,5 %)	172
Fonctionnaire	5 (2,9%)	1 (4,8 %)	6
Etudiante	9 (5,2%)	1 (4,8 %)	10
Elève	7(4,0%)	0 (0,0 %)	7
Total	174	21	195
X = 1,08	ddl = 3	p =0,78	

Nous n'avons pas trouvé de lien statistique significatif entre la profession et le diagnostic retenu.

➤ Statut matrimonial / Diagnostic retenu :

Tableau XXX: Distribution des patientes en fonction du statut matrimonial en fonction de diagnostic retenu.

Statut matrimonial	Diagnostic retenu		Total
	GEU rompue	GEU non rompue	
Mariée	169 (97,1%)	21 (100 %)	190
Célibataire	5 (2,9%)	0 (0,0 %)	5
Total	174	21	195
X = 1,08	ddl = 3		p =0,78

Nous n'avons pas trouvé de lien statistique significatif entre le statut matrimonial et le diagnostic retenu.

➤ Niveau d'instruction / Diagnostic retenu :

Tableau XXXI: Distribution des patientes en fonction du niveau d'instruction en fonction de diagnostic retenu.

Niveau d'instruction	Diagnostic retenu		Total
	GEU rompue	GEU non rompue	
Non scolarisée	154 (88,5%)	19 (90,5 %)	173
Niveau primaire	3 (1,7%)	0 (0,0 %)	3
Niveau secondaire	11 (6,3%)	1 (4,8 %)	12
Niveau supérieur	6(3,4%)	1 (4,8%)	7
Total	174	21	195
X = 0,53	ddl = 3	p =0,91	

Nous n'avons pas trouvé de lien statistique significatif entre le niveau d'instruction et le diagnostic retenu.

➤ **Type d'infection génital / Diagnostic retenu :****Tableau XXXII: Distribution des patientes en fonction du type d'infection génital en fonction de diagnostic retenu.**

Type d'infections génitales	Diagnostic retenu		Total
	GEU rompue	GEU non rompue	
Vulvo-vaginite	0 (0,0%)	116 (100 %)	116
Salpingite chronique	21 (26,6%)	58 (73,4 %)	79
Total	21	174	195

 $\chi = 34,56$

ddl = 1

p = 0,011

Nous avons trouvé de lien statistique significatif entre le type d'infections génitales et le diagnostic retenu (p=0,011).

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V. Commentaires et Discussion :

❖ Approche méthodologique :

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive et analytique avec collecte rétrospective des données allant du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2022 soit une durée de 24 mois. Cette étude nous a permis de faire le point sur les aspects épidémio-cliniques, thérapeutiques, pronostiques et anatomopathologiques de la GEU au Centre de Santé de Référence de la commune VI du District de Bamako. Au cours de la période d'étude, nous avons enregistré 195 cas de GEU.

❖ Fréquence :

Durant notre période d'étude nous avons colligé 195 cas de GEU sur 16400 grossesses reçues en consultation soit une fréquence de 1,19 %. Ce résultat est similaire à ceux de Soumaoro S en 2020 et de Diaby B en 2023 au Mali qui avaient rapporté une fréquence de 1,29 % et 1,20 % **(32,33)**. Par contre, ce résultat est supérieur à celui de Sanogo BD en 2012 au Mali qui avait rapporté une fréquence de 0,75% **(30)**.

Cette différence de proportion pourrait s'expliquer en partie par la propagation des facteurs de risque notamment les IST. Dans les pays développés l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) a beaucoup contribué à l'augmentation de la fréquence de la GEU.

❖ Données sociodémographiques :

➤ Age :

L'âge moyen était de $27 \pm 5,6$ ans avec des extrêmes de 15 et 46 ans. Cette moyenne d'âge est similaire à celle de Soumaoro S en 2020 au Mali et inférieur à celle de Diaby B en 2023 au Mali qui avaient trouvé $27 \pm 2,5$ ans et $31 \pm 3,5$ ans **(32,33)**.

➤ Profession :

Les femmes au foyer représentaient la profession la plus fréquente avec une proportion de 84,1 %. Ce taux est supérieur à ceux de Dembélé SH en 2014 au Mali et Diaby B en 2023 au Mali qui avaient rapporté 64,5 % et 67,1% **(29,30)**.

Par contre ce taux est légèrement inférieur à celui de Soumaoro S en 2020 au Mali qui avait trouvé 85,34 % (32).

➤ **La provenance :**

Dans notre étude 88,2 % de nos patientes sont venues de la commune VI. Contrairement à celui de Soumaoro S en 2020 au Mali qui a rapporté 100% (32). Cela s'explique par la proximité du centre mais aussi par la qualité des prestations selon la population.

➤ **Statut matrimonial :**

La majorité de nos patientes était mariée soit 84,6 %. Ce taux est supérieur à ceux de Dembélé SH en 2014 au Mali et de Diaby B qui avaient trouvé 81,9 % et 81,4 (33,34) .

Par contre ce taux est inférieur à ceux d'Elcharcha. M en 2017 à Marrakech et de Soumaoro S en 2020 au Mali qui avaient rapporté 95% et 95,69 % (32,35).

Données cliniques :

➤ **Mode d'admission :**

Dans notre étude, 54,9 % de nos patientes sont venues d'elles-mêmes tandis que les évacuations ont représentées 45,1% de nos admissions ; contraire chez Diaby B en 2023 au Mali (33) qui a rapporté que 80 % des patientes sont venues d'elles-mêmes tandis que 20 % des patientes ont été référées et chez Sanogo DB en 2012 au Mali (30) qui a rapporté que 40% des patientes sont venues d'elles-mêmes tandis que 60% des patientes ont été référées .

Il existe dans la commune un système de référence /évacuation avec un système de partage des coûts entre les différents acteurs.

➤ **Motif de consultation :**

Les patientes consultent lorsque l'évolution de la grossesse est anormale. Dans notre étude, l'association douleur pelvienne, aménorrhée et métrorragie était la plus représentée soit 40,5%.

Ce taux est similaire à celui de Diaby B en 2023 au Mali qui a trouvé l'association douleur pelvienne, aménorrhée et métrorragie était la plus représentée soit 40 % (33).

Contrairement chez Soumaoro S en 2020 au Mali la douleur pelvienne seule était la plus représentée soit 41,38 % **(32)**.

➤ **La gestité :**

Dans notre étude, les pauci gestes ont été les plus représentées soit 43,6%.

Similaire chez Soumaoro S au Mali en 2020 les pauci gestes étaient la plus représentée soit 43,10% **(32)**.

Diaby B en 2023 au Mali a trouvé que les multi gestes étaient les plus représentées avec 31,4% **(33)**.

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

➤ **Parité :**

Les paucipares étaient les plus représentées soit 37,4 % suivies de primipares et nullipares. Elcharcha M en 2017 au Marrakech et Sanogo DB en 2012 au Mali ont trouvé que les primipares et les multipares étaient les plus représentées soit 29% et 30% **(30,34)**.

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

➤ **Antécédents d'avortement :**

Dans notre étude, 15,4% de nos patientes avaient un antécédent d'avortement. Ce taux est légèrement inférieur à ceux de Soumaoro S en 2020 au Mali et de Sanogo D B en 2012 au Mali qui avaient rapporté 16,38 % et 16 % **(30,34)**.

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

➤ **Antécédent de chirurgie pelvienne :**

Dans notre étude, 3,1 % de nos patientes avaient un antécédent de GEU antérieure. Ce taux est similaire à celui de Soumaoro S en 2020 au Mali qui avait trouvé 3,48% **(32)**.

Par contre il est inférieur à ceux de Sanogo BD en 2012 au Mali et de Diaby B en 2023 au Mali qui avaient rapporté 7,7% et 32,65% **(30,31)**.

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

❖ Examens paracliniques :

➤ Numération formule sanguine :

L'anémie a été retrouvée dans 78,6 % chez de nos patientes.

Ce taux est supérieur à ceux de Dembélé Y en 2006 au Mali et Soumaoro S en 2020 au Mali qui avaient trouvé 29,7 % et 39,66 % **(30,36)**.

➤ Échographie pelvienne :

L'épanchement rétro-utérin et l'image latéro-utérine étaient les plus retrouvés soit 60%, contraire à chez Soumaoro S en 2020 au Mali qui avait rapporté que l'épanchement rétro-utérin seul était la plus représentée soit 70,69% **(32)**.

❖ Traitement :

➤ Médical

Dans notre étude, 2,1 % de nos patientes ont bénéficié d'un traitement médical à base de méthotrexate. Ce résultat est similaire à celui Soumaoro S en 2020 au Mali qui avait trouvé 2,59 % **(32)**.

Par contre il est inférieur à celui de Diaby B en 2023 au Mali qui avait trouvé 8,6 % **(33)**.

La transfusion sanguine a été réalisée chez 33,8 de nos patientes. Ce résultat est légèrement supérieur à celui de Soumaoro S en 2020 au Mali qui avait trouvé 32,76 % **(32)**. Par contre, ce résultat est inférieur à ceux d'Elcharcha M en 2017 à Marrakech et de Diaby B en 2023 au Mali qui ont rapporté 87,5 % et 90% **(33,35)**.

➤ Chirurgical

La salpingectomie subtotale a été réalisée chez 97,9% de nos patientes. Ce taux est légèrement supérieur à ceux de Sanogo DB en 2012 au Mali et de Soumaoro S en 2020 au Mali qui ont rapporté 88,75% et 95,58 % **(30,32)**.

➤ Étude histologique :

➤ La grossesse tubaire été retrouvée chez 51,4 % de nos patientes. Ce résultat est différent de celui de Picaud et al qui ont trouvé 25,1% de salpingite chronique **(37)** et de celui de Wato et al qui ont rapporté la bilharziose dans 3% des cas **(38)**. Cela peut s'expliquer par la fréquence élevée des infections dans nos contrées.

❖ **Pronostic maternel :**

Nous déplorons un cas de décès soit un taux de 0,5 %.

Ce résultat est inférieur à celui de Sanogo DB en 2012 au Mali qui a trouvé 2% de cas de décès **(30)**.

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

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

❖ Conclusion :

Dans notre contexte nous pouvons retenir que la GEU reste un problème de santé publique au Mali, lié à une augmentation croissante de sa fréquence et met en jeu le pronostic maternel et obstétrical.

Plusieurs facteurs de risque sont incriminés les IST notamment à chlamydia trachomatis, les progestatifs microdosés, IVG, le tabac, la pathologie et chirurgie tubaire et le dispositif intra-utérin.

La triade symptomatique classique à savoir (douleurs abdomino-pelviennes + aménorrhée + métrorragies) a constitué le principal tableau clinique.

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

Un traitement chirurgical lourd entraîne d'importante mutilation et diminue-les chances de fécondité ultérieure des patientes.

L'insuffisance de plateau technique pour la Coeliochirurgie offre peu de choix thérapeutique.

L'issue de cette pathologie est favorable dans la majorité des cas si le diagnostic est précoce avec prise en charge adéquate. Un diagnostic précoce des GEU permet d'augmenter la chance de des patientes de bénéficier d'une chirurgie conservatrice bien menée et un suivi postopératoire conséquent. La prise en charge correcte des étiologies en amont pourrait améliorer la situation.

❖ **Recommandations :**

Aux autorités politico-administratives et sanitaires :

- Construire deux autres CS Réf en CVI
- Recruter des médecins anatomopathologistes dans les CS Réf pour faciliter le diagnostic histologique.

A la Direction du CSREF :

- Équiper les blocs opératoires des centres de santé de référence en matériel de cœliochirurgie et assurer la formation des médecins à cette pratique.
- Equiper le laboratoire du CSREF en réactif permettant le dosage quantitatif des HCG.
- Former et recycler le personnel soignant au dépistage et à la prise en charge des IST.

Aux personnels socio- sanitaires :

- Promouvoir la sensibilisation, l'information, l'éducation et le changement de comportement sur les IST.
- Respecter les normes et procédures en matière de santé de la reproduction.

À la population :

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

REFERENCE

VII. REFERENCE

1. **Keita M, Coulibaly B, Samaké A, Tall S, Diallo M, Soumaoro S et al.** Etude clinique thérapeutique et anatomopathologique de la grossesse extra-utérine au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako (MALI). *Jacc Africa*. 2021;5(1):104- 111.
2. **Li C, Zhao WH, Zhu Q, Cao SJ, Ping H, Xi X, et al.** Risk factors for ectopic pregnancy: a multi-center case-control study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 22 de agosto de. 2015;15:187.
3. **Marion LL, Meeks GR.** Ectopic Pregnancy: History, Incidence, Epidemiology, and Risk Factors. *Clin Obstet Gynecol*. junio de. 2012;55(2):376- 86.
4. **Gervaise A, Fernandez H.** Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la GEU. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2010;39(3):17- 24.
5. **Sangaré B.** Etude clinique, thérapeutique et anatomopathologique de la GEU au CSRéf commune IV. [Thèse de médecine]. [Bamako- Mali]: [CSRéf commune IV]: médecine; 2020; 135 : 96p.
6. **Lansac J, Leconte P, Marret H.** Gynécologie pour le praticien Masson. 2010;7:162.
7. **Goffinet F.** Recommandations pour la pratique clinique : prise en charge de la grossesse extra-utérine. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2004;32(2):180- 5.
8. **Lawson T.** Ectopic pregnancy criteria and accuracy of ultrasonic diagnosis AM. *J R oentegenol*. 1978;1:53.
9. **Stromne J.** Salpingectomy for brutal pregnancy report of a successful case *Obstat gynecol*. In 1993. p. 472- 81.
10. **Manches H, Mage G, Pouly J, Robert J, Bruhat M.** Traitement cœlioscopique de la grossesse tubaire non rompue ; Amélioration techniques. *Presse Médicale*. 1983;12:1431.
11. **Tanaka D.** Treatment of interstitial pregnancy with méthotrexate : Report of succenfull case. *Fertile*. 1982;37:85 et 853.
12. **Fernandez H.** Grossesse extra-utérine, étiologie, diagnostic, évolution, traitement. *Revue du praticien*. 2000;50:23.
13. **Dargent D, Lansac J.** Grossesse extra-utérine : avenir des opérées et chirurgie conservatrice. *Rev part*. 1973;23:33 et 53.
14. **Lansac J, Gallet C, Rochet Y.** La grossesse extra-utérine et son pronostic obstétrical, France, gynéco-Obsté. 1975;4:65- 74.
15. **Blaus B.** Medical gallery of Blausen Medical 2014. *Wiki Journal Med*. 2014; 1(2): 1-17.

16. **Delaroche L, Patrat C.** Fécondation dans l'espèce humaine. Fécondation dans l'espèce humaine. EMC Obstétrique /Gynécologie, 2012 ;(3) 1-9.
17. **Berger M, Taymor M.** Simultaneous intra-utérine and tubal pregnancies Following ovulation induction. Am J Obstet Gyn. 1975;82:775- 82.
18. **Glodner T, Lawson H, Xia Z, Atrasch H.** Surveillance for ectopic pregnancy-United States 1970-1989. MMWR. 42:35-75.
19. **Judlin P, Leguin T, Zaccabri A, Landes P.** Avenir génital après GEU à propos d'une série continue de 330 cas. J. Gynecol. Obstet Biol. Reprod. 1986;58- 9.
20. **Job-Spira N, Fernandez H, Bouyer J, Pouly J, Germain E, Coste J.** Ruptured tubal ectopic pregnancy: risk factors and reproductive outcome: results of a population-based study in France. Am J. Obstet Gynecol. 1999;180:44- 938.
21. **Doyle M, Decherney A, Diamond M.** Epidemiology and etiology of ectopic pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am. 1991;18:1- 17.
22. **Xiong X, Buekens P, Wollast E, Lud D.** Use and the risk of ectopic pregnancy; a meta-analysis of case-control studies, contraception. 1995;52:23- 34.
23. **Yang CP, Chow W, Daling J, Weiss N, Moore D.** Does prior infertility increase the Risk of tubal pregnancy ? Fertil Sterile. 1987;48:62- 8.
24. **Meirik O.** Ectopic pregnancy during 1963-78. In Uppsala countrsedent Acta. Obstet. Gynecol scand. 1981;60:545- 8.
25. **Kitchin JD, Wein RM, Nunley WC, Thiagarajah S, Thornton WN.** Ectopic pregnancy: current clinical trends Am J Obstet Gynecol., 1985;134(8):870- 6.
26. **Rothe D, Birnbaum S.** Cervical pregnancy diagnostic and management. Obstet Gynecol. 1973; 42: 675. 1973;42:675.
27. **Agirregoikoa JA, Zaira S, et Isabelle G.** Grossesse extra-utérine (GEU): définition, symptômes et traitements 2018,49 (2):225-228.
28. **Mol Bw J, Ankum W, Bossyt P, Kau Derveen F.** Contraception and the risk of ectopic pregnancy ; a meta- analysis. Contraception. 1995;52:337- 41.
29. **Samuel DG.** Etude de la grossesse extra-utérine dans le service de gynécologie –obstétrique du CHU Gabriel Touré à propos de 83 cas [Thèse de médecine]. [Bamako- Mali]: FMOS; 2007; 101 : 110p.
30. **Sanogo D B.** Aspect Epidémiologiques et Anatomopathologique de la GEU au CS Réf CVI du district de Bamako. [Thèse de médecine]. [Bamako- Mali]: FMOS; 2012, 147 : 78p.
31. **Bah B.** La grossesse extra utérine en milieu noir africain à propos de 104 cas observé à Bamako [Thèse de médecine]. [Bamako- Mali]: FMOS; 1980; 02 : 121p.

32. **Soumaoro S.** Etude, clinique, thérapeutique et anatomopathologique de la GEU au CS Réf CVI du district de Bamako [Thèse de médecine]. [Bamako-Mali]: FMOS; 2020; 74 : 94p.
33. **Diaby B.** Grossesse extra-utérine : aspects épidémiocliniques, thérapeutiques, pronostiques et anatomopathologiques au Centre de Santé de Référence de Kalaban-coro. [Thèse de médecine]. [Bamako- Mali]: FMOS; 2023; 284 : 94p.
34. **Dembélé SH.** Aspects épidémiocliniques et thérapeutiques de la grossesse extrautérine au CS Réf CVI du district de Bamako. Thèse méd. USTTB; 2014; 73 : 85p.
35. **Elcharcha M.** GEU : épidémiologie, diagnostic, traitement et pronostic obstétrical. [Thèse de médecine]. [Egypte] : Marrakech ; 2017; 125p.
36. **Dembele Y.** Grossesse extra utérine : aspects épidémiologique, clinique, diagnostique, thérapeutique et pronostique au Centre de Santé de Référence de la commune V du District de Bamako à propos de 127 cas [Thèse de médecine]. [Bamako- Mali]: FMOS; 2006.
37. **Picaud A, Nlome-Nze AR, Faye A, Kouvahe V, Kpodar D, Ouzouaki F, et al.** Evolution de la fréquence de la grossesse extra-utérine à Libreville (Gabon). Médecine Afr Noire. 1989; 39 :798-805.
38. **Woto-Gaye G, Moreau JC, Mendes V, Boye CS, Rupari L, Diadhiou F, et al.** Grossesses extra-utérines et Bilharziose tubaire au Sénégal : à propos de 3 cas. Médecine Afr Noire. 2000; 10 : 304 - 309.

ANNEXES

VIII. ANNEXES :

Fiche Signalétique :

Prénom et Nom : Bakary Diarra

Pays d'origine : Mali

Titre de la thèse : Grossesse extra-utérine : aspects épidémiocliniques, thérapeutiques, pronostiques et anatomopathologiques au Centre de Santé de Référence de la commune CVI du district de Bamako

Année universitaire : 2022-2023

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Anatomie pathologie, gynécologie et santé publique

Résumé :

Introduction :

La GEU reste la première cause de mortalité du premier trimestre de la grossesse malgré les progrès réalisés dans le diagnostic précoce. Devant l'ampleur et le degré de gravité de la pathologie, nous avons initié ce travail pour actualiser les connaissances au Centre de santé de référence de la commune CVI du district de Bamako.

Notre objectif était d'étudier les aspects épidémiocliniques, thérapeutiques, pronostiques et anatomopathologiques de la grossesse extra-utérine.

Matériel et méthodes :

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique avec collecte rétrospective des données qui s'est déroulée dans le service de gynécologie et d'obstétrique du Centre de Santé de Référence (CS Réf) de la commune CVI allant du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2022 soit une durée de 24 mois. Nous avons inclus des cas répondant à nos critères d'inclusion.

Résultats :

Au cours de notre étude nous avons colligé 195 cas de GEU sur 16400 grossesses soit une fréquence de 1,19 %. L'âge moyen était de $27 \pm 2,5$ ans avec des extrêmes de 15 ans et 45 ans. Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 84,1 %. L'ethnie Bambara était prédominante soit 58,5% des cas. L'association douleur pelvienne, aménorrhée et métrorragie représentait 40,5% des cas. Les paucipares étaient les plus représentées avec 37,4 % cas. La vulvo-vaginite était le type d'infection génitale le plus représenté soit 78,2 %. L'anémie était présente chez la majorité de nos patientes soit 78,6 %. L'association épanchement rétro-utérin et image latéro-utérine a été retrouvée dans 60 % des cas. Le diagnostic retenu a été la GEU rompue soit 93,3% des cas. Le traitement était chirurgical soit 97,9% des cas. La salpingectomie subtotale a été réalisée chez 94,2% des cas. Dans notre étude, nous avons enregistré un cas décès. À l'histologie la grossesse tubaire représentait 53,3 % des cas.

Conclusion

La GEU constitue un problème de santé publique dans nos pays, lié à une augmentation croissante de sa fréquence. L'association douleur pelvienne, aménorrhée et métrorragie a constitué le principal tableau clinique.

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

Mots clés : grossesse extra-utérine, épidémio-clinique, thérapeutique, pronostic et histologie.

Material safety Data sheet:

First and last name: Bakary Diarra

Country of origin: Mali

Title of the thesis: Ectopic pregnancy: epidemio-clinical, therapeutic, prognostic and anatomopathologic aspects at the Reference Health Center of commune VI of the Bamako district.

Academic year: 2022-2023

Defense city: Bamako

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology Anatomy pathology, gynecology and public health

Sector of interest: Anatomy pathology, gynecology and public health

Summary:

Introduction:

Our objective was to study ectopic pregnancy in the gynecology-obstetrics unit at the reference health center of commune VI of the Bamako district.

Material and methods:

This was a descriptive and analytical cross-sectional study with retrospective data collection that took place in the gynecology and obstetrics department of the Reference Health Center (CS Réf) of commune VI of the Bamako district from January 1, 2021 to December 31, 2022, i.e. a duration of 24 months.

Results:

During our study we collected 195 cases of EP out of 16400 pregnancies, i.e. a frequency of 1.19%. The average age was 27 ± 2.5 years with extremes of 15 and 46 years. Housewives were the most represented with 84,1%. The Bambara ethnic group was the most represented, i.e. 58,5% of cases. The association of pelvic pain, amenorrhea and metrorrhagia was the most represented, i.e. 40,5% of cases. The pauciparous were the most represented with 37,4% cases. Vulvovaginitis was the most represented type of genital

infection, at 79,0%. Anemia was present in the majority of our patients, i.e. 78.6% of cases. The association of retro-uterine effusion and laterouterine image was the most represented, i.e. 60% of cases. The diagnosis retained was ruptured EP, i.e. 93,3% of cases. The majority of patients benefited from surgical treatment, ie 97,9% of cases. The most used type of surgery was subtotal salpingectomy, i.e. 94,2% of cases. In our study, we recorded one case of death, i.e. 0.5% of cases. Chronic salpingitis was the most represented histological result, 36,9% of cases. Tubal pregnancy was the most represented histological result, 53,3% of cases.

Conclusion

The ectopic pregnancy constitutes a public health problem, linked to an increasing increase in its frequency.

The combination of pelvic pain, amenorrhea and metrorrhagia constituted the main clinical picture.

The outcome of this pathology is favorable in the majority of cases if diagnosis is early with adequate care.

Keywords: GEU, risk factors, maternal prognosis and histology.

FICHE D'ENQUETE

Fiche d'enquête

Fiche N° : -----

Année : -----

I- Données sociodémographiques

1 -Nom : ----- / /

2 -Prénom : -----/ /

3 -Age : ----- / /

4 -Ethnie : ----- / /

a = Bambara, b = Sarakolé, c = Sonrhäi, d= Peulh,
e = Malinké, f = Dogon, g = Bwa, h= autres

5 - Adresse : -----

a = Sogoniko, b = Magnabougou, c= Sokorodji,
d = Missabougou, e = Faladiè, f= Niamakoro,
g = Djandjiguila, h= Banankabougou, i =Senou,
j =Yirimadjo k = Autre

6 - Niveau d'instruction : ----- / /

a = supérieur, b = secondaire, c = primaire, d = non scolarisée

7 - Profession : ----- / /

a = ménagère ; b = fonctionnaire ; c = élève, d = Étudiante,
e = autres

8 - Etat matrimonial : ----- / /

a = mariée, b = célibataire, c = divorcée, d =veuve
e = autres,

II-Antécédents

1- Médicaux :

a- HTA : ----- / / 1=oui ; 2=non

b-Diabète :-----/ / 1=oui ; 2=non

- c-Drépanocytose : ----- / / 1=oui ; 2=non
 d-Asthme : -----/ / 1=oui ; 2=non
 e-Bilharziose : -----/ / 1=oui ; 2=non
 f-IGB / 1=oui 2=non

Chirurgicaux :

- a-Appendicectomie : ----- / / 1=oui ;
 2=non
 b- Plastie tubaire : -----/ / ² 1=oui ;
 2=non
 c- Cure de GEU antérieure : -----/ / 1=oui ;
 2=non
 d- Péritonite : -----/ / 1=oui ;
 2=non
 e-Kystectomie : -----/ / 1=oui ;
 2=non
 f- Césarienne : -----/ / 1=oui ;
 2=non
 g-Chirurgie des voies urinaires : -----/ / 1=oui ;
 2=non
 8- Chirurgie conservatrice des trompes : ----- / / 1=oui ; 2=non
 h- Autres : ----- / / 1=oui ; 2=non

3-Gynéco-obstétricaux :

- a- Ménarche : -----/ / 1=oui ; 2=non
 b- Cycles : -----/ / 1=oui ; 2=non
 c- Durée des règles : -----/ / 1 = 28 j 2= 29j
 3= 30j 4= autre

- d- Dysménorrhée :-----/ / 1=oui ; 2=non
 e- Gestité : -----/ / 1=oui ; 2=non
 f- Parités : ----- / /
 g-Avortement : ----- / / 1=oui ; 2= non
 h- Fausse couche : ----- / / 1=oui ; 2 =non
 i- IVG : -----/ / 1=oui ; 2=non
 j-Annexite : -----/ / 1=oui ; 2=non
 k- Traitée pour stérilité : -----/ / 1=oui ; 2=non
 l- Stérilité tubaire : -----/ / 1=oui ; 2=non
 m- Contraception : -----/ / 1=oui
 2=non

* Pilule oestroprogestative ; * pilule progestative ;

* DIU ; * dépôt provera ;

*pilule du lendemain

*6 implants de Jadelle

III-Mode d'admission :

A-Date d'admission :

- 1- Venue d'elle-même : -----/ / 1=oui ; 2=non
 2- Référée /évacuée : ----- / / 1=oui ; 2=non
 3-Motif d'évacuation : ----- / /

a = GEU rompue échographique,

b = GEU non rompue échographique,

c = douleurs pelviennes,

d = métrorragies

4-Moyen de déplacement utilisé : -----/ /

a = taxi, b = motocyclette, c = véhicule personnel, d = autres

5- Qualification de l'agent qui a évacué : -----/ /

a = médecin, b = sagefemme,

c = infirmier d = autres

IV-Données cliniques à l'admission

A-Signes fonctionnels :

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

B-Signes sympathiques de grossesse :

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

C- Signes physiques :

- 1-Pâleur : -----/ / 1=oui ; 2=non
- 2-Fièvre : -----/ / 1=oui ; 2=non
- 3-Signe de flot : -----/ / 1=oui ; 2=non
- 4-Cri de l'ombilic : -----/ / 1=oui ; 2=non
- 5-Météorisme : -----/ / 1=oui ; 2=non
- 6- Cri du Douglas : -----/ / 1=oui ; 2=non

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

8- Autre -----

D-Examens para cliniques :

1-Groupage Rhésus : -----

2-NFS :

.....

3-HCG urinaire : -----/ / 1=oui ; 2=non

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

5-Echographie pelvienne : -----

6- Autre -----

V-Diagnostic retenu :

1-GEU : -----/ / 1=rompue ; 2=non rompue

VI-Traitement de la grossesse extra-utérine

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

2-Motif

3-Moyen utilisé

4-Qualification de l'agent qui a évacué

5-Chirurgie radicale : -----/ / 1=oui ; 2=non

6-Annexectomie : -----/ / 1=oui ; 2=non

7- Salpingectomie : -----/ / 1=oui ; 2=non

8-Chirurgie conservatrice : -----/ / 1=oui ; 2=non

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

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

11 Traitement médical

I-Aspects per opératoires :

1-Localisation : -----/ /

a = droite, b = gauche,

2-Siege de la nidation : -----/ /

a = Interstitiel, **b** = Ampulo-isthmique,
 c = Ampullaire, **d** = Isthmique,
 e = Ovarien, **f** = Cervical,
 g = Abdominal

3-GEU bilatérale : -----/ / 1=oui ; 2=non

4- GEU+GIU : -----/ / 1=oui ; 2=non

5-Nature des lésions : -----/ /

 a= rupture ou fissuration de la paroi tubaire, b=Avortement
 tubo-abdominal complet ou en cours,
 c =Intégrité de la paroi tubaire,
 d = Hémosalpinx,
 e = Hématocèle retro-utérine

6-Etat du pelvis et de la trompe controlatérale à la laparotomie : -----/ /

a =Trompe controlatérale saine,
 b =Trompe unique,
 c=adhérente,
 d=inflammatoire,

7-Etat de l’ovaire controlatéral : -----/ /

1 =bon, **2** = mauvais

VIII-Anatomie pathologie :
.....

IX-Autres traitements :

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

X-Evolution et suites opératoires :

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

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'honoraire.

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !