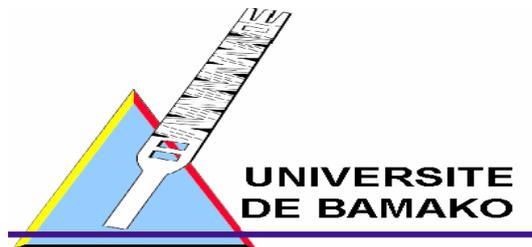


MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI



Un Peuple - Un But- Une Foi



FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année universitaire 2009 - 2010

Thèse N°...../

**GROSSESSE ABDOMINALE A L'HOPITAL SOMINE
DOLO DE MOPTI A PROPOS DE SEPT (7) CAS
D'OBSERVATIONS**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le2010
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie

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

Par M. Bouréima Lassina DEMBELE

JURY

PRESIDENT: Professeur SY Assitan SOW

MEMBRE: Docteur TRAORE Soumana Oumar

CODIRECTEUR DE THESE: Docteur KANE Famakan

DIRECTEUR DE THESE: Professeur Salif DIAKITE

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

ADMINISTRATION

Doyen : **ANATOLE TOUNKARA-PROFESSEUR**

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

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

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

AGENT COMPTABLE : **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL-
CONTROLEUR DES FINANCES**

LES PROFESSEURS HONORAIRES

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

Mr Massa SANOGO Chimie Analytique

Mr Sambou SOUMARE Chirurgie générale

Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE
D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE Chirurgie générale

Mr Abdou Alassane TOURE Orthopédie-Traumatologie

Mr Kalilou OUATTARA Urologie

Mr Amadou DOLO Gynéco-Obstétrique

Mr Alhousseini Ag MOHAMED O. R. L

Mme SY Assitan SOW Gynéco-Obstétrique

Mr Salif DIAKITE Gynéco-Obstétrique

Mr Abdoulaye DIALLO Anesthésie-Réanimation(en
détachement)

Mr Djibril SANGARE Chirurgie Générale, **Chef de D.E.R**

Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP Chirurgie Générale

Mr Gangaly DIALLO Chirurgie Viscérale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO Ophtalmologie

Mr Mamadou TRAORE Gynéco-Obstétrique

Mr Filifing SISSOKO Chirurgie générale

Mr Sékou SIDIBE Orthopédie-Traumatologie

Mr Abdoulaye DIALLO Anesthésie-Réanimation

Mr Tieman COULIBALY Orthopédie-Traumatologie

Mme TRAORE J. THOMAS Ophtalmologie

Mr Mamadou L. DOIMBANA Stomatologie

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE Gynéco-Obstétrique (en
détachement)

Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
3- MAITRES ASSISTANTS	
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mme Djeneba DOUMBIA	Anesthésie-Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie-Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynéco-Obstétrique
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraima MAIGA	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-Réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacar GUINDO	ORL
Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale

Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Générale
Mr Hamady TRAORE	Odonto Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLL	Ophtalmologie
Mr Drissa KONIKOMO	Neuro Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	ORL
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Aladji Seydou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr Ibrahim TEGUETE	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie-Réanimation
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie-Réanimation
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mr Thioukany THERA	Gynécologie
Mr Oumar DIALLO	Neuro Chirurgie
Mr Boubacar BAH	Odonto Stomatologie
Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr Seydou BAGAYOKO	Ophtalmologie
Mr SIDI Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fadimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr Hamidou Baba SAKO	ORL

Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Honoré jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

1- PROFESSEURS

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

2. MAITRES DE CONFERENCES

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

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

4- ASSISTANTS

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

D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1- PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER

Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2- MAITRES DE CONFERENCES

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

3- MAITRES ASSISTANTS

Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine Interne

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

D.E.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1- PROFESSEURS

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

2- MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mme Kokia SANOGO	Pharmacognosie

3- MAITRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya Coulibaly	Législation
Mr Addoulaye DJIMDE	Microbiologie Immunologie
Mr Sekou BAH	Pharmacologie
Mr Loséni Bendaly	Pharmacie Hospitalière

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

1- MAITRE DE CONFERENCES

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

3- MAITRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé publique
Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Akory Ag IKNANE	Santé Publique

Mr Ousmane LY	Santé Publique
Mr Cheik Oumar BAGAYOKO	Informatique médicale
Mme Fanta SANGHO	Santé Communautaire
4- ASSISTANTS	
Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

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

ENSEIGNANTS EN MISSION

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

Lorsque la santé fait défaut :

La sagesse ne peut se manifester ;

La culture ne peut s'exprimer ;

La vaillance ne peut combattre ;

La richesse demeure inutile ;

Et l'intelligence sans objet ;

EURACLITE à moins de 2000 ans avant J.C

Quoi que vous fassiez dans la vie, faites le bien.

Un homme devrait accomplir sa tâche si bien que ni les vivants, ni les morts, ni ceux qui ne sont pas encore nés, ne puissent faire mieux que lui.

Si la destinée a voulu que vous soyez balayeur des rues, alors balayez comme Michel Ange peignait ses tableaux, comme Shakespeare écrivait sa poésie, comme Beethoven composait sa musique ; balayez les rues si bien que les hôtes du ciel et de la terre devront s'arrêter pour dire « Ici a vécu un grand balayeur des rues qui a bien fait son travail ».

Martin Luther KING

DEDICACES

Je dédie ce modeste travail à :

Allah le tout puissant

Bismilahi Rahamani Rahimi

Au nom d'Allah, le très clément, le très miséricordieux.

Louange et gloire à toi, Allah le tout puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et voir ce jour important dans ma vie.

Que ta volonté soit faite.

AMEN !!!

Au prophète Mohamed

Salut et paix sur lui, à toute sa famille, à tous ses compagnons, et à tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier.

A ma mère Niatan DEMBELE

Maman les mots me manquent pour t'exprimer mes sentiments de tous les jours.

Tu as toujours été là quand nous avons eu recours à toi. Ton amour et ton soutien ne nous ont jamais manqué.

Ce travail est le fruit de ton effort constant. Toi qui n'as jamais su faire la différence entre tes enfants et les autres. Voilà, maman que le bon Dieu est entrain de te récompenser. Nous espérons être à la hauteur et ne jamais te décevoir.

Qu'Allah le tout puissant te prête longue vie afin que tu puisses savourer avec nous les fruits de tes sacrifices.

AMEN !!!

A mon père Lassina DEMBELE

Tu nous as toujours dit que seul le travail assure l'indépendance.

Tu nous as enseigné les notions élémentaires de la vie quotidienne.

Tu nous as inculqué la rigueur et la persévérance dans le travail

Ton abnégation, tes conseils ont porté fruits. Sans toi Papa, nous ne serions devenus ce que nous sommes aujourd'hui.

Ton grand amour envers nous, ton souci constant de nous voir réussir et ton

soutien, font de toi un père incomparable.

Que Dieu te récompense et te prête longue vie. AMEN!!!

A mon Tonton Major Niah DEMBELE

Vous m'avez encouragé dans mon choix et vous n'avez ménagé aucun effort afin que je sois ce que je suis aujourd'hui. Que le tout puissant vous prête longue vie et plein de bonheur.

AMEN !!!

A ma tante Sali DEMBELE

Tu nous as considéré comme tes propres enfants. Tu nous as toujours montré le bon chemin, celui de la réussite.

Merci pour tout ce que tu as fait et continue de faire pour nous.

Puisse Dieu te garder encore longtemps auprès de nous.

AMEN !!!

A mes frères et sœurs

J'ai toujours pu compter sur vous quelque soit le moment. La vie est un combat que nous devons surmonter avec courage et persévérance. L'amour et la rigueur dans lesquels nous avons été éduqués doivent être notre force indestructible.

Restons unis et soyons à la hauteur de nos parents.

A la femme malienne

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

Remerciements

A l'Afrique toute entière

Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils.

Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de ta population.

A mon pays natal, le MALI

Tu m'as vu naître, grandir, et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une instruction. Tu m'as donné un savoir inestimable.

A la faculté de médecine, de pharmacie et odontostomatologie

Plus qu'une faculté d'études, tu as été pour moi une école de formation pour la vie. Je ferai partout ta fierté.

A mes oncles et tantes

Recevez à travers ce travail l'expression de mon attachement filial.

A mes cousins et cousines

Courage et persévérance pour le maintien éternel de nos liens de sang. Ce travail est l'occasion pour moi de vous dire à quel point vous m'avez été chers.

Au Docteur SAMAKE Adrahamane

J'ai été fasciné par votre courage, votre altruisme, votre équité, votre rigueur, surtout votre amour pour le travail bien fait. Merci de m'avoir appris les notions élémentaires de la médecine. J'ai beaucoup appris à vos côtés au cours de mes passages dans votre clinique. Ce travail est l'occasion pour moi de me rendre digne de vous.

Merci pour votre soutien moral et matériel tout au long de mes études.

Recevez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Que Dieu vous récompense.

AMEN !!!

Au Docteur KANE Famakan

Le mérite vous revient pour la qualité de l'enseignement et de l'encadrement.

Votre rigueur, votre disponibilité, votre accessibilité facile, votre amour pour le travail bien fait, votre modestie, votre souci de nous voir parmi les meilleurs, surtout votre franc parler, font de vous un encadreur incomparable. Vous faites partie sans doute des meilleurs. Vous nous avez toujours prodigué des conseils utiles et montré le bon chemin. Cher Maître les mots sont faibles pour vous exprimer mes sentiments de tous les jours. Votre contribution à l'élaboration de ce travail est inestimable qui est du reste le votre.

Merci pour tout ce que vous avez fait et continuez de faire pour moi.

Que Dieu vous paye et exhausse vos vœux.

AMEN !!!

Au DR COULIBALY Pierre, DR Elvis

Vous m'avez transmis sans réserve tout votre savoir faire. Vous m'avez considéré comme un frère. Vos encouragements, vos conseils de tous les jours ont porté fruit. Vous avez été un pion essentiel dans ma formation. Recevez à travers ce modeste travail toute ma reconnaissance. Merci pour votre soutien matériel et moral. Que Dieu renforce nos liens et vous prêtez longue vie.

AMEN !!!

Au Dr TOURE Ousmane

Votre générosité, votre solidarité m'ont beaucoup touché. Ce travail m'offre l'occasion de vous exprimer toute ma reconnaissance.

Merci pour tout.

Au DR TRAORE Ibrahima et COULIBALY Youssef

Vous m'avez accueilli à cœur ouvert chez vous à « San ». Cela m'a beaucoup rendu la tâche facile au cours de mes études de médecine. Vos conseils et vos encouragements ont porté fruit. Recevez chers encadreurs à travers ce modeste travail l'expression de ma profonde reconnaissance. Que Dieu renforce nos liens et exhausse vos vœux. AMEN !!!

Aux DR KANE Chébou, KONARE Fousseiny, CISSE Sékou, CISSOUMA Souleymane

Trouvez à travers ce modeste travail notre profonde gratitude.

Que le tout puissant vous offre une bonne carrière professionnelle.

AMEN !!!

A l'administration de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Merci de nous avoir accepté chez vous pour l'élaboration de ce travail.

Aux Médecins, Assistants Médicaux, Sages Femmes, Techniciens Supérieurs de la santé, Infirmiers, Comptables, Secrétaires, Brancardiers, Gardiens, Cubains de l'Hôpital Somine DOLO de Mopti

Nous vous exprimons à chacun d'entre vous notre profonde reconnaissance.

A la famille DEMBELE à « Niamakoro koko » : Mohamed, Bamoussa, Sory, Tanti, Oumou, Lasso, Boubakar.

Merci de m'avoir accepté comme un élément de la famille et de m'avoir offert la joie de vivre pendant les moments difficiles. Que Dieu vous paye. AMEN !!!

A la famille KONARE à « Magnabougou » :

Merci pour tout et soyons plus unis.

A la famille DEMBELE à San :

Merci pour tout ce que vous avez fait et continuez de faire pour moi. Que Dieu consolide nos liens. AMEN !!!

A mes tontons : Maître Siaka Traoré, N'faly Koita, Soungalo Dembéle.

Merci pour vos soutiens et vos conseils. Que DIEU vous accorde longue vie

A mes collègues Faisant fonction d'internes de l'HSD de Mopti : Moise Djerma, Ibrahima Cissé.

Merci pour vos soutiens moraux et matériels.

A nos aînés Faisant fonction d'interne

Merci pour la qualité de l'enseignement que j'ai reçu de vous et vos conseils de tous les jours.

A nos cadets Faisant fonction d'interne

Courage et persévérance, seul le travail assure l'indépendance.

A mes amis Etudiants à la Faculté de Médecine :

Gabriel Sangaré, Youssouf Diakité, Bella Maiga, Moussa Baba Keita, Modibo Diakité, Sidiki Traoré, Seydou Berthé, Isaac Antibé, Boubakar Maiga, Boubakar Diallo.

Merci pour votre bonne collaboration durant tout le parcours des études à la faculté. Que Dieu renforce nos liens et nous prête tous longue vie et plein de bonheur.

A tous les militants et sympathisants de L'ASSEK et L'ASCESS

L'union fait la force, bon courage.

A tous ceux qui ont apporté leur soutien moral et matériel pour la réalisation de ce travail et que nous avons omis de citer.

Nous les remercions de tout notre cœur.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur SY Assitan SOW

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

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

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

Chevalier de l'ordre de mérite de la santé

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

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

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

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

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Dr. TRAORE Soumana Oumar

Gynécologue Obstétricien au CSRef CV du district de Bamako.

Cher maître

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

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

Cher maître soyez rassuré de notre profonde gratitude.

A NOTRE CO-DIRECTEUR DE THESE

Dr KANE Famakan

Gynécologue Obstétricien

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

Cher maître

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

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

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

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

Vous avez été pour nous plus qu'un maître.

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

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Salif DIAKITE

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

Gynécologue Obstétricien au CHU Gabriel Touré.

Cher Maître

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

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

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

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

SIGLES ET ABREVIATIONS

- ❖ ASP : Abdomen sans préparation
- ❖ ATCD : Antécédent
- ❖ BCF : Bruit du cœur foetal
- ❖ CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- ❖ CPN : Consultation Prénatale
- ❖ COLL : Collaborateur
- ❖ CSCOM : Centre de Santé Communautaire
- ❖ CSRef : Centre de Santé de Référence
- ❖ DIU : Dispositif Intra-Utérin
- ❖ ECHO : Echographie
- ❖ EPH : Etablissement Public à caractère Hospitalier
- ❖ G : Gramme
- ❖ GA : Grossesse Abdominale
- ❖ GEU : Grossesse Extra-Utérine
- ❖ HB : Hémoglobine
- ❖ HCG : Hormone Gonadotrophine Chorionique
- ❖ HSD : Hôpital Somine Dolo
- ❖ HSG : HystéroSalpinGographie
- ❖ HTE : Hématocrite
- ❖ IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- ❖ IVD : Intraveineuse Directe
- ❖ NFS : Numération Formule Sanguine
- ❖ SA : Semaine d'Aménorrhée
- ❖ SG : Sérum Glucosé
- ❖ SS : Sérum Salé
- ❖ TA : Tension Artérielle
- ❖ TC : Temps de Coagulation
- ❖ TS : Temps de Saignement
- ❖ TV : Toucher Vaginal
- ❖ + : Positif

SOMMAIRE

	PAGES
I. INTRODUCTION	28
II. OBJECTIFS.....	31
III. GENERALITES.....	33
IV METHODOLOGIE.....	48
V OBSERVATION DES DOSSIERS.....	52
VI RESULTATS.....	67
VII. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	77
VIII. CONCLUSION.....	84
IX. RECOMMANDATIONS.....	86
X REFERENCES.....	88
XI. ANNEXES.....	94

INTRODUCTION

Introduction

La grossesse abdominale se définit d'une manière générale ;comme une grossesse extra utérine (GEU) où la nidation et le développement de l'œuf ont lieu dans la **cavité péritonéale** en dehors de la muqueuse tubo –utérine ; au contact des anses intestinales dont l'évolution atteint ou dépasse cinq mois [3] Elle constitue avec les grossesses ovariennes et cervicales les formes les plus rares des grossesses ectopiques.

Dans le monde, la fréquence de la grossesse abdominale (GA) est estimée à 1-2% de l'ensemble des GEU [47]

Les grossesses abdominales sont classées en deux catégories : Primitive et secondaire [51]. Le diagnostic est le plus souvent difficile compte tenu du polymorphisme clinique du tableau qui varie en fonction de l'âge et du siège de la grossesse abdominale.

L'évolution jusqu'à terme sans incident est rare mais possible. Ainsi, le diagnostic est posé ou soupçonné en salle d'accouchement après échec des multiples tentatives de stimulation et d'accouchement par les voies naturelles (voie basse) indiquées.

Les techniques d'exploration modernes telles que l'échographie et surtout la coelioscopie aident au diagnostic des grossesses abdominales surtout à ses débuts.

L'attitude thérapeutique devant une grossesse abdominale confirmée est et reste l'intervention chirurgicale (laparotomie) et cela, quelque soit l'âge de la grossesse, même si la coelio-chirurgie donne aujourd'hui de bons résultats.

L'élément fondamental de cette intervention chirurgicale demeure le sort réservé au placenta. De nos jours, le praticien reste dans ce dilemme : faut-il laisser le placenta sur place avec ses risques d'hémorragie, d'infection ou de dégénérescence ? Ou l'enlever au risque de provoquer des hémorragies massives parfois difficiles à contrôler ?

En Afrique Noire, aujourd'hui, comme très longtemps la grossesse abdominale est vécue comme un drame, même en milieu hospitalier.

Cependant, certains de nos pays se sont intéressés à la question. Ainsi, les travaux de CORREA P et COLL [20] en 1965 à propos de 18 cas, EL HADRAMY DUCROS [33] en 1980 à propos de 75 cas dont 5 d'exception au Sénégal et RENAUD et ses collaborateurs à Abidjan (cote d'Ivoire) ont permis de cerner les contours de la grossesse abdominale en milieu africain. IL apparaît rare présentement dans les pays équipés (Europe et Amérique du Nord) mais fréquente dans nos pays où elle est de plus en plus diagnostiquée et prise en charge.

Ces différents auteurs ont tiré sur la sonnette d'alarme dans les pays ouest africains (dont le notre) où on rencontre des grossesses abdominales méconnues et où les femmes en meurent tragiquement en brousse avant même l'établissement du diagnostic.

Au Mali rares sont les auteurs qui ont abordé la grossesse abdominale. Aucune étude traitant la question ne s'est réalisée dans **la région de Mopti**, c'est pour cela que nous avons initié ce travail pour contribuer à documenter une expérience régionale.

OBJECTIFS

LES OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL

*Grossesse abdominale à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti du 1^{er} septembre 2008 au 30 31
septembre 2009*

Contribuer à l'étude de la grossesse abdominale à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Déterminer la fréquence de la grossesse abdominale à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.
- Décrire les signes cliniques et les modalités diagnostic.
- Rapporter les attitudes thérapeutiques utilisées dans le service.
- Déterminer le pronostic maternel et fœtal.

GENERALITES

I Classification et Définition

1- Définition

« La grossesse abdominale est une grossesse extra-utérine où la nidation et le développement de l'œuf ont lieu dans la cavité péritonéale hors de la muqueuse tubo utérine, en contact des anses intestinales » [3].

Cette grossesse comme décrite dans la littérature peut évoluer jusqu'à terme ou tout au moins atteindre ou dépasser 5 mois. Elle est le plus souvent secondaire mais peut être primitive.

2- Classification clinique

La grossesse abdominale est plus souvent secondaire à un avortement tubo abdominal, mais elle peut être dans quelques rares cas primitive.

2-1- La grossesse abdominale primitive

Elle a été bien éclaircie grâce aux travaux de VEIT en 1903. Selon cet auteur la grossesse est dite abdominale primitive si elle répond aux critères suivants :

- Absence de lésion au niveau des annexes (trompe et ovaire).
- Existence d'une relation vivante entre œuf fécondé et le péritoine avec présence d'une réaction déciduale.
- Présence d'un œuf vivant lors de la greffe.

Un autre auteur STUDDIFORD [39] en 1942 venait de formuler des critères que doivent remplir toute grossesse abdominale, des critères qui sont à nos jours valablement admis. Ces critères sont :

- Trompes et ovaires doivent être normaux ; sans signe de grossesse récente à leur niveau.
- Absence de fistule utéro-péritonéale.
- Grossesse en rapport exclusif avec la surface péritonéale.

2-2- La grossesse abdominale secondaire

IL s'agit là d'une grossesse primitivement intra-utérine ou extra-utérine au niveau des trompes ou de l'ovaire et dont le passage péritonéal s'effectue de façon secondaire selon plusieurs mécanismes.

Grossesse tubaire surtout localisée au niveau de la région ampulaire (80%).

Dans ce cas précis, le passage abdominal est le plus souvent dû :

- Soit à un avortement tubo abdominal.
- Soit rarement à une déhiscence tubaire.

La grossesse peut être au départ intra- utérine dont le passage abdominal se fait à partir d'une brèche utérine dont les origines sont fonctions des antécédents de la patiente, telle une perforation utérine per-IVG.

II- LES MODIFICATIONS MATERNELLES ET FOETALES

La grossesse abdominale apporte des modifications tant au plan anatomique que physiologique. Il est vrai que ces modifications sont inconstantes et sont de degrés variables d'un cas à l'autre.

1- Eléments macroscopiques de l'œuf

1-1 L'œuf vivant

Au point de vue macroscopique, l'œuf inséré au niveau de la cavité intra – utérine ne diffère pas de celui inséré au niveau abdominal qu'avec quelques variantes de dimensions.

1-1-1 Le placenta et le cordon

L'appréciation du volume du placenta fait l'objet de beaucoup de controverses. C'est ainsi que pour CHAPPUIS [23] le placenta est épais : 4,5 cm à terme avec une moyenne variant entre 1,5 et 3 cm. Pour AHYI AKPE en 1968 [3] l'épaisseur du placenta dépend des facteurs vasculaires c'est-à-dire de l'irrigation. C'est ainsi que le placenta peut être normal de volume, diminué avec des vaisseaux afférents, hypertrophié dans tous les cas. Cette thèse semble faire l'unanimité des auteurs. Les rapports du placenta avec le cordon ombilical et les autres organes de voisinages (organes abdominaux) sont variables puisque dépendent de l'insertion placentaire.

L'insertion placentaire du cordon est le plus souvent centrale et excentrique pour la grande majorité des auteurs. Mais pour CHAPPUIS [23], elle est marginale dans la série présentée et vélamenteuse dans les observations de AUBERTW [4]. L'insertion placentaire elle-même est diffuse et abondante pour l'essentiel des cas rapportés. C'est ainsi qu'un important réseau vasculaire va relier le placenta et la face péritonéale de l'utérus et les trompes aux anses intestinales comme le rapporte FAUP [35] dans 4 cas sur 5. Ailleurs, c'est le péritoine qui est envahi par les villosités choriales placentaires. Dans quelques cas assez rares, les organes abdominaux sont envahis : colon, foie, rate pour VUILLARDP et coll. [50], une insertion diffuse avec hyper vascularisation font que l'abord thérapeutique est d'autant difficile et souvent entaché d'incidents voir même d'accidents hémorragiques souvent au prix d'une vie humaine. Les attitudes sont bien ici controversées car pour LECENE et FAURE, il y a une importante adhérence de l'œuf aux organes abdominaux avec pénétration des villosités et que toute tentative d'adhésiolyse risque d'entraîner des hémorragies graves. POTOCKI lui trouve le contraire car selon lui, il y a toujours un plan de clivage, car le placenta ne pénètre pas les viscères abdominaux comme il le fait dans les muqueuses de l'utérus et des trompes. D'une part, la vascularisation du fœtus a 2 grandes origines : l'artère utéro-ovarienne et l'artère utérine, et il suffirait donc de maîtriser les deux artères et de rechercher le plan de clivage pour éviter les hémorragies tant redoutées.

1-1-2 Le sac fœtal

Les aspects macroscopiques du sac fœtal font l'objet de beaucoup de contradictions. Ainsi, pour CHAPPUIS [23], le sac fœtal est une vaste poche membraneuse vascularisée en rapport par sa face interne avec le chorion et le sac amniotique et par sa face externe avec les viscères abdominaux. Pour MINGALON [44], le « sac » est le plus souvent réduit à quelques adhérences

entre l'œuf et les organes de voisinage et reflétant une réaction péritonéale constante à son contenu normal. IL souligne d'autres parts que la présence de sac ovulaire ne saurait être l'apanage d'un type de grossesse abdominale par rapport à l'autre. IL est tout de même évident que l'absence de sac foetal rend les conditions de développement du fœtus beaucoup plus précaire bien que DORGAN rapportait un cas de grossesse abdominale sans sac ovulaire avec nouveau né vivant.

1-1-3 Le liquide amniotique

La grande majorité des auteurs sont unanimes sur la quantité insuffisante du liquide amniotique dans la presque totalité des cas de grossesse abdominale. Cette insuffisance du liquide amniotique a fait l'objet de beaucoup d'interprétations. Pour les uns, il s'agit d'un **manque de développement de l'amnios** c'est le cas de PALMER et BARONNET. Pour les autres CHAILLOT [19], par exemple en se rapportant au cas de grossesse abdominale avec absence de liquide amniotique pense plutôt à une **résorption péritonéale** comme dans les grossesses intra – utérines prolongées.

1-1-4 Le Fœtus

La petite taille et la présence de malformations semblent faire l'unanimité des auteurs.

- **la petite taille** : l'aspect chétif et maigre avec un poids à terme (1500 – 2500g) inférieur à celui d'un fœtus intra – utérin.

- **la présence de malformations** : dans environ 1/3 des cas tête aplatie, réniforme, déformations des membres et du thorax, anomalie du tube digestif ou des organes génitaux urinaires. Ces atteintes parfois associées et incompatibles avec la vie sont dues soit à des brides amniotiques soit à l'absence ou insuffisance du liquide amniotique. Il n'est cependant pas exceptionnel de voir des nouveau – nés issus de grossesses abdominales de poids normal 3000g (AHYI AKPE) [3] 3900g (CHAPPUIS) [23] et sans malformations EIDM [27].

1-2 La rétention d'œuf mort

La rétention d'œuf mort en cas d'insertion péritonéale n'est pas rare ; pouvant passer inaperçue aux yeux de la patiente et même du praticien. Les modifications anatomiques sont aussi graves que polymorphes. La mort d'un fœtus avec rétention est à l'origine de deux phénomènes :

- **La macération** : si le liquide amniotique est insuffisant,

-**Le lithopédion** : modification et infiltration de sels calcaires qui se transforment en lithopédion en passant par plusieurs stades détaillées par KUSHEINNESTER et plus tard en 1993 par SFARE et ses collaborateurs à propos d'un cas. La rétention d'un œuf mort peut être longtemps tolérée par l'organisme hôte en dehors d'une infection. En cas d'infection, **une putréfaction du fœtus** survient avec une tendance à s'évacuer dehors. Cette évacuation peut se faire soit à travers la paroi abdominale ou le plus souvent dans la cavité de voisinage : intestin, rectum avec extériorisation par l'anus. Plus

rarement, l'extériorisation se fera dans la vessie, le vagin ou dans l'utérus. Mais l'inadéquation et l'insuffisance de ces ouvertures pour l'évacuation du fœtus favorisent la persistance d'une fistule et d'une suppuration prolongée. Les cas de péritonites généralisées ou partielles secondaires à une rupture du kyste fœtal dans le péritoine ont également été rapportés.

1-3 Modification du tractus génital

Elles sont surtout sensibles au niveau de l'utérus, les autres annexes étant l'objet essentiellement d'une hyper vascularisation.

Au niveau du muscle utérin, on note une hypertrophie avec augmentation du volume de l'organe dès les premières semaines atteignant à terme celui d'une tête fœtale. Le muscle est également ramolli en absence de contraction. Parallèlement **la cavité s'agrandit et sa muqueuse se transforme en caduque**. Cette caduque persistera tant que l'œuf évolue et son élimination ne surviendra qu'après la mort de celui – ci constituant ainsi un élément important de diagnostic puisqu'elle s'élimine sous forme de **métrorragies** après quelques semaines d'aménorrhée.

2 structures microscopiques

2-1 Le Placenta

Les villosités choriales sont souvent normales [3] alors qu'une couche déciduale n'est pas toujours retrouvée. L'évolution du trophoblaste se fait le plus souvent vers un tissu nécrotique ou fibrinoïde. Pour STRICHI – MOUGENOT [52] il existe « une dispersion profonde des villosités placentaires sans altération notable en dehors d'un âge fœtal d'involution scléreuse en liaison évidente avec cette insertion tout à fait exceptionnelle ».

2-2 Le chorion

On peut noter une hyperplasie fibrino – fibroblastique. Cette hyperplasie est rare mais non exceptionnelle. D'une manière générale, le chorion des grossesses ectopiques peut présenter certaines modifications comme le témoigne DEBRUX et VAISSADE en 1957. Selon eux, il peut s'agir d'œdème de transformation déciduiforme : noyaux volumineux très chromatiques avec nombreuses mitoses, cytoplasme clair mal limité.

2-3 L'endomètre

ARIAS STELLA en 1956 comme le rapporte DUGUET. F. [26] a suscité un grand espoir de diagnostic précoce des grossesses ectopiques en décrivant les « atypies » cellulaires de l'endomètre qui se résument ainsi :

- Hyperplasie nucléaire avec noyau volumineux chromatique avec des formes bizarres monstrueuses et parfois mitoses,
- Perte de polarité nucléaire : le noyau à une place anormale dans la cellule, il est refoulé à la base où à la partie apicale,
- Cytoplasme vacuolaire optiquement vide, preuve d'activités intenses.

Mais DEBRUX a montré que ces « atypies » se trouveraient aussi dans la môle hydatiforme, le chorio-épithélium, la grossesse intra – utérine, et le kyste lutéinique.

Quelques années plus tard, ARIAS STELLA lui-même constate que : “les altérations de l’épithélium superficiel pouvaient être marquées dans la grossesse normale”.

Certains auteurs CORREA P. et COLL [20] ont insisté sur l’absence des ligaments ronds.

III DIAGNOSTIC

1 ASPECTS CLINIQUES

Le tableau clinique de la grossesse abdominale est très polymorphe, de diagnostic difficile, prêtant souvent à des erreurs diagnostiques et des conduites thérapeutiques déroutantes.

En effet l’erreur diagnostique dans les cas de grossesse abdominale est de règle dans la mesure où le diagnostic est le plus souvent établi sur la table d’opération après échec des tentatives d’accouchement par voie basse (grossesse abdominale à terme ou pas).

La rareté de la Grossesse abdominale fait souvent oublier au clinicien d’y penser même devant un cas avec symptomatologie patente comme le disait HURTER.

1-1 ANTECEDENTS

1-1-1 Gynéco – obstétricaux

La grossesse abdominale peut survenir chez une femme n’ayant aucun antécédent gynéco - obstétrical antérieur particulier. Mais ce premier cas est rare. Car la femme peut souffrir d’une pathologie évoluant à bas bruit ne nécessitant aucun traitement, si non il s’agit le plus souvent d’une femme qui a des antécédents de stérilité primaire ou secondaire traitée (par médecine conventionnelle ou traditionnelle) ou non. Ce qui a amené LACOMME à annoncer que la grossesse abdominale survient chez les femmes à fécondité médiocre.

Ailleurs, il pourra s’agir d’antécédents de grossesse pathologique : Grossesse abdominale, GEU, avortement, curetage. Il peut s’agir de multigestes, multipares, primigestes, nullipares.

1-1-2. Chirurgicaux

Il s’agit de salpingectomie, chirurgie conservatrice de trompes, plastie tubaire, salpingotomie, kystectomie, etc.

1-1-3. Médicaux

Dont la tuberculose génitale patente ou latente traitée ou non, l’endométriose, l’annexite.

1-1-4 Contraception

IL s’agit des Oestroprogestatifs, DIU, etc.

1-2 LES SIGNES CLINIQUES

Le tableau clinique est polymorphe ; Devant la rareté de cette grossesse ectopique, le clinicien n'a pas le plus souvent le réflexe d'y penser et de se faire aider par des examens complémentaires : coelioscopie, échographie etc.

Ce qui expose à des erreurs diagnostiques et thérapeutiques

Malgré ce polymorphisme clinique certains signes sont évocateurs bien qu'ils ne soient pas pathognomoniques.

IL s'agit de :

1-2-1 Métrorragies

Elles sont d'abondance et de durée variable, souvent accompagnées par des crises syncopales, anémie sévère avec des signes d'hypovolémie, dyspnée, sueurs froides, pâleur, angoisse, agitation Etc. ---

1-2-2 L'aménorrhée

Ce dernier aspect est très important et fréquent d'autant plus que nos femmes (patientes) sont en majorité analphabètes n'ayant pas la maîtrise de leur cycle.

1-2-3 Troubles digestifs

Le tableau d'occlusion, sub-occlusion est souvent retrouvé. L'arrêt des matières et des gaz avec météorisme, gargouillement, nausées, vomissements, peut être discret. Mais le gynécologue obstétricien averti doit toujours savoir rechercher les troubles digestifs.

C'est ainsi que PINART disait (rapporté par EL HADRAMY DUCROS [33]) l'occlusion chez une femme enceinte n'ayant pas de cicatrice de coeliotomie devait éveiller l'idée « de grossesse extra-utérine ».

1-2-4 Troubles urinaires

Il peut s'agir d'une dysurie, de pollakiurie, de rétention urinaire, d'incontinence ou même de polyurie comme le signale DUGUET [26].

1-2-5 Douleur Pelvienne ou abdominale pelvienne intermittente

Irradiant dans les lombes, les membres inférieurs, dans le dos, le cou, les épaules etc. Elle peut être invalidante et constituer le seul motif de consultation.

En somme la grossesse abdominale peut revêtir une symptomatologie diverse et cela en fonction de :

- L'importance de la métrorragie qui, si elle est abondante ; peut entraîner un état de choc hypovolémique avec toute sa symptomatologie pouvant aller jusqu'au coma mortel.
- De l'âge de la grossesse
- De l'insertion placentaire : Une insertion placentaire sur les anses intestinales et sur le colon peut entraîner un tableau d'occlusion ou de sub-occlusion, de troubles urinaires en fonction des rapports de la grossesse abdominale avec l'appareil urinaire.

2 EXAMENS COMPLEMENTAIRES

2-1 LA COELIOSCOPIE

Elle reste et demeure l'examen clé du diagnostic. Mais selon DUGUET F [26] elle est formellement contre-indiquée à terme à cause du risque hémorragique d'un placenta accolé à la paroi abdominale. Par contre, elle garde toute sa valeur jusqu'au 3^{ème} mois où elle peut objectiver les signes suivants résumés par PALMER :

- Hémopéritoine avec du sang qui sort du pavillon
- Boursouffle localisée violacée sur le trajet de la trompe
- Une ampoule tubaire dilatée ou aubergine
- Où enfin une masse annexielle enrobée d'épiploon

2-2 HSG = Hystérosalpingographie

Si elle est indiquée l'HSG constitue un examen complémentaire d'une très grande valeur diagnostique selon VOEGILIN. Mais il faut éliminer au préalable toute possibilité de localisation intra-utérine de l'œuf. En effet COUVELAIRE et COLL en 1930, comme beaucoup d'autres auteurs ont retenu que seule l'HSG précise la localisation extra-utérine témoigne par la vacuité utérine. En 1961 MANSOUR [35] avait jugé nécessaire d'associer à l'HSG l'artériographie fémorale rétrograde. Cette association permettrait de bien visualiser les localisations du placenta. A l'époque, cette proposition semble avoir été l'objet de beaucoup de critiques et même de rejets. Avec différents travaux de WAHGL et SAHLERJ, l'association de ces deux examens complémentaires serait d'une importance capitale surtout s'il s'agissait d'une grossesse abdominale secondaire à une déhiscence utérine. Puisque ici, l'existence d'une continuité entre l'utérus et le fœtus peut prêter à confusion.

2-3 L'amnioscopie

Préconisée par LORIER [43] permet plutôt un diagnostic d'élimination de la grossesse abdominale car elle permet de voir derrière l'orifice cervical, dans la cavité utérine la présence des membranes ovulaires.

2-4 L'échographie

Elément de surveillance par excellence de la morphologie (Biométrie) et de la vitalité fœtale, de la détermination de l'âge et de la localisation placentaire, son apport dans le diagnostic de la grossesse ectopique reste émaillé d'erreurs grossières : comme le témoigne la thèse de HERLICOVIERM à Caen en 1975 ; Le diagnostic écho tomographique des grossesses ectopiques avancées est extrêmement difficile. Selon TSHIBANGU [63] le recours à l'échotomographie reste en dehors de la pratique courante vu le nombre élevé des faux négatifs et des faux positifs. Cependant, pour l'échotomographe entraîné l'échographie peut bien aider au diagnostic des grossesses ectopiques surtout si elle est aidée par des éléments biologiques tranchant en

valeur d'une grossesse, (une grossesse confirmée par la positivité des tests biologiques).

L'échotomographie retrouve :

- Un utérus peu ou pas augmenté en volume avec une ligne de vacuité visible.
- Une masse latéro-utérine ou annexielle, épanchement liquide ou non dans le Douglas.

Certains de ces éléments permettent au praticien de soupçonner une grossesse ectopique et de se faire aider par la ponction abdominale écho- guidée ou non ou du Douglas et même en cas de ponction négative, la laparotomie en cas d'algies pelviennes aiguës rebelle aux antalgiques. Pour CACCIATORB et COLL [18] aussi bien que d'autres auteurs l'échographie transvaginale permet un diagnostic plus précoce de la grossesse ectopique comparativement à l'échographie trans-abdominale qui donne une vue globale de la cavité pelvienne.

2-5 Les examens isotopiques thermo graphiques et ultrasons

Ont été essayés par BECK [9], CURRY et DURFEE. Ils sont d'un double intérêt ; d'abord diagnostic, car permettant de visualiser les extensions de la localisation du placenta, et ensuite thérapeutique en ce sens que ces examens sont utilisés pour irradiier le reste du placenta en per-et en post-opératoire en cas de désinsertion placentaire incomplète qui est d'ailleurs l'éventualité la plus fréquente dans la grossesse abdominale.

2-6 LA RADIOGRAPHIE

2-6-1 DE FACE : Elle montrera

Un fœtus en hyper extension ou en hyper flexion, position transversale du fœtus associée à une absence de liséré utérine péri-fœtale.

Un cas particulier de présence d'air autour du fœtus réalise le classique

tableau de pneu – amnios : C'est un cas de fistulisation dans le tube digestif comme le rapporte RIVIERE et COLL.

2-6-2 DE PROFIL

Sur le cliché de profil GAUTIER et COLL [36] rapportent une superposition du rachis fœtal au rachis maternel : c'est un signe important décrit par NEINBERG – SCHERWIN. Il s'agit là d'un élément de diagnostic très fidèle. En cas de mort fœtal **3 autres signes** sont également recherchés et retrouvés le plus souvent il s'agit :

- De chevauchement des os du crâne : c'est le signe de Spalding.
- Le signe du halo – périosté

Le signe de JAUGMAN : étirement des vertèbres lombaires et dorsales. Ainsi, l'ASP apparaît comme examen complémentaire apportant d'amples renseignements permettant au praticien de faire le diagnostic de la grossesse ectopique. Mais ces informations sont plutôt théoriques que pratiques et souvent les résultats flous de l'ASP peuvent rendre cet examen

sans intérêt et faire persister le doute. Cependant PIGEAUD H. et CHARVETE. Rapportaient en 1956 un cas de grossesse abdominale arrêtée au 6^{ème} mois à la radiographie. Certains auteurs conseillent de se faire aider par un test hormonal en cas de persistance du doute : c'est le test et /ou l'épreuve de la post-hypophyse. Il consiste à injecter en sous – cutané 10UI d'extrait d'hypophysaire, puis 5 UI 15 minutes plus tard si nécessaire. Ce qui va entraîner une contraction du muscle utérin permettant de différencier utérus d'une masse abdominale restant adynamique.

2-7 LES TESTS IMMUNOLOGIQUES DE GROSSESSE

Les tests de grossesse permettent d'authentifier la notion de grossesse, sans en préciser le siège.

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

Mais ces dosages urinaires sont de moins en moins pratiqués.

-Le dosage plasmatique d'HCG (Hormone Gonadotrophine chorionique) ou mieux, le dosage spécifique de sa sous – unité bêta HCG (bHCG) est très intéressante, car négative, elle élimine quasi – formellement la notion de grossesse évolutive même extra –utérine et positive, elle indique alors l'échographie pour en préciser le siège.

IV LES ASPECTS THERAPEUTIQUES

Quelqu'en soit le siège et l'âge de la grossesse, et que l'enfant soit vivant ou mort, le traitement de la grossesse abdominale est chirurgical, l'expulsion ou l'accouchement par voies naturelles étant impossible.

LES ATTITUDES

Variet en fonction que le foetus soit vivant ou mort

1-Foetus vivant

Pour LACOMME, « les nouveau – nés issus des grossesses abdominales sont généralement fragiles et de valeur incertaine ». Aussi certains auteurs préconisent l'intervention sur le champ une fois le diagnostic posé avec certitude. Ici deux cas de figures sont envisagés :

1-1 Foetus viable

Pour le foetus ayant atteint ou dépassé le seuil critique de la 35^{ème} semaines d'aménorrhée la grande majorité des auteurs sont unanimes pour son extraction immédiate par voie haute.

1-2 Fœtus non encore viable

Pour FAURE, l'attente de la viabilité doit être la règle devant une grossesse abdominale de diagnostic déjà confirmé. IL estime que la valeur du fœtus ne peut être jugée à la lumière de statistiques quelconques.

DEVRAIGNE et FORGUE voient le problème autrement car pour le premier, seule la mère entre en ligne de compte d'où la nécessité d'intervenir en urgence pour lui éviter les complications. Le second précise que « le fœtus souvent né avant le 7^{ème} mois est débile, ou atteint de malformation s'il survit ».

2- Foetus mort

Dans le souci d'écartier le risque d'hémorragie cataclysmique, principale étiologie citée parmi les causes de décès maternel, certains auteurs préconisent de faire l'intervention en différée cela dans l'espoir de voir diminuer la vascularisation placentaire. C'est le cas de AHYI AKPE [3] et MINGALON [44].

Cette régression placentaire serait surveillée par l'élimination hormonale qui se tarit généralement vers la 8^{ème} semaine après la mort fœtale. MINGALON [44] ajoute que l'intervention devrait avoir lieu avant les premières règles. Ainsi l'intervention devrait avoir lieu 6 semaines après la mort du fœtus. Cependant les statistiques de CROSS font état de 19 grossesses abdominales traitées dans les conditions suivantes : 9 d'entre elles ont été opérées dès confirmation du diagnostic et toutes les femmes ont été sauvées. Pour les 10 autres leurs interventions ont lieu de façon différées d'une semaine ou plus avec comme résultat : 4 décès.

En cas de complications : il s'agit des cas où la grossesse s'accompagne d'occlusion intestinale, de menace d'expulsion par les voies naturelles, d'hémorragie péritonéale ou de fistulisation. Quelque soit le degré de complication, l'ensemble des auteurs pensent que la laparotomie s'impose avec extraction du fœtus.

2 L'ABORD CHIRURGICAL

2-1 L a voie d'abord

- **Elytrotomie** : un moment préconisé par BAUDELOQUE puis VELPEAU, a été l'objet de sévères critiques dont celles de PICQUE : « élytrotomie est une méthode que condamne les statistiques et aussi le bon sens ». Aussi BRINDEAU précise : « si vous envisagez pour une tête profondément engagée l'éventualité d'une élytrotomie, vous retirez bien le fœtus, mais derrière il se produira une hémorragie terrible, on sera obligé d'ouvrir le ventre et la femme mourra ».

-Les voies les mieux indiquées de nos jours sont : **l'incision médiane sous ombilicale et la xypho-pubienne.**

2-2 Extraction du fœtus

L'incision abdominale faite, il faut repérer le sac fœtal les autres organes génitaux internes et la vessie, puis ponctionner le liquide amniotique [3] et faire une incision dans le sac fœtal tout en prenant soin d'éviter la zone placentaire. Ensuite extraire le fœtus et section du cordon le plus près possible du placenta [44].

2-3 Traitement du Placenta

Ce dernier volet de l'intervention sans doute pose le plus de problème quant à sa résection ou sa désinsertion au niveau des zones de clivages après ligatures de gros vaisseaux. Le traitement du placenta est d'autant plus difficile que son insertion est difficile sur les organes vitaux comme le foie, la rate les anses ou les gros vaisseaux etc. En fonction des époques, suivants les auteurs, plusieurs attitudes ont été préconisés :

2-3-1 Abandon in situ avec marsupialisation

Consiste à laisser le placenta sur place tout en lui laissant la possibilité de s'éliminer progressivement à la faveur d'une brèche abdominale proposée par BAUDELOCQUE et MAYGRIER. Cette méthode a été défendue par PINARD et FAURE. Actuellement cette méthode a plus d'inconvénients que d'avantages, elle n'est plus pratiquée : les hémorragies secondaires ne sont pas rares, les infections avec putréfaction traînante puis septicémie avec mort certaine de la femme ne sont pas à écarter.

2-3-2 Extirpation totale

Cette méthode n'est pas aussi dépourvue de dangers car le risque d'hémorragie peut exister toujours. Ainsi, HIBBARD souligne : « tandis que l'ablation du tissu placentaire semble souhaitable pour assurer une guérison optimale et rapide, la dissection peut provoquer une hémorragie qui est difficile ou même impossible à contrôler. Malgré le risque surtout hémorragique LABRY, NOTTER et DUROUX s'accordent à dire que l'extirpation est à tenter. SUNDE A cité par DUGUET [26] pense que les difficultés de contrôler l'hémorragie au moment de l'intervention dans la grossesse abdominale avancée semblent être exagérée et compte tenu des possibilités actuelles de transfusion massive il conseille l'ablation du placenta.

2-3-3 Abandon in situ

Consiste à laisser le placenta enfermé dans le sac fœtal si celui – ci existe. Préconisé par VIGNARD, cette méthode a été sollicitée par de nombreux auteurs surtout américains notamment JEWETT, MAC GREGOR qui attestent qu'elle entraîne une nette amélioration du pronostic maternel. Cette méthode bien que préconisée par de nombreux auteurs n'est pas à l'abri de quelques rares complications comme l'attestent les différentes études. Il

s'agit : **d'hémorragie, d'occlusions, de phénomènes toxiques, d'abcès putrides nécessitant une évacuation secondaire, de dégénérescence maligne.** Ainsi une deuxième intervention systématique, pour faire l'ablation du placenta a été préconisée par NEGRI. HRESCHYHYN préconise l'usage du méthotrexate à raison de 10 mg/j pendant 5 jours pour accélérer l'involution du placenta. Cette involution devait être surveillée par le dosage de l'élimination hormonale. Ce qui permettrait d'éviter toutes ces complications.

3 LES SUITES OPERATOIRES

3-1 Au Plan Clinique

Dans la littérature, les suites de couches sont généralement simples après une intervention effectuée dans les conditions requises.

3-2 Au plan biologique

MICHIE E et COLL [43] ont réalisé une étude comparative de l'élimination hormonale après une grossesse abdominale avec placenta laissé in situ et après une délivrance normale. Dans le 1^{er} cas, les dosages sont restés élevés jusqu'au 16^{ème} jour alors que dans le 2^{ème} cas, la chute des taux est intervenue dès le 7^{ème} jour.

V LE PRONOSTIC

Il est à la fois maternel et fœtal.

1-LE PRONOSTIC MATERNEL

Grâce aux multiples progrès dans la démarche diagnostique et des attitudes thérapeutiques, ne cesse de s'améliorer. Aujourd'hui, les taux de décès maternels rapportés depuis la fin du XIX siècle sont d'un pourcentage très faible. D'une manière générale, le pronostic maternel dépend du terrain, du contexte clinique et des techniques de l'abord opératoire et même de l'expérience de l'opérateur

1-1 Immédiat

1-1-2 A cours terme

Les progrès enregistrés en chirurgie et en réanimation associés à une antibiothérapie préventive ou curative sont sans doute les piliers du bon pronostic maternel de la grossesse abdominale tant redoutée. Les quelques chiffres rapportés par MINGALON [49] en 1967 en sont un témoin.

Périodes	Nombres de cas	Auteurs	Mortalité
1816 – 1886	27	HARRIS	88,8
1809 – 1954	101	HELMAN	31,9
1944 – 1954	77	DE VILLIERS	5,2
1954 – 1960	10	DEXON	0

Puis par AHYI AKPE B en 1968 (3)

Périodes	Auteurs	Mortalité
1886	MAYGRIER	88
1922	BARONNET	24
1934	CORNEIL et LASH	14,7
1939	MASON	18,6
1941	WARE	15
1949	JARCHO	11,1
1951	CROSS, LESTER, MAC CAIN	21
1955	CHARLEWOOD, CULINER	13
1957	HIBBARD	4,35

A partir de ces statistiques, malgré les multiples progrès en chirurgie, en réanimation et en antibiothérapie, on remarque un taux de décès irréductible. Le choc hypovolémique à la suite d'hémorragie non maîtrisable, un syndrome infectieux évoluant rapidement vers une septicémie sont les causes les plus citées dans les différentes statistiques. Pour certains auteurs, le taux de décès maternel est fonction de l'âge de la grossesse. C'est le cas de cet auteur : DEFFRESSIGNE [23], tout en reconnaissant l'existence des cas rebelles, trouve dans sa série avec le taux de mortalité en cas de grossesse abdominale à terme oscille entre 5 à 20 %. Tandis que celui des cas de grossesse abdominale diagnostiquée de façon précoce est de 1,2 % d'où l'absolue nécessité de sacrifier la vie du fœtus en vue de minimiser le risque encouru pour la mère.

1-1-2 A moyens et long terme

La rescapée d'une grossesse abdominale est le plus souvent sujette à des séquelles d'algie pelvienne, d'infection, de troubles du transit, et même de stérilité secondaire. Ces troubles sont inconstants pouvant être mineurs présents ou même absents dans certains cas. Ainsi, CHARLEWOOD et CULINER ont rapporté dans leurs statistiques deux cas de grossesse intra-utérine avec accouchements normaux par les voies naturelles après cure de grossesses ectopiques opérées le cinquième mois. Toujours dans cette lancée, HERBERT déclare avoir été le témoin d'une gestation abdominale à terme chez une femme qui a eu ensuite deux grossesses intra-utérines normales avec accouchements normaux.

2 - LE PRONOSTIC FŒTAL

Le pronostic fœtal dépend d'un certains nombres de facteurs qui n'ont aucun porté pour l'action médicale. Il s'agit en particulier de la présence d'éventuelles malformations, de la qualité de la fonction placentaire, et du poids de naissance. Les cas de viabilité des nouveau-nés issus d'une grossesse abdominale ne sont pas rares comme témoigne bon nombre d'observations :

- BARONNET en 1922, sur 303 nouveau-nés vivants note 68 % de décès avant 5 ans alors que 32 % ont dépassé cette limite d'âge.
- DE VILLIERS en 1954, trouve sur 77 cas de grossesse abdominale, 47 nouveau-nés vivants dont 25 % sont portés normaux sans malformation aucune.
- CHAREWOOD en 1955, observe sur 52 cas, 12 nouveau-nés vivants dont 4 sans malformations.
- CRESTE [28] rapporte 3 cas de grossesse abdominale dont un nouveau-né vivant c'était en 1956 alors qu'il séjournait en Afrique.
- EIDM [26] en 1978, en Afrique plus précisément à Dakar rapporte deux cas de nouveau-nés vivants dont l'un est viable sur un total de 15 cas de grossesse abdominale.
- BRUN-BUISSON [13] rapportait un cas assez particulier de grossesse double, extra et intra-utérine à terme avec les deux nouveau-nés vivants à l'hôpital de Lomé au Togo, c'était en 1989.

Tableau témoin : Dimensions normales et poids normaux du fœtus et de ses annexes en fonction de l'âge de la grossesse en semaine d'aménorrhée.

Age en SA (Semaine d'aménorrhée)	Poids fœtus en gramme	Taille du fœtus en centimètre	Poids du placenta en gramme	Longueur du cordon en centimètre
20 SA	280 – 300	25	46 – 50	25
24 SA	600 – 680	30	100 – 114	30
28 SA	1000 – 1200	35	166 – 200	35
32 SA	1500 – 1600	40	250 – 267	40
36 SA	2400 – 2500	45	400 – 417	45
40 SA	3200 - 3400	50	533 – 567	50

METHODOLOGIE

1- CADRE D'ETUDE

1-1 l'hôpital de Mopti

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

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

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

L'hôpital Sominé Dolo est une structure de 2ème référence pour toute la région.

Il a une capacité d'accueil de 84 lits. Il est devenu en 2002 un établissement public à caractère hospitalier (EPH) avec une autonomie de gestion.

1-2 Le service de Gynécologie et d'Obstétrique

1-2-1 Structure

C'est un service de 15 lits et comporte deux bureaux servant en même temps de box de consultation, une salle de garde des Sages Femmes, deux salles d'hospitalisation ventilées à 11 lits et deux salles d'hospitalisation climatisées à deux lits. La salle d'accouchement est annexée au bâtiment du bloc opératoire. Le bloc opératoire comprend deux salles opératoires et le service de gynécologie et d'Obstétrique partage ces salles opératoires avec le service de chirurgie.

1-2-2 Organisation des activités

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

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

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

Une séance d'audit de décès maternel est organisée de façon mensuelle en collaboration avec les autres services et des structures sanitaires extérieures.

La visite des malades est faite tous les jours.

La garde est assurée par un Gynécologue, une Sage Femme, deux Faisant Fonction d'Interne, une Infirmière Obstétricienne et le Manœuvre.

1-2-3 Ressources humaines

Le personnel du service est composé de :

- Trois Gynécologue-obstétriciens dont deux Maliens et un Cubain.
- Onze étudiants Faisant Fonction d'Internes.
- Quatre Sages Femmes.

- Deux Infirmières Obstétriciennes.
- Etudiants Stagiaires de la Faculté de Médecine.
- Etudiantes Stagiaires de la filière « Sage femme » de l'Institut National de Formation en Science de la Santé.

2- TYPE D'ETUDE

C'est une étude prospective, descriptive et transversale.

3 - PERIODE D'ETUDE

Cette étude s'est étalée du **1er Septembre 2008 au 30 Septembre 2009**, soit une durée de **13 mois**.

4- POPULATION D'ETUDE

L'étude a porté sur l'ensemble des patientes portant une grossesse abdominale pendant la période d'étude.

4-1 Critères d'inclusion

Patientes portant une grossesse abdominale confirmée avant et au cours de la laparotomie.

4-2 Critères de non inclusion

- Patientes portant une grossesse abdominale de diagnostic échographique décédée avant la laparotomie.

5 ECHANTILLONNAGE

5-1 Méthodes et techniques d'échantillonnage

- Méthode non probabiliste
- Technique accidentelle

5-2 Taille minimale de l'échantillon

$$n = (Z\alpha)^2 \frac{P \times Q}{i^2}$$

Un écart réduit $z\alpha = 1,96$

$\alpha =$ risque 5%

Précision $i = 5\%$

La prévalence estimée de la grossesse abdominale au

Mali= 0,29%

$$q = 1 - 0,0029 = 0,71$$

$$n = (1,96)^2 \frac{0,0029(1 - 0,0029)}{(0,05)^2} = 3$$

Perte de vue = 10% de n

$$n = 3 + 3 \frac{10}{100} = 3$$

5-3 Taille de notre échantillon : 7

6- LES VARIABLES UTILISEES

Les dossiers ont été analysés en fonction de l'âge de la grossesse, statut matrimonial, résidence, antécédent, l'âge de la grossesse, annexes fœtales, fœtus, nombre d'enfant vivant.

7- TECHNIQUE ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES

Les données ont été collectées à travers les interviews, registres du bloc opératoire, carnets de CPN, dossiers d'hospitalisation, fiches d'enquête préalablement établies pour toutes les patientes.

8- DEFINITIONS OPERATOIRES

- Bon état général

Patient dont l'examen général à l'admission ne note ni une anorexie, une asthénie et un amaigrissement.

- Grossesse

Période de la vie d'une femme dans laquelle elle porte un fœtus, entre la fécondation et l'accouchement.

- Grossesse abdominale

Se définit comme une GEU ou la nidation et le développement de l'œuf ont lieu dans la cavité péritonéale en dehors de la muqueuse tubo – utérine ; au contact des anses intestinales.

- Grossesse ectopique

La nidation et le développement de l'œuf fécondé en dehors de la cavité utérine.

- Fœtus

Terme appliqué à un embryon à partir d'un certain stade de développement, lorsqu'il présente les caractéristiques morphologiques de son espèce, et jusqu'à la naissance. Chez l'Homme, l'embryon devient fœtus à douze semaines.

- Placenta

Organe embryonnaire des mammifères supérieurs qui se fixe à la paroi utérine et assure pendant la grossesse, la respiration et la nutrition du fœtus, par intermédiaire d'un cordon ombilical qui les relie.

- Laparotomie

Ouverture chirurgicale de la cavité abdominale.

- Multipare

Nombre d'accouchement situé entre 4 à 6.

- Grande multipare

Nombre d'accouchement est supérieur à 6.

9- DEROULEMENT DE L'ETUDE

Première du genre, notre étude est fondée sur des cas exceptionnels de grossesses ectopiques relevés dans le service gynécologie obstétrique à l'hôpital régional de Mopti. Après avoir décrit la méthodologie, l'organisation, structure et fonctionnement du service, nos patientes seront présentées sous formes d'observations de cas cliniques.

10- TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

Word 2003, EPinfo332, Excel

OBSERVATION DES DOSSIERS

OBSERVATION N°1

I- Identité, provenance, antécédents, motif d'évacuation, renseignements cliniques

Madame A. K; âgée de 30ans, Dogon, ménagère, résident à Bankass. Admise le 24 Septembre 2008 à 22h20mns dans la salle d'accouchement en provenance du domicile pour algie abdomino-pelvienne sur une aménorrhée de 4 mois environ. Le début de la maladie remonte à environ 3 mois, marqué par des douleurs abdomino-pelviennes pour lesquelles plusieurs thérapeutiques non spécifiées furent instituées sans aucun succès. C'est devant l'association à des métrorragies que la patiente décide de consulter à l'hôpital en vue d'une meilleure prise en charge.

IL s'agit d'une grossesse non suivie sans notion d'hospitalisation ou de traitement ambulatoire au cours de la grossesse. Elle n'a reçu aucun traitement prophylactique.

Elle est troisième geste, deuxième pare avec deux enfants vivants sans antécédent chirurgical ou médical particulier.

II- EXAMEN CLINIQUE

Etat général satisfaisant, conscience claire, conjonctives pâles, tension artérielle à 100/60 mmhg, température 36,2°C, pouls 106 battements/min, absence d'oedemes des membres inférieurs.

III- Examen obstétrical

Seins paires, symétriques, d'aspect gravidique, souples sans galactorrhée, abdomen souple, sensible à la palpation avec présence de signe de Flot, vulve souillée de sang noirâtre

Au spéculum : Col sain, écoulement sanguin endo-utérin.

TV + Palper abdominal

Col postérieur, long, rigide, fermé aux deux orifices. Palpation d'une masse indépendante de l'utérus entre l'ombilic et le pubis. L'utérus légèrement augmenté de taille.

Ailleurs aucune particularité.

En résumé : Patiente de 30ans, G3P2V2, admise dans le service pour algie abdomino-pelvienne sur une aménorrhée de 4 mois environ chez qui l'examen note : Une pâleur conjonctivale, abdomen distendu, douloureux avec présence de signe de flot, masse pelvienne palpée indépendamment de l'utérus, métrorragies.

Hypothèses diagnostic

- Suspicion de grossesse abdominale
- Menace d'avortement tardif
- Tumeur ovarienne
- Fibrome sereux pédiculé

Examens complémentaires

- Echographie pelvienne : Certifie une grossesse abdominale arrêtée de 22SA
- Groupe rhésus revenu O+
- NFS avec un taux d'Hémoglobine à 3g/dl, d'hématocrite à 15,01%

Le diagnostic de grossesse abdominale a été retenu.

IV- Conduite à tenir: Laparotomie

-Voie veineuse d'urgence avec deux unités de sang O+ iso groupe iso rhésus. Décision de laparotomie d'urgence pour grossesse abdominale.

L'intervention a eu lieu le 24 Septembre 2008 vers 22h57 min.

Une incision médiane sous ombilicale est pratiquée. A l'ouverture, on découvre une grossesse abdominale avec des caillots de sang dans l'abdomen. On procède à l'extraction d'un fœtus de 250g et des caillots de sang, une désinsertion du placenta sur le bord latéral de l'utérus sans incident hémorragique significatif suivie d'une hémostase parfaite. Poids du placenta : 45g, liquide amniotique hématique de faible quantité. On procède à une toilette de la cavité abdominale au sérum salé 0,9% bétadiné, fermeture pariétale plan par plan, pansement sur la peau.

NB : Utérus augmenté de taille avec présence des ligaments ronds, ovaires d'aspect normaux, trompes inflammatoires.

V Traitement

- En per-opératoire

Sérum salé 0,9% (deux flacons), Sérum glucosé 5% (un flacon), transfusion de deux unités de sang O+, amoxicilline 500mg injectable 1g/08h à but prophylactique

-En post-opératoire

Antibioprophylaxie à base d'amoxicilline injectable deux grammes matin et soir pendant trois jours relayé avec amoxicilline orale pendant 10 jours en raison de deux gélules matin et soir, transfusion d'une poche O+, quinine comprimés de 300mg à la posologie de 10mg/kg/jours pendant 6 jours, paracétamol 500mg orale deux comprimés matin et soir.

Les suites opératoires ont été simples. Elle est sortie le 30/04/ 2008 soit six jours d'hospitalisation .Elle a été revue le 7^{ème}, 14^{ème}, 30^{ème} jours après sa libération, elle était dans un bon état. Elle est revue 9 mois plus tard en bon état général.

OBSERVATION N°2

I Identité, provenance, antécédents, motif d'évacuation

Mme A.D âgée de 25 ans, ménagère domicilier à Bankass s/c de son mari. Elle a été reçue à l'hôpital le 10/07/09 à 17H en provenance du Cskom central de Bankass pour métrorragies sur une aménorrhée de 5 mois avec une fiche de référence.

Le début de la symptomatologie remonte à 6 jours environ, marqué par des douleurs pelviennes intermittentes irradiant dans les lombes et le dos avec des métrorragies d'abondance minime devant lesquelles ; la patiente consulte au Cskom central de Bankass et fut immédiatement référée à l'hôpital pour prise en charge.

IL s'agit d'une femme non suivie pour ces consultations prénatales. Elle n'a effectuée aucun bilan prénatal, aucun traitement prophylactique en cours. Elle est troisième geste, primipare avec un enfant vivant et un avortement spontané survenue à la deuxième grossesse. Elle a un antécédent d'annexite bilatérale qui s'était avérée rebelles aux antibiotiques usuels sans antécédent chirurgical.

II Examen général à l'admission

Un état général satisfaisant, conjonctives moyennement colorées, tension artérielle à 11/8 cmhg, pouls à 74 pulsations à la minute, température 37°C absence oedemes des membres inférieurs.

III Examen gynéco obstétrical

Seins souples ,anodulaires sans galactorrhée, abdomen souple et dépressible, un utérus à grand axe transversal, hauteur utérine à 23 cm, pas de contractions utérines, bruits du cœur fœtal négatifs, absence de mouvements actifs fœtaux pour la mère.

Au spéculum : Saignement venant de l'endocol avec un col sans aucune particularité.

TV +Palper abdominal : Col court, perméable à la pulpe du doigt dévié à gauche dans le cul de sac latéral. Douglas libre sans particularité, utérus peu volumineux mais inférieur par rapport à l'âge de la grossesse douloureux à la mobilisation, doigtier revenant souillé de sang noirâtre coagulé.

IV Au total : IL s'agit d'une primipare de 25 ans avec un antécédent d'annexite chronique rebelles aux antibiotiques et un avortement spontané survenant à deux mois de la deuxième grossesse chez qui l'examen note :

- Conjonctives moyennement colorées
- Utérus à grand axe transversal
- Bruits du cœur fœtal négatifs
- Saignement endo-utérin à l'examen du spéculum
- Utérus dimunié de taille par rapport à l'âge de la grossesse douloureux à la mobilisation
- Doigtier souillé de sang noiâtre minime

V Hypothèses diagnostic

- Menace d'avortement tardif
- Grossesse abdominale non évolutive
- Tumeur ovarienne

Conduite à tenir

- Hospitalisation
- Prise d'une voie veineuse
- NFS avec un taux d'hémoglobine à 8 g/dl et l'hématocrite à 24,01%,
- Groupage rhésus revenant A positif
- Perfusion d'un flacon de gélatine et une unité de sang A positif
- Echographie abdomino- pelvienne réalisée le 11/07/09 à 10h a conclu en une grossesse abdominale non évolutive de 25 SA.

V Diagnostic retenu : Grossesse abdominale non évolutive de 25 SA

Une décision de laparotomie est prise le lendemain au staff avec prévision de deux unités de sang. L'ordonnance est alors délivrée pour la laparotomie.

VI Laparotomie

L'intervention a eu lieu le 11/07/09 vers 16h sous anesthésie générale et oxygénation oro-trachéale. On pratique une incision médiane sous ombilicale et à l'ouverture ; on découvre une grossesse abdominale avec un fœtus mort macéré que l'on extrait. On procède à une désinsertion totale du placenta inséré sur l'épiploon avec hémostase correcte non laborieuse. Le fœtus a pesé 500g, taille 25 cm, poids du placenta 90g, longueur du cordon 25 cm, liquide amniotique d'aspect hématique, quantité 500cc. On procède à la toilette abdominale avec du sérum physiologique et la fermeture abdominale plan par plan avec un pansement sur la peau.

NB : Les trompes inflammatoires, ovaires intacts.

VII Traitement

En per-opératoire : Transfusion de deux unités de sang A+, deux grammes d'ampicilline en IVD, un flacon de 500cc de sérum salé 0,9°/°.

En post-opératoire : Réanimation assurée par la perfusion alternée de sérum salé 0,9°/° et de Ringer lactate, deux grammes d'ampicilline en IVD toutes les 12h relayée avec la forme orale de metronidazole 250mg (2 comprimés/12h) et de ciprofloxacine 500mg (1 comprimé/12h) pendant 5 jours.

Elle fut sortie le 17/07/09 soit à J6 du post-opératoire avec un état satisfaisant et l'ablation 1/2 du pansement. Elle est revue tous les deux jours pour la suite des soins et à J40 plu-tart dans un état favorable.

OBSERVATION N°3

I- Identité, provenance, antécédents, motif d'évacuation

Madame A.T ; âgée de 35ans, résident à Boni, Peulh, ménagère. Elle est reçue le 16 mars 2009 en consultation prénatale en provenance du domicile pour absence de mouvements fœtaux.

Le début remonte il y'a une semaine environ ; marqué par l'absence de perception des mouvements fœtaux ; ce qui motiva une consultation à l'hôpital Somine Dolo pour une prise en charge adéquate.

IL s'agit d'une grossesse non suivie, date des dernières règles inconnue, l'âge est estimé à 6 mois environ, pathologie au cours de la grossesse non signalée. On note dans ces antécédents une laparotomie en 2006 pour GEU. Elle est sixième geste, deuxième pare, un enfant vivant, un décédé, et deux avortements spontanés.

II- Examen clinique

A l'entrée, l'état général est bon, les conjonctives colorées, tension artérielle a été chiffrée à 12/8cmhg, température à 37,7°C, pouls à 82battements à la minute, conscience claire, absence d'œdèmes des membres inférieurs, pas de varices ni de vergetures.

III- Examen gynéco obstétrical

Seins souples sans galactorrhée, anodulaires d'aspect gravidiques; utérus à grand axe longitudinal, la hauteur utérine mesure 25cm, pas de contraction utérine au cours de l'examen, bruits du cœur fœtal non audibles au stéthoscope de PINARD.

L'examen des autres appareils est sans particularité

Au spéculum: Le col est sain, violacé ; vagin sans particularité, pas de leucorrhée ni de saignement.

Au TV +Palper abdominal

Col peu rigide, long, postérieur, fermé aux deux orifices, le doigtier revient propre.

L'examen des autres appareils est sans particularité

EN RESUME : Patiente de 35ans G6 P2 V1 D1 A2 avec un antécédent de laparotomie pour GEU en 2006, admise dans le service pour absence de mouvements fœtaux sur une grossesse de 6 mois environ chez qui l'examen note, un bon état général, des bruits du cœur fœtal non audibles au stéthoscope de PINARD, un col rigide fermé.

Hypothèse diagnostic

-Suspicion de grossesse arrêtée de 6 mois environ.

Conduit à tenir

Echographie obstétricale de contrôle de vitalité: Qui a conclue a une grossesse abdominale arrêtée à 32 SA.

NFS: Taux d'Hémoglobine à 9,42 g/dl, hématocrite à 28,5%

TS-TC : 2mn 38sc, 8mn47sc

Groupage rhésus : O+

Une décision de laparotomie fut prise.

L'intervention a eu lieu le 17 Mars 2009 à 12h30mn. Une incision médiane sous ombilicale est pratiquée. A l'ouverture, on découvre une grossesse abdominale. On pratique l'extraction d'un fœtus mort macéré de sexe féminin sans anomalie morphologique pesant 1300g, taille 38cm. Nous avons procédé à la désinsertion complète du placenta et les membranes enrobées par l'épiploon sans incident hémorragique significatif suivie d'une hémostase parfaite. Poids du placenta 250g.

Le cordon mesurant 40cm est d'insertion centrale. On procédera à la toilette abdominale avec du sérum physiologique, péritonisation et fermeture plan par plan, lin sur la peau.

NB : Utérus augmenté de volume dont la taille correspond à celle d'une pamplemousse avec présence des ligaments ronds, ovaires normaux, trompe droite intacte.

V- Traitement

- En per-opératoire

Sérum salé 9% 1 litre, sérum glucosé 5% 500ml, amoxicilline injectable 02 grammes en intraveineuse, une unité de sang O+

- En post-opératoire

Amoxicilline injectable 01g/08H pendant trois jours relayé avec la forme orale deux gélules /12h pendant 05 jours. Les suites opératoires ont été simples. La patiente est sortie le 23 Mars 2009 soit 06 jours d'hospitalisation. Elle a été revue au 7^{ème}, 14^{ème}, 40^{ème} jours après sa libération dans un bon état.

OBSERVATION N°4

I Identité, provenance, antécédent, motif d'évacuation

Madame H.D ; âgée de 22 ans, ménagère s/c de son mari cultivateur à Bounguel, venue d'elle même le 24/06/09 pour douleur abdomino-pelvienne sur grossesse de 6 mois environ avec absence de perception des mouvements foetaux.

Le début de la symptomatologie remonte depuis 2 semaines pour laquelle elle effectue une consultation au Cscm de Bounguel sans succès. C'est devant l'aggravation des douleurs que son mari décide de l'amener à l'hôpital Sominé Dolo en vue d'une meilleure prise en charge. IL s'agit d'une grossesse non suivie sans notion d'hospitalisation ou de traitement ambulatoire au cours de la grossesse. Elle n'a effectuée aucun bilan prénatal.

C'est une quatrième geste, troisième pare avec deux enfants vivants sans antécédent médical et chirurgical particulier, pas de notion de contraception.

II Examen clinique

Patiente fatiguée, conscience claire ; conjonctives colorée, tension artérielle à 11/8 cmhg, température 37°C, pouls à 74p/min, absence d'oedemes des membres inférieurs.

III Examen obstétrical

Seins souples sans nodules ni galactorrhée, abdomen souple et sensible à la palpation, HU mesure 23 cm, pas de contractions utérines, BCF non perceptibles au stéthoscope de PINARD,

Au spéculum : Sans particularité

TV + Palper

- Col long, postérieur, fermé aux deux orifices
- Palpation d'une masse indépendante de l'utérus sus ombilicale, utérus de taille normale.

Ailleurs ; l'examen est sans particularité.

Au total : IL s'agit d'une patiente de 22 ans G4P3V2D1 sans antécédent chirurgical et médical particulier; admise pour douleurs abdomino-pelvienne sur aménorrhée de 27 SA environ chez qui l'examen note un abdomen sensible à la palpation avec une masse développée indépendamment de l'utérus de taille normale et absence de BCF.

IV Hypothèses :

- suspicion de grossesse abdominale non évolutive
- menace d'avortement tardif

Conduite à tenir

- Echographie obstétricale : Conclue en une grossesse abdominale non évolutive de 28 SA.
- Décision d'une laparotomie
- Groupage rhésus : O+
- NFS: hémoglobine (11,7g/dl), hématocrite (33%)

Laparotomie effectuée le 26/06/09 sous rachianesthésie. A l'exploration, on note :

- Utérus de taille normale
- Ovaires normaux
- Trompes intactes
- Présence d'une grossesse intra abdominale

On procède à l'extraction du fœtus mort pesant 900g, taille 30 cm et la désinsertion totale du placenta insérée sur le bord latéral de l'utérus pesant 200g sans incident hémorragique avec hémostase satisfaisante. On procède à la toilette abdominale avec du sérum salé bétadiné et fermeture abdominale plan par plan avec lin sur la peau.

V Traitement

En per-opératoire : Un flacon de 500cc de sérum salé 0,9%, un flacon de Ringer lactate de 500cc, 2g d'amoxicilline en IVD.

En pos-opératoire : Un flacon de Ringer lactate 500ml, 2g/12h d'amoxicilline injectable pendant 48 h relayés avec la forme orale deux gélules matin et soir + metronidazole 250mg en raison de deux comprimés matin et soir.

Elle est sortie le 01/07/09 avec un état satisfaisant et a été revue 45jours plutart dans un bon état satisfaisant.

OBSERVATION N°5

I Identité, provenance, antécédent, motif d'évacuation

Madame B.T ; âgée de 39 ans, ménagère s/c de son mari résidant à Konna. Evacuée le 02/10/09 par le Cscm de Sévaré II pour anémie + kyste ovarien échographique.

L'histoire de la maladie remonte à une semaine avant son admission au Cscm de sévaré ; marqué par des vertiges, sueurs nocturnes associées à une distension abdominale avec arrêt des matières et des gaz sur une aménorrhée de 5 mois.

Elle consulte au Cscm de sévaré II d'où une fiche d'échographie lui a été délivrée et réalisée le même jour qui conclue à un kyste de l'ovaire droit d'où son évacuation à l'hôpital pour prise en charge.

Elle est sixième geste, sixième pare, cinq enfants vivants, un décédé sans antécédent médical et chirurgical connu et sans notion de contraception.

II Examen clinique

Etat général altéré, conscience claire, conjonctives pâles, tension artérielle à 9/6 cmhg, température à 36°C, présence d'oedemes des membres inférieurs.

III Examen gynécologique

Seins souples sans nodules avec galactorrhée, abdomen distendu, présence d'une masse latéro-utérine douloureux et mobile à la palpation.

Au spéculum : Col sain avec leucorrhées minimales blanchâtres.

TV + Palper : Col long, postérieur, fermé aux deux orifices ; utérus peu augmenté de volume ; Douglas libres.

Au total : Patiente de 39 ans G6 P6 V5 D1 sans antécédent particulier ; admise pour kyste ovarien droit échographique + anémie chez qui on note à l'examen une anémie clinique et une masse latéro-utérine douloureuse et mobile avec arrêt de matières et de gaz sur notion d'aménorrhée de 5 mois environ.

IV Hypothèses

- Torsion de kyste ovarien
- GEU

VI Conduite à tenir :

- Hospitalisation
- Groupage rhésus = O+
- NFS = hémoglobine (3,2g/dl), hématocrite(9, 9%)
- Transfusion de deux poches de sang total O+
- **Echographie abdomino- pelvienne** : Conclue à une masse pelvienne évoquant soit un pyosalpinx, ou un kyste ovarien.

CAT : Informer la patiente et son entourage et programmer l'intervention avec prévision de deux unités de sang.

Une échographie abdomino-pelvienne de contrôle réalisée à la veille a conclue finalement à une grossesse abdominale non évolutive de 28 SA.

L'intervention a eu lieu le 08/10/09 à 10h50min sous anesthésie générale.

On pratique une incision médiane sous et sus ombilicale. A l'exploration ; on découvre :

- Une grossesse abdominale
- Un utérus augmenté de taille
- Un placenta inséré sur l'épiploon et les anses intestinales.

On pratique l'extraction du fœtus mort putréfié sans malformation apparente décelable poids 870g, taille 29 cm et l'ablation totale du placenta pesant 200g avec hémostase laborieuse. On procède à la toilette abdominale et mise en place de deux drains ; un dans l'abdomen et un dans le Douglas. On procède à la fermeture abdominale plan par plan avec un lin sur la peau.

VI Traitement

En per-opératoire : 2 unités de sang iso groupe iso rhésus O+. Un flacon de 100 ml ciprofloxacine et metronidazole en perfusion, un flacon de 500cc de Ringer lactate.

En pos-opératoire : 100 ml de ciprofloxacine et de metronidazole en perfusion matin et soir pendant 72 heures.

Les suites ont été simples et la patiente est sortie le septième jour de l'intervention dans un état jugé favorable et revue toutes les 48h pour la suite des soins et 45 jours plutart.

OBSERVATION N°6

I Identité, provenance, antécédent, motif d'évacuation

Madame M.T âgée de 34 ans, ménagère s/c de son mari à Mourah, référée par le centre de santé de référence de Mopti le 07/04/09 pour grossesse de 38 SA non évolutive en présentation transverse selon l'échographie tardive.

IL s'agit d'une femme suivie pour ces consultations prénatales au Cscm de Mourah par une matrone. Elle a effectuée trois CPN, VAT : Une dose, aucun bilan prénatal n'a été réalisé, prophylaxie antianémique et antipalustre en cours, pathologie au cours de la grossesse non signalée. Elle deuxième geste, primipare, un enfant vivant sans antécédent médical et chirurgical particulier. Elle s'est rendue au Cscm de Mourah le 06/04/09 pour absence des mouvements actifs fœtaux d'où elle fut référée vers le CSRef de Mopti. A son admission ; elle a reçue une fiche d'échographie effectuée le même jour et ayant conclu à une grossesse de 38SA non évolutive en présentation transverse et elle fut référée à l'hôpital Sominé Dolo pour prise en charge.

II Examen clinique

A l'admission ; l'état général jugé satisfaisant, conjonctives moyennement colorées, tension artérielle chiffrée à 10/7 cmhg, pouls à 68 P/min, température à 36,5°C, absence oedemes des membres inférieurs.

III Examen obstétrical

On note des seins paires et symétriques avec galactorrhée, utérus à grand axe transversal, palpation des pôles fœtaux aux flancs abdominaux, HU : 33cm, BCF non perçus au PINARD, aucune contractions utérines au cours de l'examen.

Au spéculum : Col sain ; pas de saignement ni de leucorrhée.

Au TV : Col ramolli, court, postérieur, fermé aux deux orifices.

L'examen des autres appareils est normal.

Résumé : Patiente de 34 ans G2 P1 V1 admise dans le service pour grossesse de 38 SA non évolutive échographique en présentation transverse chez qui l'examen note une absence des BCF au stéthoscope de PINARD.

IV Diagnostic : Présentation transversale sur une grossesse de 38 SA non évolutive non en travail.

Conduite à tenir :

- Groupage rhésus (O+), NFS (hémoglobine : 8,6g/dl, hématocrite : 27,1%),
- bon de 2 unités de sang
- Décision de césarienne prophylactique

L'intervention a été effectuée le 08/04/09 à 06h. Après une incision médiane sous ombilicale + coeliotomie sous rachi- anesthésie ; nous découvrons à l'exploration une grossesse abdominale. On procède à l'amniotomie ramenant un liquide hématique d'environ 400cc et l'extraction d'un fœtus mort macéré pesant 2500g avec anencéphalie, taille 49cm, une désinsertion totale du placenta

inséré sur le l'épiploon et l'ovaire droit et une ovariectomie droite sans incident hémorragique avec une hémostase correcte non laborieuse. Poids du placenta 400g, longueur du cordon 45cm. On procède à la toilette abdominale avec du sérum salé bétadiné et fermeture pariétale plan par plan avec un pansement sur la peau.

NB : Utérus de taille normale, ligaments ronds présents, ovaire gauche normal, trompes intactes.

V Traitement reçu

- **En per-opératoire** : Transfusion une unité de sang O+, 2g ampicilline en IVD, un flacon de 500cc de Ringer Lactate et de sérum salé à 0,9%.

- **En pos-opératoire** : Transfusion d'une poche de sang O+, 2g ampicilline/12h pendant 48h relayés par Amoxicilline gélule 500mg en raison de 2gélules en deux prises/24h.

Elle est sortie le 13/06/09 soit une durée de 4 jours d'hospitalisation dans un état satisfaisant. Elle est revue 45 jours plu-tart avec un état général favorable.

OBSERVATION N°7

I- Identité, provenance, antécédents, motif d'évacuation et renseignements cliniques.

Madame D. F ; 40ans, peulh, ménagère, domicilier à Mourah, Malienne. Elle été reçue en salle d'accouchement le 11 Mai 2009 vers 10h00mn en provenance du Cscm de Mourah pour présentation non céphalique sur une grossesse de 9 mois environ + douleur abdominale.

Le début de la symptomatologie remonte au 09/05/09, marqué par des douleurs abdominales sur grossesse estimée à 9 mois environ devant lesquelles ; elle consulte au Cscm Mourah d'où elle était suivie pour ses consultations prénatales. Elle fut immédiatement évacuée à l'hôpital Somine DOLO pour une meilleure prise en charge. Elle a effectué trois consultations prénatales, sa date des dernières règles est inconnue.

Une échographie obstétricale effectuée le 09/05/09 à conclue en une grossesse monofoetale évolutive intra-utérine de 39 SA en présentation céphalique avec un placenta bas inséré et oligoamnios sévère, aucun bilan prénatal n'a été réalisé, les prophylaxies anti-anémiques et anti-palustres sont en cours, aucune pathologie n'a été signalée au cours de la grossesse.

Elle est sans antécédent médicaux, chirurgicaux connus, sans notion de contraception.

-Antécédent obstétricaux : Cinquième geste, quatrième pare, quatre enfants vivants.

II- Examen clinique

Bon état général, conscience bonne, tension artérielle à 11/7 cmhg, température à 36°C, pouls à 76 pulsations à la minute, absence d'œdèmes des membres inférieurs, pas de varices ni des vergetures.

III Examen obstétrical

Seins paires et symétriques, gravidiques sans galactorrhée, anodulaires, abdomen sensible au palper, utérus à grand axe transversal, hauteur utérine mesure 30 cm, palpation des pôles fœtaux dans les deux flancs : pole céphalique à droite et le pole pelvien à gauche, bruits du cœur fœtal 130 battements à la minute, réguliers.

Au spéculum: Aucune particularité

TV : Col peu ramolli, postérieur, long et fermé, Douglas et annexes libres.

L'examen des autres appareils est sans particularité

Au total : IL s'agit d'une patiente de 40ans, G5 P4 V4 AV0, sans antécédents medico-chirurgicaux connus, admise dans le service pour présentation foetale non céphalique chez qui l'examen retrouve un utérus à grand axe transversal sur une grossesse de 39SA non en travail, avec oligoamnios sévère et placenta bas inséré échographique.

IV Diagnostic :

- Présentation transversale sur une grossesse de 39 SA + oligoamnios sévère sur placenta praevia.

Conduite à tenir

- Décision de césarienne prophylactique
- Prise d'une voie veineuse et un bilan préopératoire à savoir : Groupage rhésus (O+) ; NFS-VS ; TC ; TS ; créatinémie, glycémie.

En per-opératoire

Après une incision médiane sous et sus ombilicale sous rachianesthésie ; nous avons découvert à l'exploration une grossesse abdominale avec fœtus vivant que l'on extrait : sexe féminin , poids 2500g, taille 50cm périmètre crânien 33cm, périmètre thoracique 32cm, APGAR = 8 à la 1^{ère} minute et 10 à la 5^{ème} minute

Un placenta diffus et inséré sur les anses intestinales que nous avons décollé totalement avec hémostase satisfaisante non laborieuse.

Cordon a mesuré 61 cm est d'insertion marginale sur le placenta. A

l'amniotomie, nous avons aspiré environ 300cc de liquide amniotique clair. Le placenta a pesé 500g

NB : Utérus légèrement augmenté de taille, ligaments ronds présents, ovaires normaux, trompes intactes

V Traitement

- En per-opératoire

Deux flacons de sérum salé 0,9%°, un flacon de sérum glucosé 5%, deux grammes ampicilline en intraveineuse, un flacon de dextran.

- En post-opératoire

Deux grammes ampicilline injectable 1g /08h pendant trois jours relayés avec amoxicilline 500mg ; deux gélules /12h pendant 05 jours, transfusion de deux unités de sang B+ iso groupe iso rhésus.

Les suites opératoires ont été simples. Elle est sortie le 16 Mai 2009 avec son enfant bien portant, soit cinq jours d'hospitalisation. Ils ont été revus le 7^{ème} jours, 14^{ème} jours, 30^{ème} jours après leur libération, ils étaient tous dans un bon état. Ils sont revus (mère et enfant) au 3^{ème} mois et au 9^{ème} mois plus tard tous deux en bon état général (Poids de l'enfant 10kg)

RESULTAT

I FACTEURS EPIDEMIOLOGIQUES

1- FREQUENCE

Pendant la période de notre étude (du 1^{er} septembre 2008 au 30 septembre 2009).

Nous avons enregistré :

- **1308** accouchements avec **7cas de grossesses abdominales**, soit **0,53%**.
- **27** grossesses extra-utérines dont **7abdominales** ont été enregistrées soit **25,92%**.

2- FACTEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

NB : Toutes les patientes étaient mariées

Tableau I : Répartition des patientes selon la tranche d'âge.

Age	Effectif	Pourcentage
< ou = 19 ans	0	00,00
20-34 ans	4	57,10
> ou = 35 ans	3	42,90
Total	7	100,00

NB : **100%** des patientes étaient sans profession

Tableau II : Répartition des patientes selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	1	14,30
Dogon	2	28,60
Peulh	4	57,10
Total	7	100,00

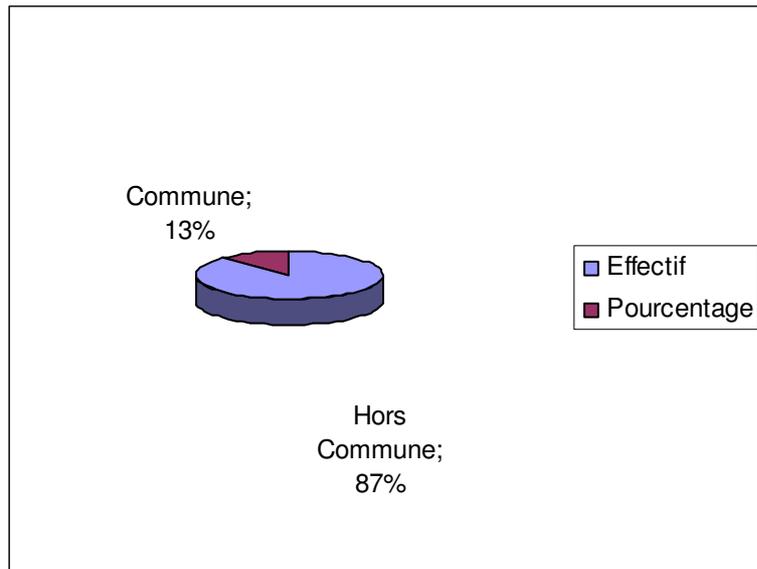


Figure I : Répartition des patientes selon la résidence

3- ANTECEDENTS OBSTETRIC AUX ET GYNECOLOGIQUES

Tableau III : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Multipare (2-6)	6	85,70
Grande multipare (> 6)	1	14,30
Total	7	100,00

Tableau IV : Répartition des patientes selon les antécédents d'avortement

Antécédent d'avortement	Effectif	Pourcentage
Oui	2	28,60
Non	5	71,40
Total	7	100,00

NB : Une seule patiente avait subi une salpingectomie pour GEU soit **14,30%** des cas

Tableau V : Répartition des patientes selon les antécédents infectieux (facteurs favorisants, facteurs incriminés)

ATCD	Effectif	Pourcentage
Annexite	2	28,60
Vulvo-vaginite	1	14,30
Aucune particularité	4	57,10
Total	7	100,00

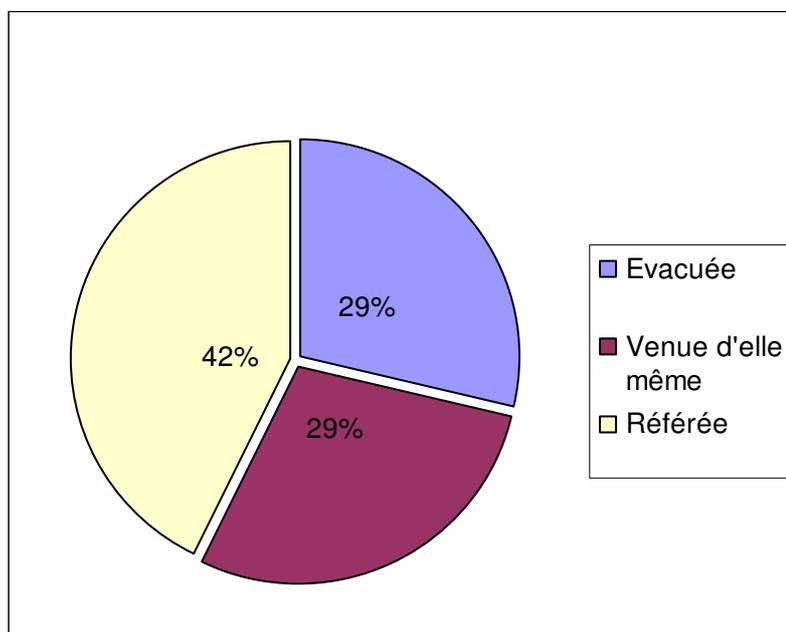


Figure II : Répartition des patientes selon la provenance

Tableau VI : Répartition des patientes selon le motif d'admission

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
Douleur abdomino-pelvienne + métrorragie + aménorrhée	1	14,30
Douleur abdomino-pelvienne + aménorrhée	4	57,10
Grossesse arrêtée	2	28,60
Total	7	100,00

Tableau VII : Répartition des patientes selon la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage
Cscom	2	28,60
Centre de santé de référence	2	28,60
Structure sanitaire privé	1	14,30
Domicile	2	28,60
Total	7	100,00

III- ASPECTS CLINIQUES

A- Les signes fonctionnels

Tableau VIII: Les signes fonctionnels majeurs plus ou moins constants

Signes	Effectif	Pourcentage
Douleur abdomino-pelvienne + aménorrhée	5	71,40
Aménorrhée	7	100
Métrorragie	3	42,86

Tableau IX : Les signes fonctionnels majeurs non constants mais très évocateurs.

Signes	Effectif	Pourcentage
Arrêt de matières et des gaz	1	14,30
Asthénie	3	42,86
Pâleur	3	42,86
Hypotension artérielle	2	28,57
Pouls filant et petit	2	28,57

B- Les signes physiques

1- Etat général

Tableau X : Répartition des patientes selon l'état général

Appréciation de l'état général	Effectif	Pourcentage
Satisfaisant	6	85,70
Altéré	1	14,30
Total	7	100,00

2- Palpation

Tableau XI : Répartition des patientes selon les signes cliniques d'orientation du diagnostic

Eléments d'orientation	Effectif	Pourcentage
Foetus trop superficiel	2	28,60
Aucun	5	71,40
Total	7	100,00

3- Toucher vaginal (TV) + Palper abdominal

Tableau XII : Rapports entre utérus et la masse

Rapports masse et utérus à l'examen	Effectif	Pourcentage
Etablis	2	28,60
Non établis	5	71,40
Total	7	100,00

V- EXAMENS COMPLEMENTAIRES

NB : L'échographie été l'examen complémentaire le plus réalisé avec un taux de **100%** des cas.

Tableau XIII: Répartition des patientes selon l'orientation diagnostique à l'échographie

Echographie	Effectif	Pourcentage
A évoqué le diagnostic	5	71,40
N'a pas évoqué le diagnostic	2	28,60
Total	7	100,00

Tableau XIV : Répartition des patientes selon le terme échographique de la grossesse

Age de la grossesse à l'échographie	Effectif	Pourcentage
20-28	4	57,10
29-37	1	14,30
>37	2	28,60
Total	7	100,00

VI- CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

Tableau XV : Répartition des patientes selon les circonstances de découverte de la grossesse abdominale

Circonstances de découverte	Effectif	Pourcentage
Echographique	5	71,40
Per-opératoire	2	28,60
Total	7	100,00

VII- LA LAPAROTOMIE

1- Résultats de la laparotomie

a- Les annexes fœtales

Tableau XVI : Répartition des patientes selon le siège du placenta

Viscères ou organes	Effectif	Pourcentage
Anses intestinales	5	71,43
Epiploon	3	42,86
Bords utérins	3	42,86
Ovaires	2	28,57

Tableau XVII : Lieu d'insertion du cordon ombilical sur le placenta

Mode d'insertion du cordon	Effectif	Pourcentage
Central	4	57,10
Marginal	3	42,90
Total	7	100,00

b- Fœtus

Tableau XVIII : Répartition des fœtus selon le terme et la vitalité

Etat de fœtus	Effectif	Pourcentage
Vivant à terme	1	14,30
Mort à terme	1	14,30
Mort non à terme	5	71,43
Total	7	100,00

Tableau XIX : Répartition des foetus mort-nés selon l'état structural

Fœtus mort-né	Effectif	Pourcentage
Récent	0	00,00
Macéré	4	66,70
Putréfié	2	33,30
Total	6	100,00

NB : L'anencéphalie a été retrouvée chez une patiente soit une fréquence de 14,30% des cas.

Tableau XX : Dimensions et poids des fœtus et de ses annexes en fonction de l'âge de la grossesse en semaine d'aménorrhée.

Age en SA (Semaine d'aménorrhée)	Poids fœtus en gramme	Taille du fœtus en centimètre	Poids du placenta en gramme	Longueur du cordon en centimètre	Liquide amniotique
22 SA	250 F	20 F	45 F	23 F	F hématique
25 SA	500 F	25 F	90 F	25 F	500cc, hématique
28 SA	900 F	30 F	200 N	30 F	F, clair
28SA	870 F	29 F	200 N	28 F	F, hématique
32 SA	1300 F	30 F	250 N	35 F	450cc, clair
38 SA	2500 N	49 N	400 F	45 N	F hématique
39 SA	2500 N	60 N	415 F	50 N	300cc clair

F : faible N : norme

Fœtus

- Poids

Le poids a été estimé inférieur aux normes dans **71,40%** des cas et répondait aux normes dans **28,60%** des cas.

- Taille

Dans **57,10%**, la longueur du fœtus a été inférieure aux normes et ne répondait aux normes que dans **42,90%** des cas.

Cordon ombilical

Longueur

Dans **28,60%** des cas, la longueur était normale et inférieure aux normes **71,40%**.

Placenta

Le poids était dans les normes dans **28,60%** des cas et inférieur dans **71,40%**.

Liquide amniotique

- Quantité

Dans **85,70%** des cas, la quantité du liquide amniotique a été appréciée globalement faible et normale dans **14,30%**.

- Qualité

Dans **57,10%** des cas, le liquide amniotique était hématique et clair dans **42,90%** des cas.

VIII- PRONOSTIC

1- Maternel

NB : Le pronostic maternel immédiat était bon dans **100%** des cas

2- Fœtal

Tableau XXI : Pronostic fœtal

Pronostic fœtal	Effectif	Pourcentage
Bon	1	14,30
Mauvais	6	85,70
Total	7	100,00

COMMENTAIRES ET DISCUSION

I- FACTEURS EPIDEMIOLOGIQUES

Notre étude a permis de décrire les différentes étapes qui ont conduit au diagnostic de 7 cas de grossesse abdominale et leur prise en charge dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Somine DOLO de Mopti.

1- FREQUENCE

- Du 1^{er} septembre 2008 au 30 septembre 2009, nous avons enregistré **1308** accouchements dont **7** cas de grossesse abdominale soit une fréquence de **0,53%**.

Ce taux est comparable au **0,29%** rapporté par Traoré S O au CHU Gabriel Touré à Bamako [49] et au **0,37%** de CORREA et coll. [20]. IL est supérieur au **0,0085%** rapporté par MINGALON [44] mais nettement inférieur au **1,1%** rapporté au CHU Dantec au Sénégal [13].

Pendant cette même période, **27** grossesses extra-utérines ont été enregistrées dans le service dont **7** cas de grossesse abdominale, soit **25,92%**. Ce taux est supérieur au résultat obtenu par Traoré S O à savoir **3,75%** (12 cas de GA/ 320cas de GEU) [49] et à celui obtenu à Dakar en 1997 au CHU le Dantec qui est de **9,8%** à propos de 5 cas [13].

2- FACTEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

2-1 L'âge

57,10% des patientes avaient un âge compris entre 20 et 35 ans avec une moyenne d'âge de 27 ans. Comme Traoré S O [49] et MANSOUR [41], nous avons observé une tranche d'âge de pic de grossesse abdominale.

Cette tranche d'âge de 20 à 35 ans correspond à la période de la vie génitale active.

2-2 Antécédents

1 Obstétricaux

- **85,70%** des patientes étaient des multipares et **14,30%** des grandes multipares. Contrairement à Traoré S.O [49] qui a rapporté **33,33%** de grossesse abdominale chez les nullipares, nous n'avons rencontré aucun cas chez les nullipares.

2- Gynécologiques

Avec **42,86%** d'antécédents d'infections génitales (annexite et vulvo-vaginite) et **28,60%** d'avortement spontané non suivis de curetage, notre taux est plus faible que celui avancé par Traoré S.O [49] qui était de **58%** des cas.

3- chirurgicaux

La salpingectomie a été retrouvée dans **14,30%** des cas au cours de notre étude.

4- Provenance des patientes

71,40% des patientes étaient des évacuées provenant d'autres structures sanitaires. Ce taux est faible par rapport à celui obtenu par Traoré S.O [49] qui de 88,33%.

5- Motif d'évacuation

Les motifs d'évacuations étaient diversifiés :

- Douleur abdomino-pelvienne avec ou sans métrorragies sur notion d'aménorrhée **71,40%** dans notre étude. Ce taux est plus élevé que celui de Traoré S.O [49] à savoir **30%** des cas en ce qui concerne la prédominance des douleurs abdomino-pelviennes comme motif d'évacuation au cours des grossesses abdominales.
- grossesse arrêtée **28,60%** dans notre étude et **10%** pour Traoré S.O [49].

II-MODALITES CLINIQUES

A- Signes fonctionnels

➤ **Douleurs abdomino-pelvienne**

71,40% des cas dans notre étude. Cette élévation de la fréquence a été rapportée aussi par Traoré S.O [49].

➤ **Aménorrhée**

L'aménorrhée a été retrouvée à l'interrogatoire chez toutes nos patientes avec une fréquence de **100%** des cas. Ce taux se rapproche de celui de Traoré S.O [49] à savoir **91,67%** des cas et à celui de CORREA. P à Dakar [16] avec une fréquence de **100%** des cas.

➤ **Métrorragies**

Ont été retrouvées dans **42,86%** des cas, soit au total 3 patientes sur 7 ; comparable au résultat de Traoré S.O [49] qui est de **66,67%** avec un total de 8 patientes sur 12 et plus élevé qu'au résultat rapporté par CETIN M.T [21] à savoir **16,66%** soit 1 patiente sur 6.

➤ **Troubles du transit intestinal**

ILS sont représenté **14,30%** des cas dans notre étude.

Ce résultat vient appuyer cette thèse de PINARD rapporté par EL HADRAMY [28] à savoir' « l'occlusion chez une femme enceinte n'ayant pas de cicatrice de laparotomie devrait faire penser à une grossesse extra-utérine »

➤ **Signes d'hypovolémie**

Avec **28,60%** des cas dans notre étude. Les signes d'hypovolémie ont été retrouvés dans 50%, rapportés par Traoré S.O au CHU Gabriel Touré à Bamako [49].

➤ **Signes d'anémie**

42,86% des patientes avaient une pâleur conjonctivale et une asthénie. Ce taux est inférieur à celui de Traoré S.O [49] au CHU Gabriel Touré à Bamako avec un taux de **83,33%** des cas.

B- Examen clinique

1- Appréciation de l'état général

85,70% des patientes avaient un état général satisfaisant à l'entrée, comparable au résultat de Traoré S.O à savoir **60%** [49] des cas.

2- Palpation

Le caractère superficiel du foetus évoqué successivement par CRESTE [18] et EL HADRAMY [28] a été rencontré dans **28,60%**. Ce taux est comparable aux **33%**, rapportés par Traoré S.O [49] à l'hôpital Gabriel Touré au Mali en 1997.

3- TV+Palper abdominal

Dans **28,60%** des cas, nous avons palper deux masses distinctes : l'une utérine et l'autre para utérine. Ainsi nos résultats viennent renforcer cette thèse de MINGALON [44] à savoir la possibilité de palper deux masses bien distinctes.

III- EXAMENS COMPLEMENTAIRES

1- Examens biologiques et hormonaux

Aucun dosage hormonal ni biologique n'a été demandé au cours de notre travail. Notre attitude s'explique par le fait que la plupart des patientes ont été reçues en urgence.

2- Examens hématologiques

Le groupage Rhésus et la numération formule sanguine ont été les examens demandés avec un taux de **100%** des cas. ILS sont effectués dans le cadre du bilan pré-opératoire.

3- Imagerie

L'échographie a été demandée chez toutes les patientes soit une fréquence de **100%** des cas.

- Dans **71,40%** des cas, l'échographie à évoquer la localisation intra abdominale du foetus.
- Dans **28,60%**, il s'agissait de faux négatif et dans ces cas l'âge échographique de la grossesse était compris entre **37SA et 40SA**. Ce qui vient appuyer cette thèse de TSHINANGUK [48] à savoir les difficultés liées au diagnostic échographique des grossesses abdominales avancées. Aucune étude comparative n'a été effectuée au cours de notre travail entre l'échographie trans-abdominale et trans-vaginale comme le préconisaient GUYRL et ses collaborateurs cités par EL HADRAMY DUCROS [28].

IV- CIRCONSTANCES DE DECOUVERTES

- La grossesse abdominale a été découverte dans **71,40%** des cas à l'échographie et **28,60%** en per-opératoire.

V- LA LAPAROTOMIE

a- Etat du foetus

- Dans **85,70%** des cas ; le fœtus était mort in situ avec **71,40%** prématurément et **14,30%** à terme.
- Dans **51,40%** ; il s'agissait d'une macération, inférieure aux **83,33%**, rapporté par Traoré S.O [49].
- Dans **28,60%** des cas le lithopédion, supérieur au **8,33%**, rapporté par Traoré S. [49].
- Notre étude a rapporté **un seul cas de nouveau né vivant à terme** soit **14,30%** des cas.
- Un cas de nouveau né vivant/12 a été rapporté par Traoré S.O au CHU Gabriel Touré [49], soit une fréquence de **8,33%** des cas.
- 1 cas/9 rapporté par CRESTE en 1956 [28], soit **11,11%** des cas.
- 2 cas/15 rapportés par EIDM [26] en 1978 à Dakar soit une fréquence de **13,33%** des cas.

b- Malformations fœtales apparentes

Largement évoquées dans la littérature par EL HADRAMY DUCROS[28], n'ont été rencontrées que dans un seul cas soit **14,30%** à type d'anencéphalie au cours de notre travail. L'association microcéphalie + bec de lèvre a été rapportée par Traoré S.O dans **8,33%** des cas.

Ces atteintes parfois associées et incompatibles avec la vie sont dues soit à des brides amniotiques soit à l'absence ou insuffisance du liquide amniotique. IL n'est pas cependant exceptionnel de voir des nouveau-nés issus de grossesses abdominales sans malformation EIDM[26]

b Placenta

b1 Poids

Dans **71,40%** des cas, le poids du placenta était inférieur aux normes et cela en fonction de l'âge de la grossesse en SA. Ce taux se rapproche aux **66,67%** rapportés par Traoré S.O à Bamako au CHU Gabriel Touré en 1997 [49].

b2- Siège du placenta

- Dans **71,43%** des cas l'insertion du placenta était intestinale au cours de notre étude ; comparable aux **75%** d'insertions intestinales, rapportés par Traoré S.O [49].
- Les bords utérins et l'épiploon **42,86%**. Par contre **41,67%** rapportés par Traoré S.O. [49].

b3- Traitement du placenta

Dans **100%** des cas, nous avons procédé à une **désinsertion totale du placenta**. Ce taux est nettement supérieur aux **50%** soit 6 cas sur 12 ; rapporté par Traoré S.O à Bamako [49].

L'abandon in situ du placenta avec marsupialisation n'a pas été effectué au cours de notre travail et cela à cause des risques d'hémorragies secondaires, d'infections avec septicémie et de dégénérescence maligne.

c- Le cordon ombilical

- Mode d'insertion

Contrairement à CHAPPUIS [24] qui considère l'insertion marginale comme étant le mode le plus fréquent, nous avons enregistré **57,10%** d'insertion centrale et **42,90%** d'insertion marginale. Nous n'avons enregistré aucun cas de mode velamenteux. Ce mode a été rapporté par AUBERTW [4] dans **15%** des cas.

- La longueur

✓ Dans **71,40%** des cas, le cordon avait une longueur inférieure aux normes en fonction de l'âge de la grossesse en SA cours de notre étude. Ce taux se rapproche des **83,33%** rapportés par Traoré S.O au CHU Gabriel Touré à Bamako [49].

d- Liquide amniotique

- Quantité

Nous avons enregistré **85,70%** d'insuffisance du liquide amniotique. Cette insuffisance du liquide amniotique dans la grossesse abdominale serait due à un manque de développement de l'amnios pour PALMER et BARONNET cités par EL HADRAMY DUCROS [28], ou à un processus de résorption péritonéale pour CHAILLOT [16].

-Qualité

Dans **57,10%** de nos observations, le liquide amniotique était hématique. Ce résultat est comparable à celui de Traoré S.O [49] à savoir **50%** des cas.

VI- PRONOSTIC

1- Maternel

a- Immédiat

Nous n'avons enregistré aucun cas de décès maternel. Le pronostic maternel a été favorable dans **100%** des cas au cours de notre étude. Ce pronostic est meilleur à celui de Traoré S.O [49] qui a enregistré à Bamako **16,67%** de cas de décès maternel soit deux décès sur 12.

IL est nettement meilleur aux pronostic rapportés par les veilles études en **1816** et **1856** où le taux de décès maternel avoisinait les **90%**.

Ce bon pronostic au cours de notre travail pourrait s'expliquer par le fait que de nombreux progrès ont été enregistrés en matière de réanimation, de technique opératoire et à la méthode diagnostique précoce.

b- Ultérieur

L'avenir obstétrical de la femme opérée de grossesse abdominale nous a été difficile à apprécier en raison de notre délai d'étude très limité de **13 mois**.

2- Foetal

a- Immédiat

➤ Dans **85,70%** des cas, le foetus était déjà mort in situ.

- Nous avons enregistré **un seul** cas d'enfant vivant à terme soit **14,30%** des cas. Ce taux est comparable aux taux rapporté par Traoré S.O [49] qui de **8,33%** (soit un nouveau né vivant sur 12) et EIDM [32] **6,67%** des cas, soit un nouveau né vivant sur 15).
- **4 fois** plus faible que celui avancé par D. VILLIERS (**61,03%** soit 47vivants sur 77) cité par EL HADRAMY [28].
- - **11 fois** meilleur à celui avancé par EL HADRAMY en 1988[28].

b- Ultérieur

Notre seul « survivant » a atteint 9 mois post nataux sans anomalie fonctionnelle. Nous n'avons pas pu le suivre au-delà de ces 9 mois de vie en raison de la durée de notre étude.

c- Causes de décès fœtal

Tous les auteurs s'accordent à dire que l'élévation du taux de décès fœtal serait dû aux fonctions placentaires défectueuses, aux malformations, à l'insuffisance du liquide amniotique, faible poids de naissance et l'infection néonatale. Nous partageons leur point de vue dans la mesure où tous ces facteurs évoqués contribuent à la fragilisation d'un fœtus déjà qualifié « de sujet à risque élevé ou à haut risque ».

CONCLUSION

CONCLUSION

La grossesse abdominale est une variété rare de grossesse ectopique dont l'évolution jusqu'au 3^{ème} trimestre est possible malgré des complications hémorragiques ou digestives. Elle est l'apanage des communautés à niveau socio-économique bas.

L'association de plusieurs signes permet de la suspecter, mais la confirmation diagnostique est donnée par l'échographie. Le traitement est toujours chirurgical.

Le pronostic de la mère dépend du retard de diagnostic et de l'attitude prise vis-à-vis du placenta. Celui du fœtus est sombre malgré une réanimation néonatale bien conduite à cause de la fragilité fœtale, de la poly malformation et de la dépression anesthésique.

L'exérèse placentaire est souvent réalisable après ligature des vaisseaux qui irriguent le placenta.

RECOMMANDATIONS

LES RECOMMANDATIONS

Après une analyse approfondie des difficultés diagnostiques, dans le souci d'améliorer le pronostic maternel et même fœtal, il s'avère nécessaire de proposer quelques recommandations en vue d'éviter ou de réduire au maximum les erreurs diagnostiques, de favoriser une meilleure prise en charge précoce.

Ces recommandations peuvent se situer à trois niveaux.

Aux autorités administratives

- Equipement des blocs opératoires en matériel adéquat et promouvoir les unités de réanimation.
- Assurer l'approvisionnement de la banque de sang de façon permanente.
- Renforcer les systèmes de référence - évacuation.
- Prendre en compte la GEU dans la gratuité de la césarienne quelque soit la durée de l'aménorrhée.

Aux personnels socio sanitaires

- Rechercher systématiquement une GEU chez toutes patientes en âge de procréer présentant une douleur pelvienne ou abdomino-pelvienne, un saignement, ou une aménorrhée.
- Intensifier l'information et la sensibilisation sur les facteurs de risque de la GEU, en direction des femmes en âge de procréer.
- Sensibiliser les sujets cibles sur les signes d'alarmes en cas de grossesse : Douleurs pelviennes ou abdomino-pelvienne, saignement.
- Faire une échographie systématique au premier trimestre de la grossesse pour localiser son siège surtout chez les femmes avec facteur de risque ou avec des signes d'appel comme saignements, douleurs pelviennes.
- Traiter efficacement les infections sexuellement transmissibles.

À la population

- Consulter précocement en cas de suspicion de grossesse pour déterminer sa localisation ou en cas de perturbation du cycle sexuel.

REFERENCES

REFFERENCES

1-Ait Ouyahiab ; Terkis ; Gan

Echographie et grossesse abdominale Revu fr. Gynéco-obstét.1983 ; 78(12)
,765-770.

2-Allibone, G.W.Fagancj Porter S, C.

The Sonographic features j, clin, ultrasound, 1981; 9; 383-387

3- Ahyi Akprb.

A propos d'un cas de grossesse abdominale à terme : Thèse Med. Paris 1968 ;
n : 235, 1.103(ref- biblio).

4-Aubertw.

Sur un cas de grossesse abdominale à terme avec enfant vivant : Bull.Fed Soc. Gynéco-Obstét- France 1966.18 (2), 175-179.

5-Akpadeak; Baetas ; Oureyah.

Grossesse abdominale et grossesse extra-utérine simultanées à terme avec un enfant vivant : un cas ; revu.fr.obstét.1996, 91 :322-324.

6- A.Pinaud ; A.R-Nlome-Nze-Ze-A-Faye ; V.Couvahe

Evolution de la fréquence de la GEU à Libreville (GABON) de 1977-1989. Med d'Afrique Noire : 1992-39(12).

7-Abaruaonahz ; Rabear ; Vony Razaendrakoto

.La GEU à Madagascar : Med d'Afrique Noire.

8- Beacham. W; D. Rehnquist; W.C Beacham W.D Et Webster H.D

Abdominal pregnancy at charity hospital in New Orleans.
Armer.J. Obst.Gyn; 1962-84; 1257-1270.

9- Beck. P;Birn Baum.8.71.

Thermo graphic and hormonal studies of placentae in abdominal pregnancy.

10- Belf .Ar.H

Long term follow-up after removal of abdominal pregnancy
J. ultrasound Med. 1986; 5:521-52.

11-Bouزيد F ; Mouniale.

Diagnostic précoce d'une grossesse abdominale dans une corne rudimentaire
Gyn ; Biol. Réprod.1992, 21: 263-264.

12-Bouزيد F; Cell Amid; Baatis; Chaabouni M; Trikis; Lamine; Rekikis

La grossesse abdominale
Revu.fr.Gynécol.Obstétr.1996, 91 :616-618.

13- Ba ; M.G ; D.Kouedou ; M.Sangare ; M.L.Cisse ; F.Diouf :

La grossesse abdominale à propos de 5 cas : Considérations cliniques et prises en charge au CHU le DANTEC au BENIN en 1997

14- Bamouni Y.A; Dao. B .Bazie A.J Et Al

Place de l'échographie dans le diagnostic des grossesses extra-utérines (GEU) au CHNSS de BOBODIOULASSO (BURKINA FASSO) de 1993 à 1995-52.

15- Brun-Buisson.

A propos d'un cas de grossesse double extra et intra-utérine à terme avec 2 enfants vivants, Hôpital de Lomé (Togo).
Bull Med ; Ste de Chir. Paris 1964 54, n°4-131-133.

16- Chaillot. T

Contribution à l'écart des grossesses abdominales à terme, thèse Med, Paris 1955, n°145

17- Correa P- Atayil ; Cavellauroy. J. Bourgoin P

Quelques aspects particuliers de la grossesse abdominale. A propos de 18 cas relevés en milieu Africain à Dakar.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Et dost France 1965-17(5bis)

18- Creste .M.

Neufs grossesses abdominales à terme Bull. Fed.Soc ; Obst .1956 .8. (4):489

19 – Correa. P; Diadhiou. F; Lauroy. J; Bah M.D; Diab. A. Guindo S.

Evolutions exceptionnelles de la grossesse abdominale
J.Gynéco.Obstét.Biol.Reproduct. (-Paris), 1979,8, (3) ,235-241

20- Charles G, N'guessan-Zegbeh D.

A propos d'un cas de grossesse abdominale à terme avec un enfant vivant.
Revue.fr.Gynéco. Obstét.1987, 82(2) ,127-132

21- Cloup B.

A propos de deux cas de grossesses abdominales à terme. Problèmes diagnostiques et thérapeutiques. Ouest.Med, 1980, 33,439-443.

22- Cetin M.T; Aridogan N.Coskun A.

La grossesse abdominale.A propos de six cas personnels.
Revue.FR. Gynéco Obstétr.1993, 88 :76-78

23- Chappuis P.

Le placenta dans les grossesses abdominales, thèse Med, Lausanne 1938, 1-21.

24- Defrssigne J.

A propos d'un cas de grossesse abdominale avec enfant vivant.
Thèse Med. LYON 1956.

25- Diouf A, Diouf ; Cisse Ct ; Diallo D ; Gaye A, Diahiou F.

La grossesse abdominale à terme avec enfant vivant. A propos de 2 observations.

J.Gynecol.Biol.Reprod.1996, 25 :212-215.

26- Duguet F

Etude de la grossesse abdominale à terme à propos d'une observation avec enfant mort.

Thèse Med .Tours ; 1967, N15.558.

27- Eid M.

Contribution à l'étude de la grossesse abdominale en Afrique (À propos de 15 cas).

Revue. Biblio. OMS. 1992 (17)

28- El Hadramy Ducros

Quelques aspects exceptionnels de la grossesse abdominale.

A propos de 5 observations de la clinique gynécologique du CHU de DAKAR (Sénégal) Mai 1980

29- Fabre J.F.Et Laurier.

Quelques aspects actuels de la GEU. Progrès Med 1970,98(7-9) ,113-11857.

30- Faup. J. G.

A propos des grossesses abdominales évoluant vers le terme, thèse Med.

Toulouse. 1962, n°3- 104.

31- Gautier P .Proye C. Le Jeune B.

Grossesse abdominale à propos de 2 observations

Bull.Fed.Soc.Gyn.Obstét.1966, 18. (5) 509-510.

32- Gillet J.C; Vander Vellen, Keller B.

Grossesse abdominale secondaire au 5 mois en 1966: Bull. Fed.Gyn. Obst.

(5)509-510.

33- Houlne .P ; Magrte. J ; Granhui D.

Commentaires sur une série exceptionnelle de grossesse abdominale.

Bull. Fr. Gynéc.Obstét.1966 ; 18 ;(4)417

34- Hainaut F.Mayenga T.M. Crimal Ph.

La grossesse abdominale tardive. A propos d'un cas
Revu.fr.Gynécol.Obstét.1991, 86 :522-528.

35- Hreshchyshyn. M.M Naples J.D. Randall C.L.
Ametho-pytrin in abdominal pregnancy in mice. Amer.
J of obst.and. Gyn.1965.93, 286.

36- Jackson R.L. (Rapport.Chome.E).
Chorio-épithéliome après une grossesse abdominale
Bull.Fed.Soc ; et Obst.1960, 12, 4 451-452.

37- Jacob F.Helmer J. Perrier J.F ; Vedel M ; Hauger C.
Délivrance hémorragique lors d'une grossesse abdominale à terme avec un
enfant vivant.
Ann.fr.Anesth.Réan.1986, 5, (4) ,450-452.

38- Lepage. F; Et Leconte C. G.U.N.
Grossesse abdominale à terme méconnue ; accouchement par les voies naturelles
d'un enfant vivant, mort de la mère. Gyn.et Obst.1948, 47, 5, 706,709.

39-Le Lorier. G ; Schebat. C ; Et Wencel S.
Grossesse abdominale au voisinage du terme avec un enfant vivant. Problèmes
diagnostiques et thérapeutiques, (à propos d'un cas).
Bull.Fed.Soc.Gyn.Obst.1969 ,21-4 ,382-399. (45 Ref.Biblio)

40-Mansour.N.
Contribution à l'étude de la grossesse abdominale aux environs du terme avec
relation d'un cas.
Gynéco- obsté, 1986,15, (2), 62-64.

41-Marhic. C; Beril. L; Gunther M.Anglade J.P.
Grossesse abdominale. Diagnostic par échographie
Gynécologie, 1983,34, (1) ,57-58.

42- Merger. R ; Jean Levy ; Jean Melchior
Précis de Obst. 5eme édition, revue et aupement, MANSON, Paris, NEW-
YORK, MILLAN 1979. P. 237.

43- Michie E. A ; Hobson B. M ; Gasson. Pw (Rapport Schebat C.L.)
Etude des éliminations hormonales après une grossesse abdominale avec
placenta laissé « in situ » et au cours et après une grossesse intra-utérine chez la
mère malade.

44- Mingalon M.

GEU après le 5^{ème} mois à propos de 2 cas. Thèse Med. Paris
1940, n°440, 1-27(86 Réf. Biblio.).

45-Rataona Risontj : Grossesse abdominale sur rupture progressive d'un utérus cicatriciel. A Propos d'un cas : Thèse Méd. 2004, n25.

46- Studiford W.E.

Primary peritoneal pregnancy
Am.T.Obstét.Gyn.1942, 44, 487-491.

47- Stricht-Mougenot. Ch : A propos d'un nouveau cas de grossesse abdominale à terme avec enfant vivant.
Thèse Med: Reims 1971, n°23; 1-63(Ref. Biblio.).

48- Tshinanguk. Nsumul ; Rammatotin. R; Kitte Nge C. Ikabun:
Grossesse abdominale morte de 8 mois diagnostiquée par hystéromètre et hystérogaphie.
J. Gyn; Obst. Biol. Rep.1975, 4, (3).

49- Traore S.O : Grossesse abdominale à propos de 12 cas.Thèse Med,
BAMAKO, 1996-1997. Bko ; N°236.

50- Vuillard. P ; Dutrieux. N ; Armand D Et Soustelle J.

Rupture de rate apparemment spontanée par grossesse ectopique.
Lyon Cher. 1974, 70, 3, 201-202.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I : Questionnaire

1 : Identité

q1 : Age

q2. Résidence

q3 : Profession

q4 : Statut matrimonial

q5 : Ethnie

q6 : Niveau socio économique

2 : Antécédents

a) Antécédents gyneco-obstetiques

q7 : Gestité

q8 : Parité

q9 : Avortement :

1- Spontané 2- Provoque 3-Aucun

b) Antécédents infectieux

q10 : Annexite q13 : Autre

q11 : Vulvo-vaginite q14 : Aucune particularité signalée

q12 : Tuberculose génitale

c) Antécédents de contraception

Q15: orale q17: sterilet (d i u)

q16 : injectable

q18 : aucun

Q19 autres

d) Antécédents chirurgicaux

q20 : Salpingectomie

q24 : Myomectomie

q21 : Appendicectomie

q25 : Autre

q22 : Césarienne

q26 : Aucune particularité

q23 : Plastie tubaire

q27 : Antécédents d'endométriose

1 : Oui

2 : Non

f) Antécédents de stérilité

q28 : Primaire

q30 : Aucun

q29 : Secondaire

Q31 Provenance

1 -Cscm

2 -Csref

3 -Structure sanitaire privée

4- Domicile

Q32 Motifs d'évacuation

1 : Douleur abdomino-pelvienne

2 : Grossesse arrêtée

3 : Métrorragie

4 : 1 + 3

5 : 1 + 2 + 3

6 : Non précise

7 : Autre

4 Aspects et modalités cliniques

q33 : Signes fonctionnels majeurs plus ou moins constants

a) Douleur abdomino pelvienne : Oui Non

b) Aménorrhée : Oui Non

c) Métrorragie : Oui Non

q34 : signes fonctionnels majeurs non constants mais très évocateurs

a) Signes d'occlusion ou de sub-occlusion

1- Arrêt des matières et des gaz

2- Météorisme

3- Aucun

b) Autres troubles du transit intestinal

-Constipation

-Gargouillement

-Vomissement

-Diarrhée

-Epigastralgie

-Ténesme

-Epreintes

- Aucun

q35: Troubles urinaires

-Pollakiurie

-Dysurie

- Rétention urinaire
- Incontinence urinaire
- Autres
- Aucun

q36 : Signes d'état d'hypovolemie

- Pouls filant accélère ou absent
- Dyspnée
- Baisse de la ta
- Soif
- Angoisse
- Autres
- Aucun
- Refroidissement des extrémités

q37: Signes fonctionnels d'anémie

- Vertiges
- Fatigue
- Céphalées
- Dyspnée
- Autres
- Aucun

q38 : Vomissements : caractéristiques

- Alimentaire
- Fécaloïde
- Bilieux
- Autre

II : Examen clinique

a) Appréciation de l'état général

- Bon
- Passable
- Altéré

b) Orientation diagnostique (palpation)

- Foetus trop étalé
- 1 + 2
- Foetus trop superficiel
- Aucune

c) Examen gynéco-obstetrical

1: TV+palper abdominal

a) Rapports masse tumorale –utérus

-Etablies

-Non établies

b) Etat des culs-de-sac latéraux

- Bombe et sensible
- Aucune précision
- Bombe et indolore
- Aucune particularité

- Libre et sensible

c) Etat du douglas

- Douglas bombe et sensible
- Douglas sans particularité
- Douglas bombe et i indolore
- Douglas libre mais sensible

d) Les ponctions

1- Ponction abdominale trans-parietale

- Positive -Non effectuée
- Négative

2- Ponction du douglas : culdocentese

- Positive -Non effectuée
- Négative

III Examens complémentaires

Q39- Test biologique 1- oui 2- non

Q40- Echographie 1- oui 2- non

q41- ASP 1- oui 2- non

q42- Autres :

1- Confirmation a l'échographie.

Oui Non

2 - Echographie, l'âge de la grossesse

Age de la grossesse en SA :

IV : Circonstances de découvertes

1- A l'échographie

2 - En per-opératoire

V : La laparotomie

1- Résultats de la laparotomie

1-1- Les annexes fœtale

a- Insertion placentaires et ou adhérences membranaires

- Anses intestinales
- Gros vaisseaux mésentériques
- Le colon
- Epiploon
- Foie
- Parois intestinales

b- Organes d'insertions placentaires

- Un seul organe
- Deux organes
- Plusieurs organes

c- Lieu d'insertion du cordon sur le placenta

- Central
- Excentre
- Marginal
- Velamenteux

d- Attitudes observées vis-à-vis du placenta

- Désinsertion totale extirpation totale
- Ablation partielle ou résection partielle
- Abandon in situ avec marsupialisation
- Extirpation totale+ résection partielle

1 -2 L'œuf ou fœtus

a- Etat (en terme de vitalité)

- fœtus vivant a terme
- fœtus vivant prématuré
- fœtus mort in situ avant terme
- fœtus mort a terme

b- Malformations fœtales

- Présentes
- Absentes

c- Type de mal formation

- Macrocéphalie
- Hydrocéphalie
- Microcéphalie
- Autre
- Rien

d- Retentions des fœtus morts et leurs états

- Fœtus mort récent
- Fœtus mort putrefie
- Fœtus mort macère
- Fœtus mort en état delithopedion

f- Etat des ligaments ronds

- Présents
- Absents

b- Pronostic

1-Maternel

a- Immédiat

1- Bon

2- Passable

3- Mauvais

2- Fœtal

- Bon

- Mauvais (mort in situ)

FIN

FICHE SIGNALETIQUE

NOM : Dembélé

PRENOM : Bouréima Lassina

TITRE DE LA THESE : Grossesse abdominale

LIEU D'ETUDE : Service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Somine Dolo de Mopti à propos de 7 études de cas cliniques.

*Grossesse abdominale à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti du 1^{er} septembre 2008 au 30 103
septembre 2009*

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2008-2009

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : Mali

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la faculté de Médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie.

SECTEUR D'INTERET : Gynécologie et obstétrique

C'est une étude prospective qui s'est déroulée dans le service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital Somine Dolo de Mopti allant du 1^{er} septembre 2008 au 30 septembre, soit une période de 13 ans.

Pendant cette période, **1308 accouchements** ont été colligés en salle d'accouchement (soit **0,54%**) et **27 GEU** (soit **25,92%**) dont **7 grossesses** abdominales.

- Les signes fonctionnels les plus fréquemment rencontrés ont été la douleur abdomino-pelvienne avec **71,40%** des cas, les métrorragies **42,86%**, l'aménorrhée **100%**, la pâleur conjonctivale et l'asthénie **42,86%**.
- La méthode diagnostique de référence a été l'échographie abdomino-pelvienne avec **100%** des cas et elle évoquera le diagnostic dans **71,40%** des cas.
- La laparotomie a été indiquée dans **100%** des cas.
- Nous avons enregistré **un cas de nouveau-né vivant**, soit **14,30%**.
- Aucun décès maternel n'a été enregistré au cours de notre travail.

Les mots clés : Grossesse abdominale, douleur abdomino-pelvienne, aménorrhée, métrorragies, Mopti (Mali).

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure.



Fœtus de 39 SA né vivant

*Grossesse abdominale à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti du 1^{er} septembre 2008 au 30 106
septembre 2009*



Foetus mort né macéré de 2500 g avec anencéphalie