

**Ministère de l'Enseignement
Secondaire, Supérieur et de la
Recherche Scientifique**

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITÉ DE BAMAKO



**FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTO – STOMATOLOGIE**



ANNEE UNIVERSITAIRE : 2011 – 2012

N...../

TITRE

**Aspects épidémiologique, clinique, et
pronostique de la GEU au Centre de
Santé de Référence de la Commune V à
Bamako**

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le/...../2012
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie

M. Samakoro DIARRA

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

Jury

Président : Pr. Mamadou TRAORE

Membre : Dr. Tioukani THERA

Co-directeur : Dr. Oumar M. TRAORE

Directeur: Pr. Niani MOUNKORO

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Dédicaces

Je dédie ce travail à **ALLAH** le tout puissant, le clément et le miséricordieux.

Par ta bonté et ta grâce, tu m'as permis de mener à terme ce travail si long et pénible.

A mon père: Pr Bouba DIARRA

Voici le fruit de vos longues années de sacrifice. Vous vous êtes battue nuit et jour pour notre réussite dans la vie. Vous êtes le plus cher pour moi. Je prie **DIEU** pour qu'il nous donne longue et heureuse vie. Papa le bout du tunnel est très proche.

A ma mère: Mariam DIARRA

Femme courageuse, infatigable, patiente et pieuse, tu as tout fait pour la réussite de tes enfants.

J'ai toujours bénéficié de ton affection qui m'a beaucoup consolé dans la vie, surtout dans des moments difficiles. Sans tes sacrifices, tes conseils et encouragements, tes prières et bénédictions, ce travail n'aurait jamais pu être réalisé.

Je promets avec l'accord de Dieu, de ne jamais faillir à mon devoir de fils. Puisse ce travail récompenser tous tes sacrifices.

Très chère mère, les mots me manquent en ce moment solennel pour te remercier. Trouve ici dans ce témoignage, le manifeste de mon affection profonde et de ma reconnaissance indéfectible a ton égard. Puisse Dieu te garder encore longtemps auprès de tes enfants. Amen...

A ma tante: Baya DIARRA

Votre humanisme profond sans pareil fait de vous la femme adorée de tous.

Vous qui as su me donner tant d'affection, toi qui as su m'encourager, toi qui as su m'accompagner dans le bonheur comme dans la douleur, femme exemplaire, qu'Allah le tout puissant te donne longue vie pour récolter les fruits de tes efforts louables. Amen

Remerciements

A mes frères et sœurs : Moussa, Cheick, Fatoumata

Ce travail est le vôtre, retrouvez là toute ma profonde reconnaissance.
Que la paix et l'entente règnent toujours entre nous.

Mon Oncle : Kokè DIARRA

Sache que vous êtes plus qu'un oncle pour moi .Cette thèse est le fruit de votre soutien

A toute ma famille

Pour le soutien surtout moral qu'elle m'a apporté pendant cette période de travail de thèse.

A mes amis

Yaya TRAORE, Karim TRAORE, Badiè Coulibaly, Bréhima DEMBELE, Moussa TRAORE, Ousmane CISSE, Diakaridia DOUMBIA, Moussa D. DIARRA, Bréhima BERTE, Alou TANGARA, Issa SY, Issa TRAORE, Seyba N'DIAYE, Adama BERTHE, Oumar SY, Mama SY, Aboubacar DIALLO

Vous m'avez mainte fois donné l'occasion de me rendre compte que je pouvais compter sur vous. Grâce à vous je crois en l'amitié véritable.
Que
Dieu vous prête longue vie.

Mes maitres Médecins

Oumar M. Traoré, Soumana O Traoré, Silimana Fanta Coulibaly, Albachar Hamidou, Hamady Sissoko, Gada Coulibaly, Badian Dembélé, Aboudou Camara, Dipa Touré, Kabiné Camara, Karounga Camara, Sory Keita

Votre apport a été inestimable pour la réalisation de ce travail. Votre esprit d'écoute, votre courage, votre désir d'aider les autres m'ont beaucoup marqué. Votre collaboration donne une réelle envie de travailler voir de se surpasser.

Sincères remerciements pour toutes les années que j'ai mises à apprendre auprès de vous.

Aux internes du CS Réf CV et plus particulièrement aux membres de l'équipe IV

Issa Sy, Seydou Coulibaly, Cheick O. Touré, Moriba Traoré, Moussa Diawara, Boubacar S. Dembélé, Amadou Doumbia, Jean Sanogo, Mamadou Konaté, Mahamadoun Koumgoulba, Modibo Diallo, Bintou Faskoye, Kané, Moussokoro N'Daou.

Rien ne vaut l'esprit d'équipe ; nous avons passé ensemble des moments pénibles, j'espère que nous goûterons ensemble les fruits de ce travail. A tous mes cadets courage et persévérance car la réussite est au bout du tunnel.

Aux Sage femmes du CS Réf CV

J'ai eu un grand plaisir de travailler avec vous et j'ai beaucoup appris. Recevez tous ici ma profonde gratitude.

Mes remerciements à tous le personnel du CS Réf CV

A toutes les femmes enceintes qui ont payée de leur vie pendant la période gravide.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du Jury
Professeur TRAORE Mamadou
Professeur Agrégé de Gynécologie-obstétrique
Secrétaire Général de la SAGO
Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle
Coordinateur national du programme GESTA internationale
Coordinateur du projet URFOSAME au CS Réf CV
Médecin-chef du Centre de Santé de Référence de la Commune V
du District de Bamako
Cher Maître,

C'est avec plaisir et spontanéité que vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

L'étendue de vos connaissances, votre pragmatisme, votre rigueur scientifique, et votre sens social élevé et votre disponibilité suscitent admiration.

Nous avons bénéficié de votre enseignement clair et précis.

Permettez-nous ici, cher maître de vous réitérer notre confiance et notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Niani MOUNKORO

Maître de conférence en Gynécologie Obstétrique au CHU Gabriel TOURE

Chef de service d'Obstétrique au CHU Gabriel TOURE

Chevalier de l'ordre de Mérite de la Santé

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant ce travail.

Votre éloquence dans l'enseignement, votre sens aigu du travail bien accompli, du respect et de la discipline font de vous une référence dans votre domaine.

Veillez recevoir ici, cher Maître, l'expression de nos meilleurs sentiments de reconnaissance.

A notre Maître et juge

Docteur THERA Tioukani

Maître Assistant à la FMPOS

**Praticien au service de Gynécologie-obstétrique au Centre
Hospitalier Universitaire du Point G**

**Ancien chef de service de Gynécologie-obstétrique de l'hôpital
Nianankoro Fomba de Ségou**

Cher Maître,

Vous nous faites honneur en acceptant malgré vos multiples occupations de siéger dans ce jury.

Votre abord facile, votre grande simplicité et surtout abnégation font de vous un modèle pour les étudiants.

Nous vous remercions sincèrement.

A notre Maître et Co directeur de thèse

Aspects épidémiologique, clinique et pronostique de la GEU au CS Réf de la CV

Docteur Oumar M. TRAORE

Gynécologue- Obstétricien au Centre de Santé de Référence de la Commune V

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce modeste travail. Votre courtoisie, votre rigueur pour le travail bien fait et votre disponibilité à servir autant que possible font de vous un exemple à suivre. Je vous remercie sincèrement pour toute votre contribution à l'élaboration de ce travail.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de ma profonde reconnaissance.

Sigles et abréviations

Aspects épidémiologique, clinique et pronostique de la GEU au CS Réf de la CV

GEU : Grossesse Extra Utérine

IST : Infection Sexuellement Transmissible

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

FIV : Fécondation In Vitro

DIU : Dispositif Intra Utérin

HCG : Hormone Gonadotrophine Chorionique

MTX : Méthotrexate

RU 486 : Mifépristone

GESTA : Gestion du Travail d'Accouchement

SAGO : Société Africaine de Gynécologie Obstétrique

URFOSAME : Unité de Recherche et de Formation en Santé de la Mère et de l'Enfant

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CS Réf : Centre de Santé de Référence

CHU GT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

GIU : Grossesse Intra Utérine

% : pourcentage

SOMMAIRE

Introduction	13
Objectifs	16
I Généralités	18
II Méthodologie	51
III Résultats	60
IV Commentaires et discussion	75
Conclusion et recommandations	83
Références	86
Annexes	91

INTRODUCTION

Aspects épidémiologique, clinique et pronostique de la GEU au CS Réf de la CV

INTRODUCTION

Les hémorragies du premier trimestre de la grossesse sont des motifs fréquents de consultation en gynécologie obstétrique. Parmi ces causes la grossesse extra utérine est la complication la plus redoutable et menace sérieusement le pronostic vital et obstétrical de la femme.

La grossesse extra utérine (GEU) se définit par l'implantation et le développement de la grossesse en dehors de la cavité utérine [1].

Elle est considérée comme un problème de santé publique dans tous les pays du monde quelque soit le niveau de développement en raison de sa répercussion sur la fertilité ultérieure des patientes.

Près de 95% des grossesses extra utérines sont localisées dans la trompe principalement dans l'ampoule tubaire. Parmi les autres localisations ectopiques figurent les grossesses abdominales, ovariennes, et exceptionnellement cervicales [1].

Elle est la première cause de mortalité maternelle au cours du premier trimestre de la grossesse dans les pays en développement et dans les pays industrialisés [2, 3, 4, 5] et est responsable de 10% de mortalité maternelle totale [6].

Nombreuses publications sur l'épidémiologie de la grossesse extra utérine ont été rapportées dans les années 1980 et le début des années 1990. Elles le sont moins depuis, du faite qu'on avait assisté à une décroissance de sa fréquence dans les pays développés [7]. Au cours des 20 dernières années on a constaté une recrudescence de la grossesse extra utérine qui est certainement favorisée par l'explosion des infections sexuellement transmissibles (I.S.T) [8, 9,10] et à un moindre degré par le développement de la chirurgie tubaire et des techniques d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP).

Dans les pays développés son incidence est de l'ordre de 100 à 175 GEU par an pour 10000 femmes âgées de 15 à 44 ans soit environ 2 GEU pour 100 naissances. [7, 11]. En France elle est estimée à 2% des grossesses [7, 12].

Au Mali, La grossesse extra utérine occupe le deuxième rang des urgences gynécologiques et obstétricales après la césarienne **[13]**.

Au centre de santé de référence de la commune V la fréquence moyenne de la GEU était de 2,65% soit (1 GEU pour 38 accouchements) de 1994 à 1999 et de 1,89% (1 GEU pour 53 accouchements) en 2006 **[15]**

Les facteurs de risque sont connus : l'antécédent de GEU, les pathologies tubaires (salpingite, endométriose, des séquelles de chirurgie tubaire), les techniques d'AMP, les Dispositifs Intra Utérins (DIU), les micropilules, les antécédents de chirurgie abdominale compliquée d'adhérences pelviennes, le fibromyome de la corne utérine, les malformations utérines (diverticules), et le tabagisme **[16, 17]**

Le diagnostic de la GEU mérite d'être évoqué chez toute femme en âge de procréer en cas de métrorragies ou de douleurs pelviennes symptômes par ailleurs banals en début de grossesse puisque touchant une patiente sur cinq environ. Son diagnostic est souvent tardif en raison des formes trompeuses malgré les avancées des nouvelles technologies. Cela pose un certain nombre de problèmes à savoir :

-L'importante morbidité due à la découverte tardive de la GEU essentiellement en phase de rupture avec hémorragie dont la conséquence est la perte de la trompe qui est le siège de la GEU et parfois le décès maternel par hémorragie.

-L'avenir obstétrical de la femme qui reste tributaire de l'état du pelvis et de la trompe controlatérale dans un contexte social où la stérilité même secondaire constitue un véritable drame.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

Objectif général

Etudier la grossesse extra utérine dans le service de Gynéco-obstétrique du centre de Santé de référence de la commune V du District de Bamako.

Objectif spécifiques

- ❖ Déterminer la fréquence de la grossesse extra utérine dans le service.
- ❖ Rapporter les formes cliniques de la grossesse extra utérine dans le service.
- ❖ Préciser les méthodes diagnostiques de la grossesse extra utérine dans le service.
- ❖ Déterminer les principales complications de la grossesse extra utérine dans le service.
- ❖ Rapporter les moyens et les méthodes de traitement de la grossesse extra utérine dans le service.
- ❖ Déterminer les formes anatomo- pathologiques de la grossesse extra utérine.

I.GENERALITES

I. GENERALITES

1. Définition

La grossesse extra utérine (G.E.U) est la nidation et le développement de la grossesse hors de la cavité utérine.

2. Historique

La G.E.U, il ya deux siècles, était considérée comme une fatalité, c'est **LAWSON TL [18]**, en **1883** qui fut le premier auteur à pratiquer une intervention chirurgicale permettant de sauver une patiente. Cette technique consistait en une salpingectomie. Depuis, le traitement de la grossesse extra utérine a évolué avec le temps.

En **1953**, **STROMME [19]** montrait que le traitement conservateur de la G.E.U était possible par laparotomie.

Jusqu'en **1977**, la laparotomie était la conclusion inévitable du diagnostic de la G.E.U.

Le traitement conservateur coelioscopique de la grossesse extra utérine a été proposé pour la première fois par en **1977** par **HUBERT MANHES**, CES de gynécologie obstétrique. C'était un pur hasard. Depuis d'autres techniques, non plus chirurgicales, mais médicales sont apparues.

Aujourd'hui dans les pays développés le traitement médical est utilisé. La première tentative a été rapportée en **1982** par **TANAKA [20]** au Japon utilisant le méthotrexate.

Depuis, d'autres substances sont utilisées notamment **la RU 486** et les prostaglandines dont les premiers essais ont été réalisés en coelioscopie par injection intra tubaire et intra lutéale de prostaglandine F2 alpha.

En France **FERNANDES** le pratique sous échographie **[21]**

3. Physiologie de la fécondation, de la migration et de la nidation de l'œuf

3.1 Cellules sexuelles

3.1.1 Les cellules sexuelles mâles

Le sperme est une suspension de spermatozoïdes dans un liquide, le plasma séminal, produit par les glandes mâles annexes.

Les gamètes ou les spermatozoïdes sont les cellules de la reproduction chez l'homme. Ils sont produits dans les testicules. Chaque spermatozoïde est le résultat d'une série de transformations cellulaires dont il est nécessaire de connaître le schéma pour comprendre la fécondation.

Ces transformations successives portent le nom de spermatogenèse.

3.1.2 Les cellules sexuelles femelles

Les ovules se forment dans les ovaires. Comme le spermatozoïde, l'ovule est le résultat d'une série de transformations cellulaires dont l'ensemble porte le nom d'ovogenèse. Mais alors que les spermatozoïdes se renouvellent sans cesse, les ovules sont préformés et le capital folliculaire est constitué à la naissance.

3.2 Fécondation

3.2.1 Pénétration des spermatozoïdes dans les voies génitales

Au moment de l'orgasme qui a lieu pendant le rapport sexuel, le sperme est projeté dans le cul de sac postérieur du vagin et sur le col de l'utérus.

Les spermatozoïdes, dont la mobilité est accrue par l'acidité du milieu vaginal, fuient vers le col où ils rencontrent un milieu alcalin. Un petit nombre seulement traverse le mucus cervical, qui possède au moment de l'ovulation sa perméabilité maximale caractérisée par la glaire filante et translucide. Les spermatozoïdes remontent les voies génitales pour atteindre en quelques heures la portion externe des trompes.

En traversant la partie proximale de la trompe, les spermatozoïdes acquièrent leur pouvoir fécondant ou CAPACITATION qui les rend apte à pénétrer dans l'ovule.

3.2.2 L'ovule

L'ovule est recueilli par la trompe utérine ; les franges du pavillon tubaire entrent en turgescence, et la principale d'entre-elles, la frange de Richard, lui serve de vecteur ; leur rôle est primordial dans ce premier stade de la migration. On comprend alors la gravité des stérilités dues à leur destruction.

3.2.3 Lieu de fécondation

On admet que la fécondation se fait, en général, dans le tiers externe de la trompe, mais elle peut avoir lieu à la surface même de l'ovaire.

3.2.4 Moment de la fécondation

Dans l'espèce humaine, le moment de la fécondation est mal connu. Il suit probablement de peu l'ovulation.

3.2.5 Mécanisme

❖ Première étape : la pénétration du spermatozoïde dans l'ovule.

Les spermatozoïdes arrivés dans la trompe entourent l'ovule. Celui-ci est doublé d'une coque de cellules granuleuses qui dans, l'espèce humaine, doit disparaître pour permettre la pénétration des spermatozoïdes. Cette résorption serait due à des fibrinolysines, mucoprotéiques élaborées par la muqueuse tubaire.

Le spermatozoïde s'accroche alors à la zone pellucide, accrolement assuré par une liaison physico-chimique entre une <<fertilisine>> contenue dans la zone pellucide, et certains ferments la tête du spermatozoïde. Pour traverser ensuite la membrane vitelline, le spermatozoïde, par un phénomène de lyse au cours duquel disparaît l'acrosome, creuse un tunnel et pénètre dans l'espace péri vitellin, puis le cytoplasme. Les autres spermatozoïdes sont résorbés. Le flagelle du spermatozoïde disparaît, la tête et les centrosomes se gonflent et se transforment en un

corpuscule allongé, le pronucléus mâle, qui se place au centre du cytoplasme.

❖ **Deuxième étape : Activation de l'ovocyte**

La pénétration du spermatozoïde active l'ovocyte et la maturation nucléaire repart. Il se forme un ovule et le deuxième globule polaire est expulsé. Le noyau de l'ovule grossit et devient le pronucléus femelle, qui vient s'accorder au pronucléus mâle.

❖ **Troisième étape : Fusion des gamètes**

La synthèse d'ADN préparatoire à la première division segmentaire s'effectue.

Entre les pronucléus se constitue un faisceau achromique.

La chromatine de chacun des deux noyaux se condense en **N** chromosomes qui se réunissent pour former une même plaque équatoriale. Celle-ci est donc formée de **2N** chromosomes (soit 2 fois 23 chez l'homme), nombre spécifique de l'espèce humaine.

La constitution chromosomique mâle **XY** ou femelle **XX** est définitive : elle restera la même pour toutes les cellules de l'organisme. L'étude caryotype d'un individu permettra de déterminer son sexe génétique. Dans les cellules de la femme se trouve un petit corpuscule foncé, le corpuscule de BARR situé presque au contact de la membrane nucléaire. Il caractérise le sexe chromatinien.

Cette formation de la première cellule diploïde, en puissance de créer l'individu parfait ou zygote, est tout de suite suivie de la première mitose. Une anomalie à ce moment dans la répartition chromosomique peut être à l'origine de malformations ovulaires souvent suivies d'avortement. Chaque anse chromatique se scinde en deux et se distribue également aux deux extrémités du fuseau chromatique. Une cloison apparaît dans le cytoplasme. C'est donc une mitose équationnelle banale qui aboutit à la formation des deux premiers blastomères de l'œuf. Ce stade est atteint de 20 à 30 heures après la pénétration du spermatozoïde.

❖ **Modification volontaire de la fécondation**

La fécondation in vitro (**FIV**) consiste à réaliser la fusion des gamètes hors de l'organisme. Elle est utilisée pour remédier à certaines stérilités tubaires ou déficiences spermatiques. Une stimulation ovarienne permet de recueillir un certain nombre d'ovocytes et plusieurs embryons sont souvent obtenus simultanément après fécondation. Le transfert dans l'utérus maternel peut être effectué 1 à 3 jours plus tard. Le nombre d'embryons à transférer doit être restreint pour limiter le risque de grossesse multiple.

D'autres techniques d'assistance médicale à la procréation (**AMP**) sont utilisées dont le transfert immédiat des gamètes dans les trompes.

3.3 Segmentation

Les phénomènes de la segmentation suivent donc immédiatement ceux de la fécondation et se poursuivent pendant la migration de l'œuf dans les trompes vers l'utérus.

L'œuf se divise en deux cellules égales, puis en quatre et huit blastomères. A partir de ce stade atteint le 4^{ème} jour, la division devient inégale. On observe de petites cellules claires les micromères et de grosses cellules sombres, les macromères. Les micromères se multiplient plus rapidement que les macromères et les enveloppent d'une couche périphérique ou trophoblaste qui formera les annexes de l'œuf. Les macromères constituent l'embryon proprement dit.

A ce stade, les cellules de l'œuf sont rassemblées en un amas sphérique, la morula.

A la périphérie persiste encore la zone pellucide, légèrement amincie.

La croissance du trophoblaste est rapide, une fente apparaît entre les cellules et celles de l'embryon, constituant la cavité du blastocyste.

Cette cavité centrale se remplit de liquide (blastocèle). Les macromères forment un amas de cellules, le bouton embryonnaire, et se localisent à un pôle de l'œuf.

C'est à ce stade, l'œuf arrive dans l'utérus.

3.4 Migration

Pour arriver dans l'utérus, l'ovule fécondé parcourt dans la lumière de la trompe : c'est la migration. La progression de l'œuf est assurée surtout par les mouvements péristaltiques de la trompe, qui atteignent leur amplitude maximale après l'ovulation ; accessoirement par les mouvements vibratiles de l'épithélium tubaire et par le courant liquidien de la sérosité péritonéale vers la cavité utérine.

Les hormones ovariennes jouent un rôle dans la migration en régulant la contractilité musculaire de la trompe.

- Les œstrogènes amplifient la contractilité tubaire et provoquent son hypertonie.
- La progestérone diminue le tonus et laisse persister quelques ondes péristaltiques qui permettent la progression lente de l'œuf vers la cavité utérine.

On avance que pendant la migration, la nutrition de l'œuf était assurée par l'imbibition des sécrétions tubaires.

La durée de la migration tubaire semble être de 3 à 4 jours.

La partie externe de la trompe est parcourue rapidement que la partie interne.

L'œuf arrive alors libre dans la cavité utérine.

3.5 Implantation ou nidation

L'implantation (ou nidation) est la fixation de l'œuf dans la cavité utérine. Le blastocyste pénètre au sein de la muqueuse utérine. Elle implique d'abord une préparation hormonale de l'endomètre par l'œstradiol et la progestérone. La muqueuse utérine subit les transformations suivantes :

- Au cours de la deuxième phase lutéale ou oestro progestative, des phénomènes sécrétoires apparaissent dans l'épithélium glandulaire, suivis de modifications caractéristiques du stroma.

Les culs de sac glandulaires s'allongent et deviennent flexueux. Les tubes contiennent un mucus abondant. Les cellules de l'épithélium

deviennent plus volumineuses, les cils vibratiles disparaissent. Les limites des cellules ne sont plus visibles. Le noyau est refoulé vers le pôle apical, c'est-à-dire vers la cavité utérine. Des enclaves, contenant du glycogène apparaissent dans la zone basale.

Le stroma est œdémateux, et contient de nombreux leucocytes. La vascularisation est riche, des artérioles spiralées commencent à se différencier.

- Au vingt deuxième jour du cycle menstruel, la muqueuse est au stade pré gravidique

Les tubes glandulaires sont pelotonnés et contiennent du mucus et du glycogène.

La lumière des tubes est déformée par des saillies conjonctives et prend un contour caractéristique en dents de scie. Dans l'épithélium, le noyau est devenu basal, les enclaves de glycogènes se retrouvent au pôle apical comme au pôle basal.

Le stroma est très œdémateux, les artérioles spiralées prennent toute leur netteté.

Il semble indispensable que l'endomètre subisse cette transformation sécrétoire pour que l'implantation soit possible.

A son arrivée dans l'utérus, l'œuf reste dans la cavité utérine pendant au moins trois jours. Cette période de pré implantation est critique pour le blastocyste qui continue à se développer, augmente considérablement de volume et doit se nourrir des sécrétions de la muqueuse utérine. Celles-ci dépendent, on le verra de l'excrétion de progestérone.

En absence de corps jaune l'œuf meurt avant même de s'implanter.

L'œuf au stade de blastocyste se fixe par son pôle embryonnaire à la surface de la muqueuse utérine et pénètre dans l'épaisseur à la surface du chorion entre les tubes glandulaires. Il se recouvre d'un coagulum qui le sépare de la cavité utérine. Cette action s'explique par le pôle actif du trophoblaste, donc de mouvements amiboïdes et d'un intense pouvoir protéolytique et phagocytaire. La muqueuse environnante réagit par une forte congestion.

Aspects épidémiologique, clinique et pronostique de la GEU au CS Réf de la CV

Dès lors, entouré de débris cellulaires et baignant dans une sérosité hémorragique, l'œuf se développe rapidement et établit ses connexions avec la circulation maternelle.

L'implantation a lieu normalement au fond utérin ou à son voisinage ; accidentellement l'œuf peut s'implanter à un autre point de l'utérus, au voisinage de l'isthme par exemple, origine possible de placenta prævia. Il peut même s'implanter en dehors de l'utérus, dans une trompe, sur un ovaire, sur le péritoine, lorsque la migration ne s'est pas fait ou s'est arrêtée trop tôt, origine des diverses variétés topographiques de grossesses ectopiques.

Evolution de l'implantation

Dès que l'œuf est logé dans la muqueuse utérine, celle-ci est le siège d'importantes modifications cytologiques. La menstruation ne se faisant pas, l'endomètre se transforme et prend le nom de <<caduque>>, car il est destiné à tomber partiellement lors de l'expulsion du placenta.

Les caractères morphologiques de la caduque sont les suivants :

- Le stroma est œdémateux
- La substance fondamentale du chorion se ramollit
- Les cellules déciduales apparaissent : grandes cellules de 30 à 100 microns, claires, polyédriques à protoplasme aréolaire. Leur noyau est central, irrégulier, avec un nucléole et des amas de chromatine, leur taille permet de distinguer, à la surface, de petites cellules à activité mitotique intense ; en profondeur, de grandes cellules, parfois multi nucléées, contenant des enclaves de glycogène et de graisse.

Les cellules déciduales ont une origine mésenchymateuse : elles naissent par transformation des éléments conjonctifs jeunes du chorion de la muqueuse utérine qui se multiplient jusqu'à se juxtaposer pour devenir épithéloïdes.

Cette métaplasie n'est pas nécessaire à la nidation, elle ne survient qu'après elle. Elle débute par la zone d'implantation et dans l'espèce humaine, s'étend dans tout l'endomètre. La décidualisation se fait

Aspects épidémiologique, clinique et pronostique de la GEU au CS Réf de la CV

surtout dans la zone superficielle de la muqueuse ou les glandes finissent par disparaître envahies par la prolifération cellulaire ; c'est la couche compacte. En revanche la partie profonde des glandes persiste et reste active, constituant la couche spongieuse de la caduque ou se fera le clivage lors de la délivrance. La transformation en déciduale de la muqueuse utérine existe même dans la grossesse ectopique. Sa signification biologique est encore mal connue.

Autres phénomènes

Outre leur action sur la structure de l'endomètre, l'œstradiol et la progestérone sont responsables de la sécrétion de celui-ci de différentes protéines qui agissent sur les mécanismes enzymatiques et immunitaires. De plus, l'embryon lui-même intervient sur le fonctionnement du corps jaune.

4. Physiopathologie de la grossesse extra utérine

Toute grossesse dans laquelle le produit de conception s'implante en dehors de la cavité utérine est dite ectopique ou extra utérine [22]

Le lieu d'implantation ectopique est en générale la muqueuse de la trompe. La majorité des grossesses extra utérines sont donc des grossesses tubaires.

Cependant, d'autres nidations aberrantes peuvent survenir telles qu'ovarienne, abdominale, cervicale, intra ligamentaire, cornuale et dans une corne utérine rudimentaire.

Il faut mentionner également d'autres variantes de nidation ectopique telles que les grossesses extra et intra utérines simultanées, la grossesse ectopique multiple (grossesse extra utérine tubaire bilatérale ou unilatérale).

On a même décrit des grossesses extra utérines survenues après hystérectomie sub totale ou totale avec nidation dans la trompe restante ou dans le col restant [23].

4.1 Retard de captation de l'œuf par le pavillon de la trompe

Aspects épidémiologique, clinique et pronostique de la GEU au CS Réf de la CV

L'œuf fécondé peut rester abdominal ou ovarien, une grossesse abdominale ou ovarienne se développe alors.

L'œuf capté avec retard peut atteindre le stade de blastocyste dans l'ampoule ou, n'étant pas protégé par sa gangue albumineuse, il se fixe : il s'agit d'une grossesse ampullaire.

La migration transpéritoneale de l'ovule a pu être incriminée dans 20 à 50% des GEU sur la constatation per opératoire de la présence d'une grossesse ectopique d'un coté et d'un corps jaune sur l'ovaire controlatéral. **[1, 13, 20]**

4.2 Arrêt ou ralentissement de la migration dans la trompe

L'arrêt de la migration peut se faire au niveau de chaque segment (ou portion) tubaire (pavillon, ampoule, isthme, interstice) sièges des différentes GEU topographiques tubaires. Les mécanismes sont :

- ✓ Le péristaltisme tubaire peut en effet être perturbé de multiples manières **[24]** :
 - Par une malformation congénitale des trompes (hypoplasie, diverticule, rétrécissement) ; **[1, 25]**
 - Par des séquelles inflammatoires, spécifiques ou non, qui ont atteint l'épithélium de revêtement. Du fait de la sclérose après traitement antibiotique d'une salpingite, des brides inflammatoires peuvent également couder ou modifier la morphologie des trompes ;
 - Par des séquelles d'une chirurgie plastique des trompes ; **[1]**
 - Par une endométriose tubaire souvent située dans la portion interstitielle de la trompe ; **[12]**
 - Par le facteur spasmodique tubaire, le péristaltisme étant modifié par des sécrétions stéroïdes ovariennes. **[24]**
- ✓ La pilule du lendemain exposerait à un risque de GEU de 10%. **[25]**

Les progestatifs micro dosés en prise continue augmentent le risque de GEU en raison de leur action inhibitrice sur les contractions musculaires de la trompe.

- ✓ Les dispositifs intra utérins multiplient par dix le risque de grossesse tubaire. **[26, 27]**

Cette augmentation ne peut être que relative par rapport aux grossesses intra utérines le risque n'apparaît accru qu'en raison de lésions de salpingites latentes ou de lésions inflammatoires sur corps étrangers. Ce risque est le même quel que soit le type de stérilet, il augmente lorsque l'utilisation des dispositifs intra utérins (DIU) dépasse 25 mois. Il est maximal dans les 3 mois qui suivent l'ablation du DIU.

- ✓ L'induction de l'ovulation par les gonadotrophines humaines favorise les GEU dont le taux peut atteindre 3%. Il est alors fréquent de noter l'association grossesse intra utérine et grossesse extra utérine. Cette complication s'observe au cours des ovulations multiples, les ovulations pouvant survenir à des moments différents après injection d'HCG. Le premier ovocyte a un transit normal mais des modifications hormonales liées au premier corps jaune perturbent le transport des ovules supplémentaires. **[28, 29, 30, 31]**
- ✓ Après Fécondation In Vitro (FIV), malgré la réimplantation de l'œuf dans l'utérus, la GEU est possible (5 à 10%) s'il reste une trompe perméable à la corne **[18]**.

4.3 Anomalies de l'œuf

Un œuf anormal pourrait par lui-même être cause du retard de la migration donnant une GEU sur trompe saine.

En clinique, il semble qu'il faut distinguer deux groupes de GEU.

La GEU <<maladie>> qui survient dès la première grossesse chez une femme âgée porteuse de lésions tubaires ou ayant des difficultés à concevoir.

Elle est souvent de mauvais pronostic : la récurrence est fréquente et les chances de maternité sont minimes.

Aspects épidémiologique, clinique et pronostique de la GEU au CS Réf de la CV

La GEU <<accident>> qui survient chez une femme qui a déjà des enfants, qui ne présente apparemment aucune lésion et qui garde intactes ses possibilités de procréation.

4.4 Les localisations ectopiques des grossesses extra utérines

4.4.1 La grossesse tubaire (98% des cas) [18]

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

Parfois Isthmique (20%) : cette variété relativement fréquente, l'œuf s'implante dans la région para utérine. Elle se révèle alors le plus précocement du fait de l'étroitesse du conduit [1], et la grossesse extra utérine évolue rapidement vers la rupture.

Elle est rarement Interstitielle: on distingue trois types topographiques [32].

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

4.4.2 La grossesse abdominale (1,3% des cas)

L'œuf se développe dans la cavité abdominale, le placenta est inséré au hasard sur n'importe quel organe 5 sur le grêle et le mésentère),

permettant une évolution prolongée, parfois jusqu'à terme [18], mais des accidents hémorragiques graves peuvent survenir.

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

Elle est caractérisée par l'intégrité tubaire homo et contro latérale avec présence d'un sac ovulaire sur l'ovaire relié à l'utérus par le ligament utéro-ovarien, ainsi que par la présence de tissu ovarien en contact direct avec le sac ovulaire [32]

On distingue :

- La grossesse ovarienne primaire ou le tissu ovarien forme une coque complète autour de l'œuf : grossesse intra folliculaire. Sa fréquence serait de 0,4 à 0,7%
- La grossesse ovarienne combinée ou le tissu ovarien ne forme pas une coque complète autour de l'œuf. C'est la forme la plus fréquente.
l'évolution de la grossesse ovarienne peut se faire soit in situ, soit vers la greffe abdominale secondaire.

Certains auteurs pensent que la forme intra ligamentaire de la grossesse extra utérine pourrait être une variété de l'implantation ovarienne.

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

C'est une localisation très rare, environ 1 cas/ 15000 grossesses [33, 34]. On doit la distinguer de l'avortement incomplet avec rétention et transplantation secondaire du trophoblaste au niveau de l'endocol et aussi des grossesses

cervico-isthmiques qui, de part leur implantation basse et partiellement intra utérine, peuvent évoluer jusqu'à terme. La grossesse cervicale est caractérisée par le fait qu'il se termine avant le troisième mois et qu'à l'examen histologique, la cavité utérine présente les caractéristiques d'une caduque de grossesse ectopique sans aucun élément trophoblastique. Sa rareté pourrait s'expliquer par la structure de la muqueuse endo-cervicale, constitué par un épithélium cylindrique qui

secrète continuellement un mucus à la moindre irritation, s'opposant ainsi à toute tentative de nidation.

4.5 Anatomie Pathologique

Macroscopiquement

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

Microscopiquement

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

- Une musculature amincie et infiltrée ;
- Des formations chorio-placentaires.

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

5. Etude clinique de la GEU

5.1 Examen clinique

Circonstance de découverte : la GEU tubaire ampullaire non rompue

Il s'agit d'une femme qui se sait enceinte ou non et qui consulte pour des douleurs abdominales et des saignements.

Les douleurs sont hypogastriques basses, unilatérales, à type de torsion surtout.

Les pertes sont constituées de sang noirâtre sépia peu abondant.

L'interrogatoire :

Doit être méticuleux

La douleur : Elle est presque toujours présente dans la GEU. Elle est due à la distension de la trompe sous l'effet du développement de l'œuf. C'est elle qui conduit la femme à la consultation. Habituellement, il s'agit d'une douleur pelvienne prédominant dans une fosse iliaque, irradiant dans tout le petit bassin. Cette douleur est d'intensité variable. Dans certains cas, elle est sourde ne cédant ni au repos, ni aux antalgiques.

Dans certains cas, la douleur est aiguë, déchirante, parfois suivie d'une perte momentanée de la conscience. Souvent elle se manifeste comme une simple pesanteur. La durée de cette douleur est variable, souvent elle est courte, intense, calmée par l'écoulement de sang, parfois elle est longue et profonde.

Elle est accompagnée de métrorragie, qu'elle peut précéder d'un laps de temps dans 5 à 10% des cas.

L'aménorrhée : elle est retrouvée dans 1/3 des cas. Il faut s'efforcer de la mettre en évidence. Elle n'exclut pas pourtant la possibilité d'une GEU. La durée de cette aménorrhée est variable d'une semaine à plusieurs mois. Elle est souvent accompagnée de signes classiques de la grossesse parfois notés par les patientes (surtout s'il s'agit des multipares). Ces signes ont une valeur d'orientation dans la mesure où l'on garde en mémoire que la grossesse normale est indolore et ne saigne pas.

Les métrorragies : Elles sont faites de sang noirâtre appelé <<pertes sépia>>. Ce sont en général des pertes distillantes, spontanées. En fait, tous les types d'hémorragies peuvent se rencontrer :

- Quelques gouttes de sang peuvent passer inaperçues,
- Hémorragies abondantes faisant penser à un avortement et imposant une aspiration manuelle intra-utérine ou un curetage,
- Hémorragies très précoces, coïncidant avec la période des règles et faisant croire que ce sont des règles normales.

Irrégularité menstruelle : L'interrogatoire précisera la durée et le rythme habituel des cycles, la date des dernières règles, tout en faisant récapituler les cycles antérieurs. Il faut rechercher avec autant de précision que l'aménorrhée ; l'irrégularité menstruelle s'adresse dans 80 à 90% des cas. Elle a autant plus de valeur quand elle survient chez une femme antérieurement réglée.

On précisera surtout les antécédents obstétricaux (Fausses couches éventuelles) et les antécédents gynécologiques infectieux (Salpingites). on recherchera la notion de stérilité (traitement médical ou chirurgical), de primo-infection, de tuberculose, enfin d'une GEU antérieure.

L'interrogatoire recherche les signes sympathiques de la grossesse : nausées, vomissements, douleurs épigastriques, tensions mammaires, troubles de transit à type de diarrhée, ténésmes.

Examen Physique

Il va fournir dans le cas typique des éléments importants en faveur du diagnostic. Il doit être fait avec douceur pour ne pas précipiter la rupture.

Inspection : L'inspection ne montre aucune anomalie. Cependant, en cas de grossesse avancée, on peut noter une paroi abdominale soulevée par un utérus augmenté de volume= ballonnement sus pubien.

Palpation : Elle est pratiquée après avoir vidée la vessie et le rectum, elle révèle une douleur unilatérale à la partie basse de la fosse iliaque. Il n'y a pas de défense abdominale, pas de contracture abdominale.

Examen au spéculum : Les parois vaginales et col sont violacés et sains macroscopiquement. Du sang noirâtre sépia provient de l'utérus.

Le toucher vaginal : Temps capital pour l'affirmation du diagnostic. Il sera combiné au palper hypogastrique, on note :

- Le col est ramolli, douloureux à la mobilisation souvent entre-ouvert.
- L'utérus est ramolli, augmenté de volume mais son volume est plus petit pour l'âge de la grossesse.

- Une masse latéro-utérine : unilatérale, douloureuse, séparée de l'utérus par un sillon, mobile, molle de volume variable.
- Douglas libre et indolore avant tout accident hémorragique. Il ne faut pas prolonger ce toucher pour ne pas précipiter la rupture de la GEU.

Le toucher rectal : Il confirme l'existence de la masse latéro-utérine.

Au terme de cet examen, il faut mettre la patiente au repos et sous surveillance stricte. Il faut mettre également en route les examens complémentaires pour confirmer le diagnostic et intervenir avant toute complication.

5.2 Les examens complémentaires

Plusieurs examens complémentaires ont été proposés dans le but de diagnostiquer les GEU soit à un stade jeune ou à un stade avancé pour les zones où les structures sanitaires ne sont pas assez développées. Ils sont de valeurs inégales : certains n'apportent qu'un argument de plus ou de moins à l'étude clinique. D'autres au contraire donnent des réponses précises de nidation extra utérine.

5.2.1 Les tests immunologiques de grossesse

Ces tests de grossesse permettent d'authentifier la notion de grossesse, sans préciser le siège. Il n'est évocateur que s'il est nettement ou faiblement positif.

Le dosage de l'HCG utilisant les anticorps monoclonaux, n'est sensible qu'à 50 ou 70 unités, il est positif dès le 1^{er} jour de la grossesse avant le retard des règles.

Ils peuvent parfois être faussés par une protéinurie importante, une hématurie, une hémoglobinurie, ou une bactériurie.

5.2.2 Le dosage quantitatif de l'HCG plasmatique

L'hormone gonadotrophine chorionique est une hormone peptidique sécrétée spécifiquement par le trophoblaste. Elle est donc spécifique de

la grossesse en dehors des cas rares de sécrétion par une tumeur de type chorio-épithéliome.

Le dosage sanguin par méthode radio immunologique ou immuno enzymologique peut être obtenu en 2 ou 3 heures. Il est spécifique et très sensible. La limite de détection est de 5 mUI/ml.

Un dosage inférieur à ce chiffre permet d'exclure le diagnostic de grossesse.

L'HCG est retrouvée dans le sang maternel dès le 10^{ème} jour post ovulatoire. Son taux dans les grossesses normalement évolutives double tous les deux jours au cours du premier mois.

Quand ce taux atteint 3500 mUI/ml on doit normalement voir un sac ovulaire en échographie abdominale.

En échographie vaginale, le sac est visible avec des taux situés entre 500 et 10000 mUI/ml.

En cas de GEU, les taux sont très variables, pouvant être normaux ou au contraire à peine positifs.

Les variations de taux peuvent prendre toutes les allures bien que la stagnation soit fréquente. Seul un taux négatif permet d'exclure à priori le diagnostic de GEU.

5.2.3 L'Echographie

C'est un examen utile et anodin. Elle peut se faire par voie abdominale et un sac ovulaire intra-utérin est visible à partir de la cinquième semaine d'aménorrhée. On doit cependant préférer la voie vaginale, le sac ovulaire étant visible dès la quatrième semaine.

La sémiologie échographique conduisant au diagnostic de grossesse extra-utérine comprend l'analyse de 5 points successifs :

- Non-visualisation d'un sac gestationnel intra utérin ;
- Analyse de la caduque ;

- Analyse du corps jaune et de l'ovaire actif en sachant que la grossesse extra utérine est habituellement située presque au voisinage immédiat du corps jaune ;
- Analyse d'une masse annexielle anormale habituellement voisine de l'ovaire, très proche de celui-ci (habituellement moins de 1 cm). Cette masse peut être un sac gestationnel typique constitué par une couronne échogène ou une masse échogène hétérogène correspondant à un hématosalpinx ;
- Hématocèle- hémopéritoine : ces images sont devenues plus rares, l'évaluation de l'hémopéritoine est faite par la mesure de l'épanchement dans le cul-de-sac de Douglas dans les 3 plans de l'espace.

5.2.4 Coelioscopie

Elle reste un examen capital dans la séquence diagnostique qui apporte une réponse dans la presque totalité des cas. Elle doit, sauf contre indication et même devant un tableau très évocateur, toujours précéder la laparotomie, exceptée, bien entendu, si l'on est en présence d'un hémopéritoine évident.

La coelioscopie montre la GEU sous forme d'un renflement violacé, allongé dans le sens de la trompe avec écoulement de sang de couleur brunâtre par le pavillon et présence de quelques millilitres de sang noirâtre dans le cul-de-sac de douglas.

- Les faux négatifs sont exceptionnels (0,01%) : il s'agit des formes ultra précoces à peine visibles : seul l'opérateur expérimenté notera une coloration bleutée, appréciera un ressaut au palpateur ou recherchera une asymétrie du fond (grossesse interstitielle).
- Les faux positifs sont rares (1,6%). Ils sont liés en général à une mauvaise vision du pelvis.

La coelioscopie à deux avantages essentiels :

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

- Elle permet le diagnostic précoce à un stade de GEU non rompue, (ce qui augmente le nombre de GEU rompue, d'intérêt pronostique.

5.2.5 Ponction trans-pariétale (trans-abdominale)

La ponction trans-abdominale n'a pas d'intérêt dans le diagnostic des GEU non rompues. Il peut être d'un apport utile en cas de grossesse extra utérine rompue. Elle est positive lorsque la ponction ramène un liquide sanglant incoagulable et renseigne sur l'existence d'un hémopéritoine.

5.2.6 Ponction de Douglas

Faite sous anesthésie générale, elle n'a de valeur que si elle est positive et ramène du sang incoagulable. En cas d'hémopéritoine important, elle permet de recourir d'emblée à la laparotomie.

5.2.7 L'hémogramme et le groupage rhésus

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

5.3 Formes cliniques

5.3.1 Rupture cataclysmique de la GEU (Inondation péritonéale)

L'urgence abdominale est facilement reconnue chez une femme jeune, qui a ressenti une douleur hypogastrique brutale, atroce, rapidement suivie d'épisodes de syncope.

L'examen général met en évidence un état de choc en rapport avec un hémopéritoine.

L'abdomen est parfois tympanique avec une défense pariétale et une matité dans les deux flancs, et le cri de l'ombilic. Le Toucher Vaginal provoque le classique <<cri de Douglas>>

La grossesse ectopique est rarement perçue.

La ponction du cul de sac de Douglas ramène du sang incoagulable.

La laparotomie salvatrice confirme l'hémopéritoine consécutif à une rupture tubaire ou à un avortement tubo-abdominal.

5.3.2 La forme pseudo tumorale (Hématocèle ancienne)

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

- Des troubles compressifs vésicaux ou rectaux (rétention d'urine et des matières fécales : pollakiurie, ténesme, épreintes.)
- Une fébricule et un sub-ictère qui évoquent l'existence de l'hématome.

A l'examen, l'on perçoit une masse pelvienne plus au moins sensible.

Le dosage de la β -HCG peut être négatif (<10 mUI/ml) en absence d'activité trophoblastique.

A l'échographie, se dessine une tumeur pelvienne mal limitée d'aspect hétérogène.

Le diagnostic sera établi par coelioscopie ou laparotomie.

5.3.3 La grossesse abdominale évoluant au-delà du 5^{ème} mois

Les particularités cliniques sont les suivantes :

- Douleurs abdominales lors des mouvements fœtaux,
- Les métrorragies sont possibles avec expulsion de caduque. L'examen est peu concluant, à quelques nuances près, il existe souvent une présentation pathologique,
- La palpation perçoit directement le fœtus sous la peau sans interposition myométriale,
- Le Toucher Vaginal note la présence d'une masse ronde, ferme et contractile (l'utérus non gravide).

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

Seule la laparotomie permet l'extraction du fœtus.

Aspects épidémiologique, clinique et pronostique de la GEU au CS Réf de la CV

5.3.4 La forme pseudo abortive

Les métrorragies sont au premier plan, accompagnées de douleurs pelviennes vives de survenue brusque. Elle est fréquente, avec des hémorragies importantes.

L'expulsion de débris de caduque, que l'on peut prendre pour le placenta, déroute mais au toucher vaginal le col reste fermé, l'utérus plus petit pour l'âge de la grossesse.

On peut sentir une petite masse latéro-utérine douloureuse.

Il faut savoir penser à la GEU lors d'un curetage qui ne ramène que peu de produit, et refaire un toucher vaginal en profitant du relâchement musculaire dû à l'anesthésie générale.

Il faut y penser encore lorsque l'examen histologique des débris de curetage montre une transformation déciduale sans villosités, des atypies d'ARIAS STELLA.

La grossesse cervicale, se présente cliniquement comme une fausse couche très hémorragique avec au toucher vaginal l'impression d'un gros col.

Le curetage évacuateur ne suffit pas à assurer l'hémostase qui n'est souvent obtenue que par cerclage du col ou une hystérectomie.

5.3.5 La forme simulant une salpingite avec des douleurs à type de coliques

La fièvre, une hyperleucocytose et une absence de métrorragies posent des problèmes. A l'examen le Toucher Vaginal découvre une masse latérale, douloureuse avec un empâtement péri-utérin. Dans ce cas il est très difficile de se prononcer entre une salpingite et une GEU.

Le signe de NARD aide au diagnostic : c'est la constatation à jour frisant d'une voussure sus ombilicale unilatérale devant une infection aigue récente. Cette voussure signe presque toujours une hématocele.

La comparaison des courbes d'hyperleucocytose et de température, l'accentuation de l'anémie, la positivité du taux d'HCG doivent faire pratiquer une coelioscopie qui rectifiera le diagnostic.

5.3.6 La GEU qui persiste après IVG

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

5.3.7 La grossesse dans la corne borgne d'un utérus pseudo unicorne

Cette variété de grossesse implantée en dehors de la cavité utérine normale n'est généralement découverte qu'à l'occasion de la rupture cataclysmique de la corne borgne.

Il s'agit d'une patiente enceinte après une période de stérilité plus au moins longue, souffrant depuis plusieurs années de dysménorrhée, qui consiste en des douleurs pelviennes associées de manière inconstante à des métrorragies. La masse annexielle est peu douloureuse.

L'échographie est faussement rassurante, car elle montre un sac chorionique entouré d'un manteau myométrial (diagnostic différentiel impossible avec une grossesse dans un utérus fibromateux ou bicorne).

Même à la cœlioscopie, le diagnostic peut être méconnu si une observation rapide du pelvis ne remarque pas de corne gravide qui est distincte de l'utérus auquel elle est reliée par un cordon fibreux au niveau de l'isthme.

L'évolution d'une grossesse dans une corne borgne connaît trois modalités :

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

5.3.8 L'association grossesse extra utérine et intra utérine

Cette association classiquement rare, semble cependant plus fréquente en cas d'induction de l'ovulation par HMG+HCG. Il s'agit d'un tableau de menace d'avortement avec masse annexielle douloureuse. La présence

du sac gestationnel intra utérin sur les coupes ultrasonores risque d'être faussement rassurante.

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

Ces aspects atypiques pourraient être multipliés à l'infini, tant la GEU est une grande simulatrice de toutes affections gynécologiques [4]. Les ultrasons, l'HCG, et surtout la coéloscopie permettent d'arriver au diagnostic.

5.4 Diagnostic

5.4.1 Diagnostic Positif

Toute femme en période d'activité génitale présentant une aménorrhée associée à des métrorragies, une douleur unilatérale et une masse annexielle à l'examen pose le diagnostic clinique d'une GEU.

Un utérus vide et une masse annexielle parfois un embryon avec une activité cardiaque à l'échographie et les β HCG positifs sont des signes permettant de poser le diagnostic para clinique d'une GEU.

5.4.2 Diagnostic Différentiel

Se fait avec :

Les autres causes de métrorragie du 1^{er} trimestre de la grossesse

➤ couche Fausse spontanée

Métrorragies abondantes, rouges avec des caillots. Au Toucher Vaginal le col est ouvert, la taille de l'utérus est en rapport avec l'âge de l'aménorrhée et le col perméable à un doigt. Dans ce cas, un traitement évacuateur et hémostatique permet d'arrêter les saignements.

➤ Hématome décidual marginal

Dans ce cas aussi l'hémorragie est présente, mais l'hématome décidual marginal provient d'une déchirure des veines utéro placentaires

marginales. Il survient sur un placenta latéral bas inséré et se traduit par un caillot marginal avec décollement limité et sans retentissement fœtal.

➤ **La grossesse molaire**

On a une exagération des signes sympathiques. A l'examen clinique l'utérus à la taille supérieur à l'âge normal de la grossesse avec des kystes ovariens bilatéraux. Une échographie réalisée montre une image en frais de grenouille ou en en flocon de neige.

Les masses pelviennes

➤ **Tumeur de l'ovaire**

Les signes sont discrets, qui vont se manifester par des troubles de cycle à type de métrorragies, algie pelvienne parfois trouble de compression ; augmentation progressive du volume de l'abdomen avec ou sans ascite.

➤ **Rupture hémorragique du kyste folliculaire**

C'est un syndrome abdominal aigue avec disparition du kyste. Présence d'un épanchement abondant (signe de flot, de glaçon, cri de l'ombilic, cri de Douglas).

➤ **Torsion d'annexe**

Dans ce cas il n'ya pas de signe de grossesse, le test de grossesse est négatif. Au Toucher Vaginal il y'a un sillon entre la masse et l'utérus. Une échographie ou la coelioscopie confirme le diagnostic.

Les pathologies infectieuses

➤ **Annexite**

Il n'y a pas d'aménorrhée, on note une fièvre et une hyperleucocytose. Les pertes cervicales sont purulentes.

➤ **Syndrome appendiculaire**

Evoqué devant une fièvre, des troubles digestifs à type de vomissements, la douleur au point de Mac Burney et une hyperleucocytose. Le cycle est tout à fait normal.

Aspects épidémiologique, clinique et pronostique de la GEU au CS Réf de la CV

5.5 Conduite pratique

Le praticien doit se confronter avec les signes cliniques, le dosage quantitatif d'HCG, et les résultats de l'échographie avant de décider d'une hospitalisation pour coelioscopie et traitement.

L'association d'un dosage d'HCG positif avec un utérus vide d'écho, (qu'il y ait ou non des signes échographiques latéraux utérins) évoque le diagnostic de GEU.

La visualisation d'un œuf intra utérin exclut le diagnostic de GEU sauf association (très rare) de grossesses extra et intra-utérine.

Un taux faible d'HCG associé à des signes échographiques discutables doit faire discuter une coelioscopie.

Pour en décider, on tiendra compte :

- ❖ De la clinique : Antécédents de GEU, de FIV, de chirurgie tubaire, port d'un stérilet ; signes cliniques évocateurs avec lipothymies ;
- ❖ Des signes échographiques : masse latéro-utérine douloureuse, hémopéritoine

Il peut paraître licite de patienter si on pense qu'il peut s'agir d'une grossesse intra utérine plus jeune que prévue mais un sac intra utérin doit apparaître à l'échographie vaginale dès que le taux d'HCG dépasse 2000 à 3000 UI/ml. De même si on pense qu'il s'agit d'une fausse couche atypique. Une chute de plus de 86% du taux d'HCG en 72 heures, une stagnation du taux, à plus forte raison toute ascension doit faire revoir le diagnostic. Mieux vaut une coelioscopie blanche qu'une hémorragie cataclysmique qui peut être fatale à la mère (6% des morts maternelles) [18].

6. Traitement de la grossesse extra utérine

6.1 Traitement curatif

6.1.1 But

- Assurer l'hémostase
- Prévenir les récives

6.1.2 Moyens

Chirurgicaux

Rappelons que deux temps sont systématiques dans la chirurgie de la GEU (que celle-ci soit réalisée par coelioscopie ou par laparotomie) :

Une large toilette péritonéale : celle-ci permet, en coelioscopie, d'obtenir les bonnes conditions vidéo et quelle que soit la voie d'abord, d'éviter les greffes trophoblastiques ;

L'exploration pelvienne : il faut en effet vérifier immédiatement les deux annexes, la trompe controlatérale peut être en effet être absente (antécédent de GEU ou trompe unique) et il serait préjudiciable de réaliser une salpingectomie et de s'apercevoir secondairement de l'absence de trompe controlatérale !

On pratique soit :

- Une chirurgie conservatrice
- Une chirurgie radicale

Le traitement chirurgical radical : La salpingectomie est débutée au niveau de l'isthme tubaire, puis l'opérateur remonte le long de la trompe jusqu'à l'artère tubaire qui est coagulée puis sectionnée. La pièce est ensuite extraite par l'un des trocarts ou par l'intermédiaire d'un sac qui sera sorti après agrandissement d'une incision sus pubienne. Le contenu tubaire peut être préalablement aspiré afin de diminuer le volume à extraire.

Le traitement chirurgical conservateur : Il peut être de trois types : pour certains la technique dépend de la localisation de la GEU ; pour d'autres la salpingotomie est réalisable, que la GEU soit isthmique, ampullaire ou fimbriale. Pour ces derniers, le siège n'influe pas sur le taux de succès de la salpingotomie.

La salpingotomie est une incision réalisée sur le bord antimésial de la trompe sur la partie proximale de la GEU en utilisant un bistouri froid (par laparotomie) ou la pointe d'un crochet mono polaire en section (par coelioscopie). Une fois la trompe incisée, la GEU est hydro disséquée, puis la trompe irriguée avec le sérum. L'hémostase est réalisée à la pince de Bakey (par laparotomie) ou à la pince bipolaire (par coelioscopie). La salpingotomie n'est pas suturée, elle cicatrise spontanément. L'expression tubaire est le traitement des GEU pavillonnaires.

L'intérêt de la résection tubaire segmentaire proposée par certains dans les GEU isthmiques est discuté, de nombreuses équipes préférant utiliser une salpingotomie.

Le traitement conservateur comporte en effet un risque de persistance du trophoblaste, et impose un suivi de tous les traitements conservateurs par les dosages de β -HCG réalisés une fois par semaine. Une augmentation ou une stagnation du taux d'HCG permet de diagnostiquer cette complication. En cas de diminution de l'HCG, on peut analyser la vitesse de décroissance en reportant les chiffres sur les courbes de référence.

Les facteurs qui augmentent le risque de persistance du trophoblaste sont : une taille de GEU de moins de 2cm, un traitement très précoce (avant 42 jours d'aménorrhée), un taux de HCG supérieur à 3000UI/L en préopératoire.

Un traitement prophylactique peut être réalisé. La persistance du trophoblaste pouvant entraîner des saignements potentiellement létaux, ce traitement prophylactique doit être évoqué à chaque fois qu'un traitement conservateur est réalisé, si la compliance de la patiente est mise en doute.

Le traitement curatif des persistances repose sur le Méthotrexate qui, utilisé à la dose de 50mg/m², a une efficacité de 100%.

La réalisation d'une salpingotomie expose également la patiente au risque de saignement per opératoire qui conduit à réaliser une salpingectomie d'hémostase.

Le traitement coelioscopique représente par ailleurs une économie majeure par diminution du temps d'hospitalisation et par une reprise plus rapide des activités professionnelles. Elle offre aussi un moindre préjudice esthétique.

Médicamenteux

Il existe différents moyens de traitement médicamenteux :

Le Méthotrexate : Le méthotrexate (MTX) est un antagoniste de l'acide folique, il inhibe la dihydrofolate réductase, enzyme nécessaire à la conversion de l'acide dihydrofolique, en acide tétrahydrofolique ; cela inhibe la synthèse des bases purines, empêchant ainsi la synthèse de l'ADN et inhibant la multiplication cellulaire.

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

Trois (3) schémas thérapeutiques sont possibles : traitement intramusculaire mono dose, traitement intramusculaire multi doses, et injection in situ.

- Le traitement par injection répétées : comporte quatre injections intramusculaires de 1 mg/kg de MTX à j0, j2, j4 et j6, avec des injections intramusculaires de 0,1 mg/kg d'acide folinique à j1, j3, j5, j7 à j14, aucun autre médicament n'est prescrit. Un dosage d'HCG est réalisé à j14 et un échec est défini par un taux de β -HCG supérieur à 40% du taux initial.
- Le traitement par injection unique : est constitué d'une injection en intramusculaire à j1 de 50 mg/m².

Aspects épidémiologique, clinique et pronostique de la GEU au CS Réf de la CV

Un taux d'HCG est réalisé à j4 et j7. L'échec est défini si les β -HCG n'ont pas diminué de 15% ou plus à j7 par rapport au taux de j4. En cas d'échec une deuxième injection est réalisée. Si les β -HCG ont diminué de 15% ou plus, le dosage est répété chaque semaine jusqu'à l'obtention d'un taux inférieur à 15UI/L.

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

- Le traitement peut également être réalisé par injection in situ : sous contrôle écho guidé ou sous coelioscopie (n=660). On injecte alors in situ 100 mg de MTX. Le taux d'efficacité est 76% et les taux de GIU, de perméabilité tubaire et de récurrence de GEU ne sont pas améliorés. L'avantage théorique de cette voie d'administration est de diminuer les effets secondaires du MTX.

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

Mesures de Réanimation

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

6.3 Indication

- Le traitement chirurgical : il est indiqué dans plusieurs situations :
 - la rupture tubaire, que celle-ci soit suspectée cliniquement (syncope, défense, Blomberg, scapulalgie), biologiquement (anémie) ou échographiquement (épanchement péritonéal abondant) ;
 - les GEU avec β -HCG à 10000UI/L ;

- les GEU avec activité cardiaque ;
- les GEU hétérotopiques
- les grossesses abdominales
- en cas de patiente non compliant (suivi par β -HCG impossible) ;
- en cas de récurrence de GEU ;
- si le diagnostic nécessite la réalisation d'une coelioscopie.

L'indication du traitement coelioscopique conservateur repose essentiellement sur 4 critères :

- l'opérabilité de la grossesse extra utérine ;
- l'évaluation du risque d'échec ;
- le désir de grossesse ultérieure ;
- le pronostic de fertilité qui doit tenir compte de la probabilité d'une grossesse intra utérine, du risque des récurrences de grossesse extra utérine.

La salpingectomie est actuellement recommandée en cas :

- de saignement incontrôlable (échec de salpingotomie ou rupture tubaire) ;
- de récurrence homolatérale de GEU ;
- dans les rares cas où la trompe porteuse de la GEU est visiblement lésée, alors que la trompe controlatérale est saine et perméable.

Un taux de β -HCG initial de plus de 8000UI/L doit faire, pour certains, préférer la salpingectomie.

La salpingotomie est recommandée chez les femmes qui n'ont qu'une trompe.

En absence de lésions tubaires, les avis sont divergents : pour les uns, le risque élevé de récurrence de GEU doit faire préférer la salpingectomie ; alors que pour les autres, le taux de grossesse plus élevé doit faire préférer la salpingotomie.

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

L'absence de contre- indication au méthotrexate est nécessaire.

6.4 La prévention

Elle consiste à faire la prévention :

- Des infections sexuellement transmissibles ;
- Des interruptions volontaires des grossesses.

II.METHODOLOGIE

II Méthodologie :

1 Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako.

1.1 Description du centre de santé de référence de la commune V :

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako : communes I, II, III, IV, V, VI.

C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le centre de santé de référence de la commune V (service socio sanitaire de la commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales. Dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de la population et conformément au plan de développement socio sanitaire de la commune (P.D.S.C), la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour 10 aires de santé (10 CSCOM). Sur les 10 aires, 9 centres de santé communautaires sont fonctionnels et le centre de santé de la commune V a été restructuré.

A la faveur de l'essor du centre, par ses bonnes prestations il fut choisi en 1993 pour rester le système de référence décentralisé. Toujours dans le cadre de la politique sectorielle de santé, le mode de fonctionnement interne du centre qui fut un succès a fait de lui un centre de santé de référence de la commune V et partant de ce succès le système de référence a été instauré dans les autres communes du district.

En 1997 Le centre de santé de référence de la commune V a reçu le prix de « CIWARA D'EXCELLENCE » décerné par L'IMCM pour ses bonnes

performances dans les activités gynécologiques et obstétricales. En 1999 le médecin chef du centre de santé de référence de la commune V a reçu un diplôme honorifique du ministère de la promotion féminine, de la famille et de l'enfant pour son engagement en faveur de la promotion de la santé de la femme et de l'enfant. Il a reçu la même année la médaille de chevalier de l'ordre national du Mali.

Le prix Tara Boré a été attribué au Médecin chef par l'épouse de chef de l'état pour son activité en faveur de la maternité à moindre risque, le 14 juillet 2011. Le centre comporte plusieurs services et unités dont :

- Un bureau des entrées.
- un service de médecine générale.
- La chirurgie générale.
- Une unité de Pédiatrie.
- L'odontostomatologie.
- Une unité d'ophtalmologie.
- L'ORL.
- L'USAC pour le suivi des personnes vivantes avec le VIH/SIDA.
- Une unité d'imagerie.
- L'unité antituberculeuse.
- Un laboratoire d'analyse.
- Une pharmacie.
- Une cantine.
- Un service d'hygiène.
- Une salle d'informatique.
- Deux box de consultation externe.
- Une salle de staff.
- Un service de Gynécologie obstétrique.
- deux blocs opératoires fonctionnels.

- Une morgue.
- Une mosquée.
- Des toilettes externes pour les malades.
- Un bureau de comptabilité.

1.2 Description du service de gynécologie obstétrique :

Le service est situé à l'aile sud du centre de santé de référence de la commune V ; il est constitué de :

- Une salle d'accouchement avec 4 tables.
- Une salle d'attente avec 2 lits.
- Une salle de surveillance du post-partum avec 6 lits.
- Une unité de grossesses à risque et de suites de couches constituée de 4 salles d'une capacité de 18 lits.
- Une unité de néonatalogie et mère kangourou.
- Une unité de planification familiale (PF).
- Une unité de PEV.
- Un bureau pour la sage femme maîtresse.
- Une unité de soins après avortement (SAA).
- Une unité de consultation prénatale (CPN) et de prévention de la transmission mère enfant (PTME) du VIH-SIDA.
- Une salle de consultation externe pour les urgences gynécologiques et obstétricales.
- Une salle des internes.
- Une salle de garde pour les infirmiers.
- Une salle de consultation externe pour les médecins gynécologues obstétriciens et pour le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin.
- Une salle de garde pour les médecins du service.
- Une salle de consultation pour les anesthésistes réanimateurs.

- Deux blocs opératoires fonctionnels (un bloc pour les urgences et le second pour les interventions chirurgicales programmées).
- Une salle de réveil comprenant deux lits avec source d'oxygène.
- Une salle de stérilisation.
- 5 salles d'hospitalisation pour la chirurgie gynécologique et obstétricale d'une capacité de 25 lits.
- Un bureau pour le médecin chef du service.
- Un secrétariat pour le chef de service.

Ce service est dirigé par un professeur agrégé en gynécologie obstétrique, assurant par ailleurs la fonction de directeur du centre. Le chef de service assure la formation des D.E.S en gynécologie obstétrique et des étudiants des différents ordres sanitaires (FMPOS, IFSS et des secteurs privés).

1.3 Le Personnel : Il comporte :

- 5 médecins spécialisés en gynécologie obstétrique.
- Des résidents en gynécologie obstétrique pour le diplôme d'étude spéciale (DES).
- Des étudiants en année de thèse.
- Des sages-femmes.
- Des infirmières obstétriciennes.
- Des Aides-soignantes.
- Des médecins généralistes.
- Un pédiatre.
- Des techniciens supérieurs en anesthésie réanimation.
- Des instrumentistes.
- Des manœuvres.
- Des chauffeurs d'ambulance.
- Un major.

- La secrétaire du professeur.

1.4 Fonctionnement :

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les jours ouvrables.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les vendredis par des sages-femmes ayant reçu une formation dans le domaine.

Les consultations prénatales des personnes vivantes avec le VIH sida ; tous les mardis dans l'après-midi par le professeur TRAORE Mamadou.

Les consultations gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au jeudi par les gynécologues obstétriciens.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynéco obstétricales

Le bloc opératoire à froid fonctionne tous les jours ouvrables et est réservé aux interventions programmées.

Le bloc opératoire pour les urgences chirurgicales et gynéco obstétricales est fonctionnel vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des évènements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par le chef de service ou par un médecin gynécologue obstétricien.

Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSCOM, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS.

Au moins une séance d'audit de décès maternel à lieu une fois par mois.

2- Type d'étude :

Il s'agit d'une étude prospective transversale descriptive.

3- Période d'étude :

Elle s'étend du 1^{er} janvier au 31 décembre 2010.

4- Population d'étude :

L'étude a porté sur les femmes enceintes admises dans le service pendant la période d'étude pour grossesse extra utérine.

4.1 Critères d'inclusion :

Toutes femmes admises et prises en charge dans le service pour grossesse extra utérine.

4.2 Critères de non inclusion :

- GEU diagnostiquées et non prise en charge dans le service

5- La collecte des données :

Un questionnaire préétabli a permis de recueillir les renseignements nécessaires pour chaque patiente.

Les données ont été collectées à partir de l'interrogatoire, des dossiers des patientes, le registre d'admission et le compte rendu opératoire.

6- les variables :

Les variables utilisées sont : les facteurs socioéconomiques, la prise en charge et le pronostic maternel.

7- Saisie et analyse des données :

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel EPI-INFO version 6.04. Les graphiques ont été réalisés sur Excel, office 2003-2007 et le traitement de texte dans Word, office 2003-2007.

8- Définitions opératoires :

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

Salpingite : inflammation de la trompe.

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

La référence: c'est l'orientation d'une patiente vers un service de niveau supérieur sans notion d'urgence.

Salpingectomie : intervention chirurgicale qui consiste à l'exérèse de la trompe avec ou sans résection cunéiforme de la corne.

Salpingectomie partielle: intervention chirurgicale qui consiste à l'exérèse d'une portion de la trompe.

Hydrosalpinx : épanchement liquidien dans la trompe.

Gestité: c'est le nombre de grossesse.

- Primigeste : première grossesse ;
- Pauci geste : deux à trois grossesses ;
- Multi geste : quatre à cinq grossesses ;
- Grande multi geste : supérieure ou égale six grossesses.

Parité : c'est le nombre d'accouchement chez une femme.

- Nullipare : zéro accouchement ;
- Primipare : un accouchement ;
- Pauci pare : deux à trois accouchements ;

- Multipare : quatre à cinq accouchements ;
- Grande multipare : supérieure ou égale à six accouchements.

Traitement conservateur de la trompe : ou encore appelé salpingotomie, est une intervention chirurgicale qui consiste à une ouverture tubaire et à l'extraction de la grossesse extra utérine par aspiration le plus souvent.

Suites simples : les suites opératoires sont dites simples s'il n'y a pas eu de complication pendant la durée de séjour.

Suites compliquées : les suites opératoires sont dites compliquées en cas de suppuration pariétale ou de saignement ou d'autres complications directement imputables à l'intervention.

9- Considérations éthiques :

Ce travail sera mis à la disposition du personnel médical et cela pour le bien être des patientes afin que l'urgence dans la prise en charge de GEU soit comprise par tous. Aussi la confidentialité est préservée.

III.RESULTATS

RESULTATS

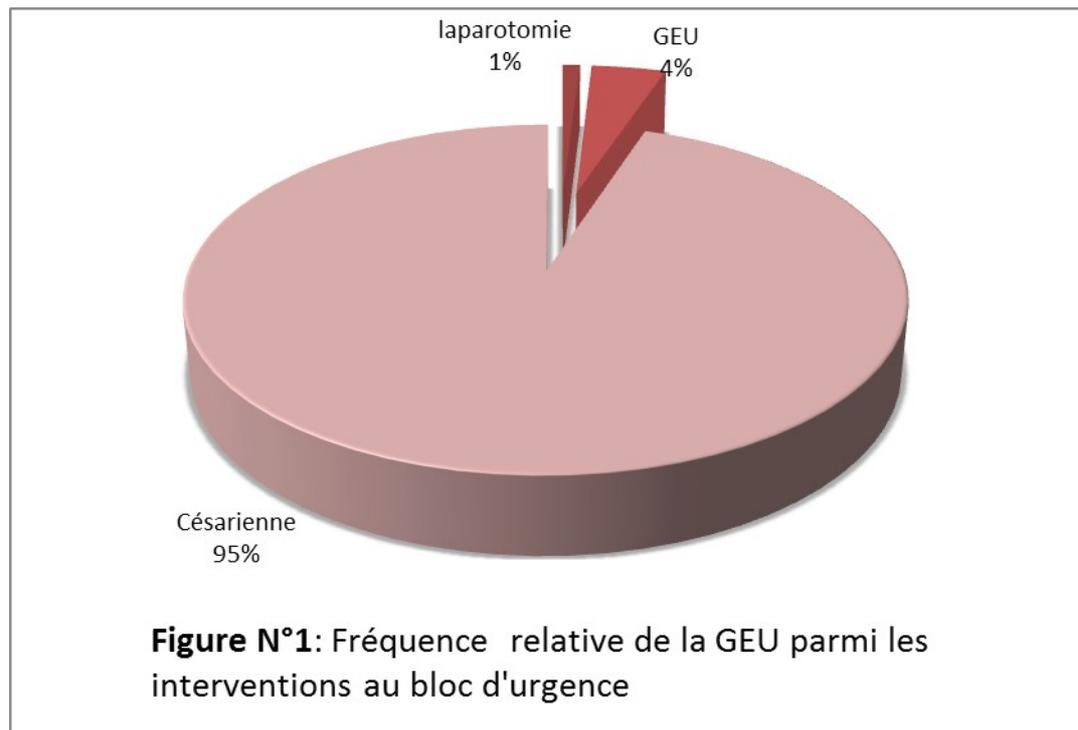
Aspects épidémiologique, clinique et pronostique de la GEU au CS Réf de la CV

1. Prévalence de la GEU :

1.1 Fréquence

Au cours de notre étude nous avons enregistré 85 cas de GEU pour 9436 grossesses, soit une fréquence de 0,90%.

1.2 Fréquence de la GEU parmi les interventions d'urgence



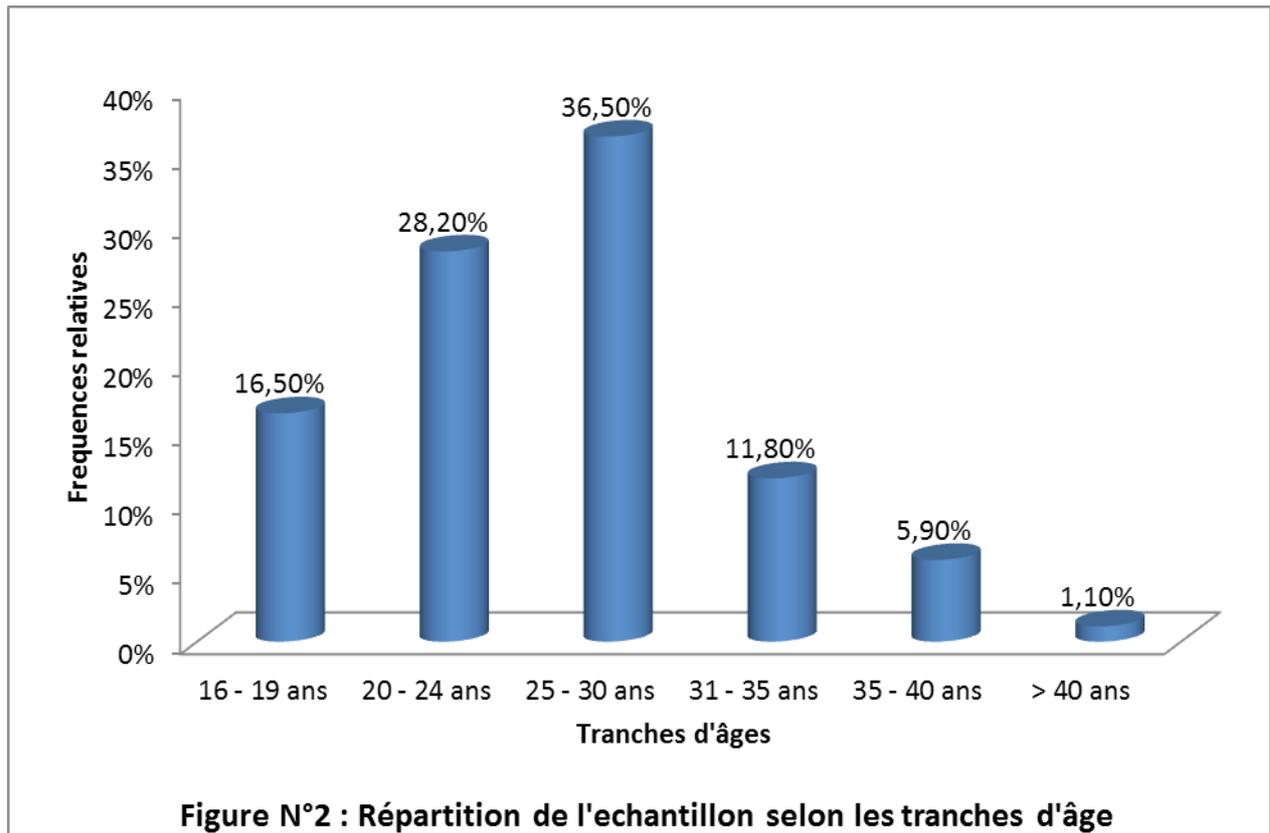
La GEU a concerné 4% des interventions au bloc d'urgence.

Laparotomie : Kyste de l'ovaire rompu, torsion de kyste de l'ovaire

2. les caractéristiques sociodémographiques :

2.1 L'âge

Aspects épidémiologique, clinique et pronostique de la GEU au CS Réf de la CV



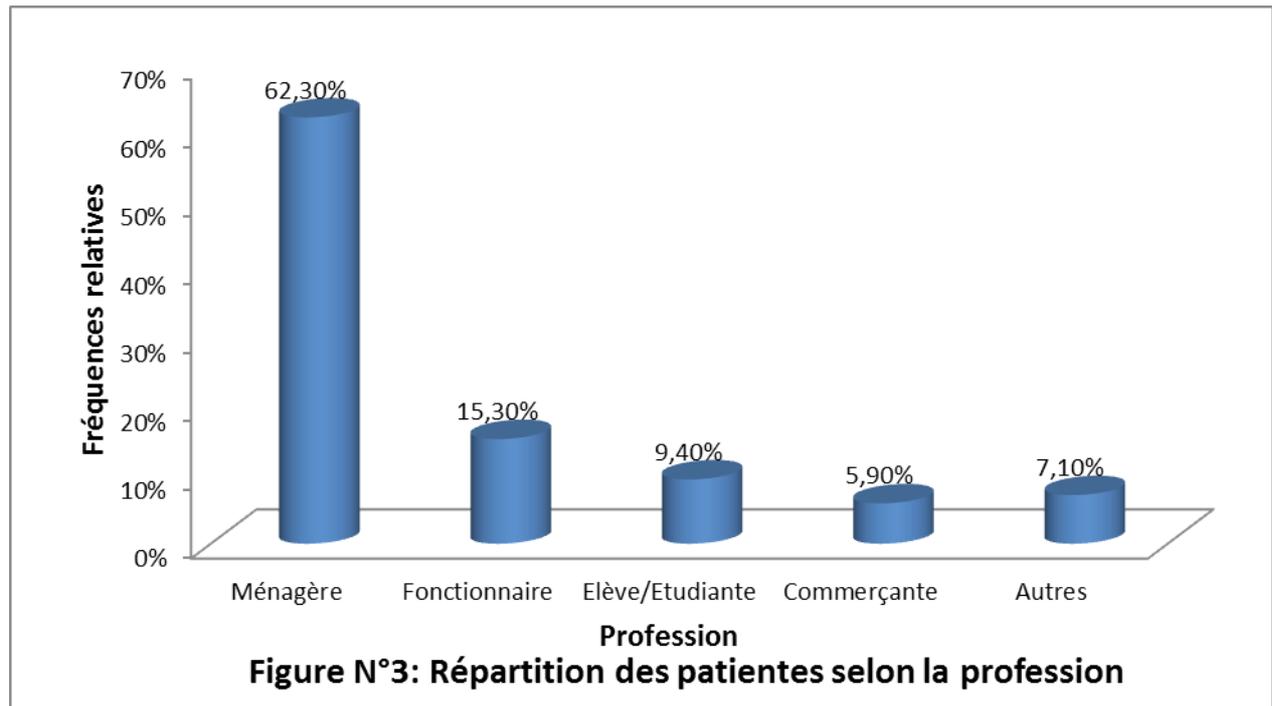
Les adolescentes de 16 à 19 ans représentaient 16,50%

Les âges extrêmes sont de 16 à plus de 40 ans.

La moyenne d'âge est de 24 ans.

La médiane est de 14.

2.2 La profession



Autres : teinturière, vendeuse, aide soignante

Fonctionnaire : enseignante, juriste, infirmière, secrétaire

2.3 Niveau d'instruction :

Tableau I : Répartition des GEU selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Fréquence
Non scolarisée	53	62,4%
Primaire	14	16,5%
Secondaire	11	12,9%
Supérieur	7	8,2%
Total	85	100%

Les non scolarisées représentaient 62,4%

2.4 Statut matrimonial

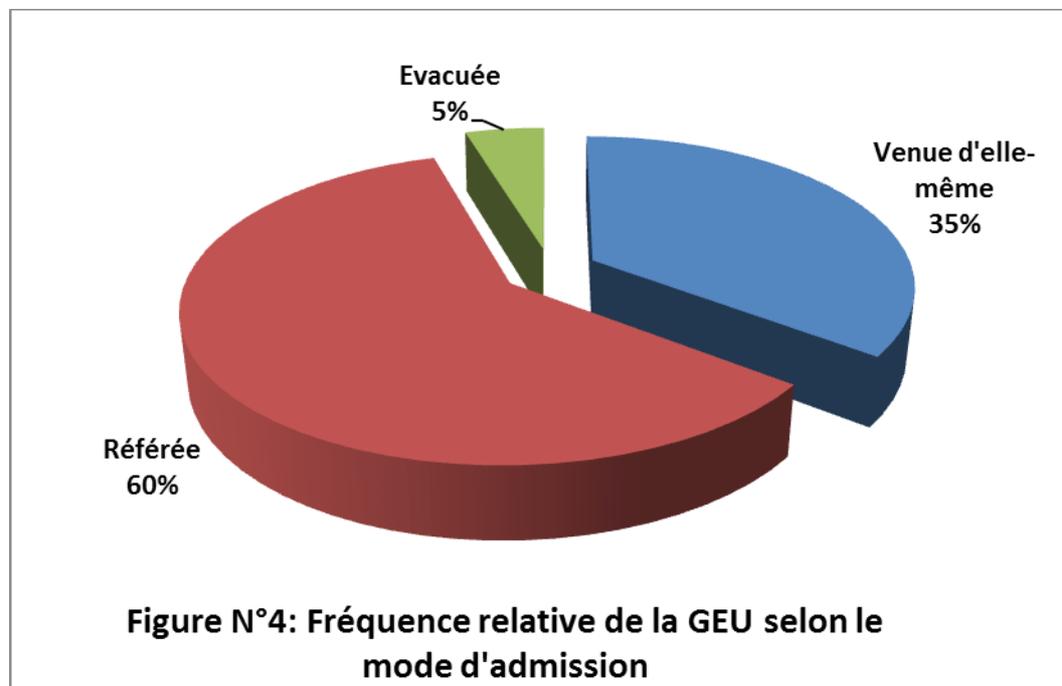
Tableau II : Répartition des GEU selon le statut matrimonial

Aspects épidémiologique, clinique et pronostique de la GEU au CS Réf de la CV

Statut matrimonial	Nombre de cas	Pourcentage
Mariée	70	82,4%
Célibataire	13	15,3%
Divorcée	2	2,3%
total	85	100%

82,4% des patientes admises pour GEU étaient mariées.

2.5 Mode d'admission



Dans 60% des cas les patientes étaient référées.

2.6 Motif de référence

Tableau III: Répartition des malades selon le motif d'admission

Motif d'admission	Nombre de cas	Pourcentage
Douleur abdominale	20	23,5%
G.E.U	55	64,7%
Métrorragies	10	11,8%
Total	85	100%

Tableau IV : Répartition selon la structure sanitaire qui a référée/évacuée

Lieu d'évacuation	Nombre de cas	Pourcentage
CSCOM	30	54,5%
Clinique	19	34,6%
CHU GT	1	1,8%
USAC	1	1,8%
Hors Bamako	4	7,3%
Total	55	100%

La majorité des références/évacuations était faite par les CSCOM (54,5%)

3 Antécédents

3.1 Antécédents chirurgicaux

Tableau V : Répartition des malades selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Nombre de cas	Pourcentage
Curetage (IVG)	7	8,2%
Salpingectomie	4	4,7%
Inconnu	6	7,1%
Total	17	20%

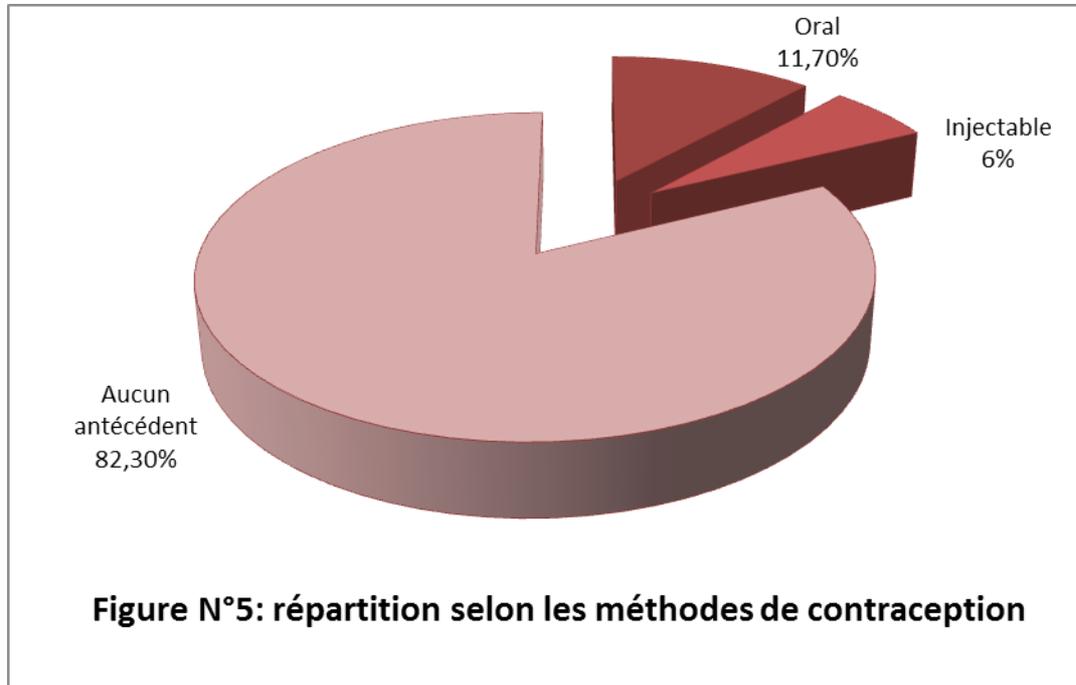
Chez 68 patientes soit 80% des cas on ne notait aucun antécédent chirurgical.

3.2 Antécédents gynécologiques

Tableau VI : Répartition des malades selon les antécédents gynécologiques

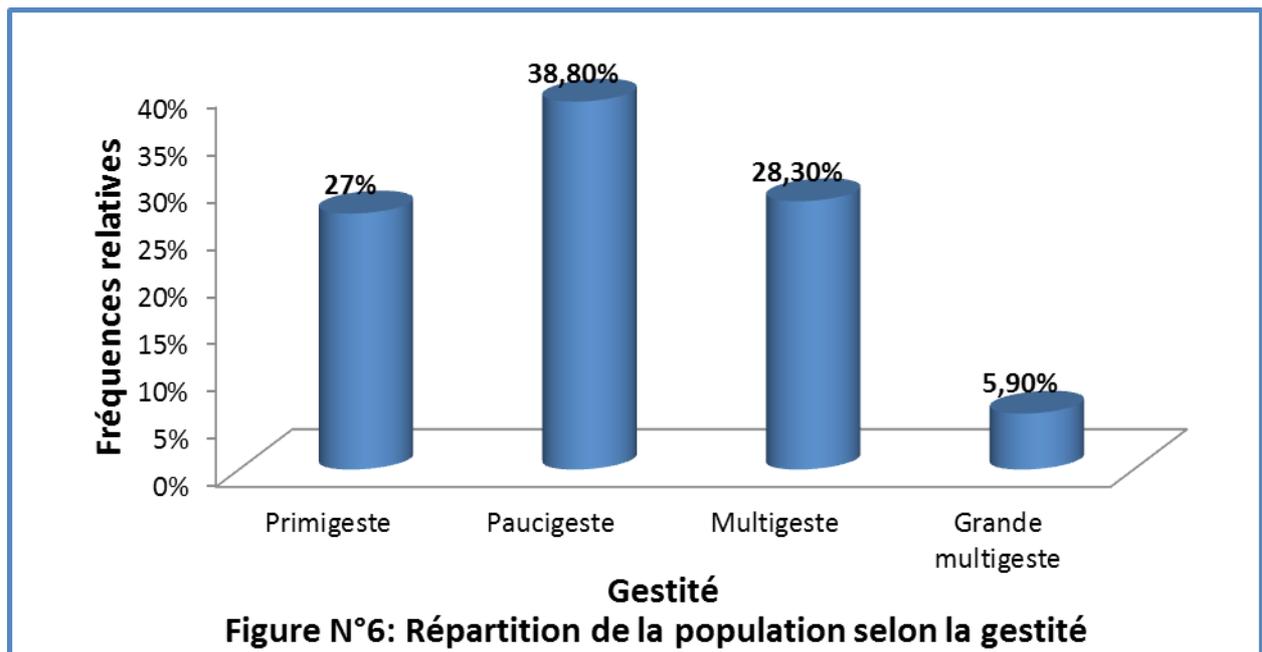
Antécédents gynécologiques	Avec Antécédents gynécologiques		Sans Antécédent gynécologique		Total
	Nbre de cas	Pourcentage	Nbre de cas	Pourcentage	
Dysménorrhées	26	30,6%	59	69,4%	100%
Méthode contraceptive	15	17,6%	70	82,4%	100%
Infections pelviennes	40	47%	45	53%	100%
Stérilité	7	8,2%	78	91,8%	100%
IST	58	68,2%	27	31,8%	100%
Avortement	27	31,8%	58	68,2%	100%

Méthodes de contraception



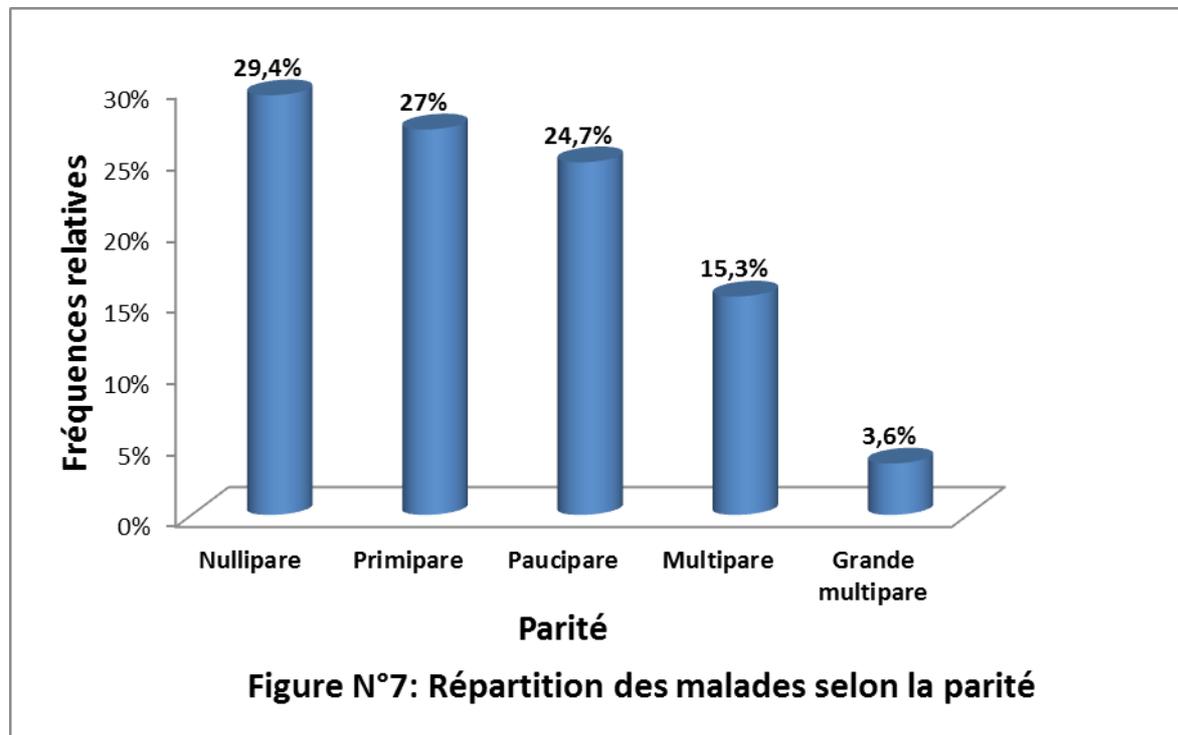
3.3 Antécédents obstétricaux

3.3.1 Gestité



Les paucigestes étaient les plus représentées (38,5%).

3.3.2 Parité



29,4% de nos patientes étaient des nullipares.

4 Méthodes diagnostiques

4.1 Cliniques

Tableau VII : Répartition selon les syndromes cliniques

Syndromes cliniques	Nombre de cas	Pourcentage
Métrorragies+ aménorrhée+ douleurs pelviennes	23	27,1%
Aménorrhée+ douleurs pelviennes	32	37,6%
Métrorragies+ douleurs pelviennes	26	30,6%
Douleurs abdominales isolées	4	4,7%

Total	85	100%
-------	----	------

4.2 Les examens complémentaires

Tableau VIII : Répartition selon les examens complémentaires effectués

Examens complémentaires	Nombre de cas	Pourcentage
Test urinaire de grossesse	78	91,8%
Dosage des β HCG	2	2,3%
Echographie	77	90,6%

4.3 Résultat des échographies

Tableau IX : Répartition selon le résultat de l'échographie

Résultat de l'échographie	Nombre de cas	Pourcentage
Sac gestationnel en extra utérin	21	27,3%
Hémopéritoine	42	54,5%
Utérus augmenté de taille	14	18,2%
Total	77	100%

L'échographie a mis en évidence un hémopéritoine chez 54,5% des patientes et un sac gestationnel en extra utérin chez 27,3% des patientes.

5 Aspects cliniques

Tableau X : Répartition selon les localisations des GEU à la laparotomie

Localisations	Droite	Gauche	Total	Pourcentage
Interstitiel	1	0	1	1,2%
Isthmique	1	1	2	2,3%
Ampullaire	49	32	81	95,3%
Abdominale	1		1	1,2%
Total	51	33	85	100%

Dans 95,3% des cas la GEU était ampullaire.

Tableau XI: Répartition selon les formes cliniques de GEU à la laparotomie

Formes cliniques	Nombre de cas	Pourcentage
Rupture ou fissuration de la paroi tubaire	79	92,9%
Grossesse abdominale	1	1,2%
Hématosalpinx	5	5,9%
Total	85	100%

Au cours de notre étude les GEU étaient rompues dans 92,9% des cas.

Tableau XII : Répartition des GEU selon l'état de la trompe controlatérale à la laparotomie

Trompe controlatérale	Nombre de cas	Pourcentage
Saine	71	83,5%
Hydrosalpinx	2	2,3%
Salpingectomie antérieure	4	4,7%
Endométriosique	2	2,3%
Adhérentielle	4	4,8%
Hématosalpinx	1	1,2%
Inflammatoire	1	1,2%
Total	85	100%

Plus de la majorité des trompes controlatérales étaient macroscopiquement normales (83,5%).

6. Traitement

6.1 La laparotomie

Tableau XIII: Répartition selon les gestes chirurgicales pratiquées

Gestes	Nombre de cas	Pourcentage
Annexectomie	1	1,2%
Salpingectomie totale	82	96,4%
Salpingectomie partielle	1	1,2%
Laparotomie pour GEU abdominale	1	1,2%
Total	85	100%

La Salpingectomie totale a été effectuée dans 96,4% des cas.

6.2 La transfusion

Tableau XIV : Répartition selon la transfusion

Transfusion	Nombre de cas	Pourcentage
Transfusées	16	18,8%
Non transfusées	69	81,2%
Total	85	100%

La transfusion était réalisée dans 18,8% des cas.

7. Evolution

Aspects épidémiologique, clinique et pronostique de la GEU au CS Réf de la CV

7.1 Suites opératoires

Tableau XV : Répartition selon les suites post opératoires

Suites post opératoires	Nombre de cas	Total
Simple	85	100%
Complicées	0	0

Les suites post opératoires ont été simples dans les 85 cas

7.2 Durée de séjour

Tableau XVI : Répartition selon la durée de séjour

Durée de séjour (jour)	Nombre de cas	Pourcentage
< 4 j	82	96,5%
4 – 7 j	3	3,5%
Total	85	100%

La durée de séjour de nos patientes était comprise entre 3 – 4 jours.

7.4 Anatomopathologie

Aspects épidémiologique, clinique et pronostique de la GEU au CS Réf de la CV

Tableau XVII : Répartition selon l'examen anatopathologique de la GEU

Anatomopathologie	Nombre de cas	Pourcentage
Salpingite chronique	64	85,33%
Salpingite sub aigue	7	9,34%
Pyosalpinx	3	4%
Etiologie inconnue	1	1,33%
Total	75	100%

La pathologie tubaire était en cause dans 98,67% des cas.

Le produit de conception était constitué de plages de villosités placentaires, et de cellules déciduales sans atypie cytonucléaire.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Fréquence de la GEU

Pendant la période d'étude nous avons enregistré **85** cas de GEU pour **9436** grossesses, soit une fréquence de **0,90%**, ce qui correspond à une moyenne d'une grossesse extra utérine pour **111** grossesses. La prise en charge des GEU dans les autres CS Réf et les structures sanitaires de la capitale a influencé cette fréquence.

YAYA D [15] rapportait une fréquence de **1, 89%** au CS Réf CV de 2005-2006 ;

GUENDEBA D [35] en 2005 trouvait une fréquence de **3%** au CHU Gabriel Touré.

BAH [13] en 1980 à l'hôpital du Point G, qui trouve une fréquence de **1%**.

Nous avons noté dans la littérature [**8, 9**] une augmentation progressive de la fréquence de la GEU au cours des années ceci s'expliquerait en partie par la propagation des facteurs de risque notamment les IST.

Dans les pays développés l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) a beaucoup contribué à l'augmentation de la fréquence de la GEU.

JOB-SPIRA de 1992- 1999 a trouvé une fréquence de **2%** en France [**12**].

L'âge moyen de nos patientes est de **24** ans avec des extrêmes de **16** et **40** ans. Les adolescentes de **16** à **19** ans représentaient **16,50%** ce qui compromet leur pronostic obstétrical. La tranche d'âge la plus touchée est celle de **25** à **30** ans avec **36,5%**.

Cette tranche d'âge est identique à celle retrouvée par :

YAYA D en 2005 au CS Réf de la CV et **GUEDEBA** en 2005 au CHU Gabriel Touré. Il faut savoir que la femme peut faire des GEU à tout âge de sa période d'activité génitale.

2. Mode d'admission :

Les évacuations ont représentées 65% de nos admissions tandis que 35% sont venues d'elles-mêmes. La plupart d'entre elles n'avaient pas bénéficié de la prise d'une voie veineuse et le groupage rhésus. Le non conditionnement des patientes entraîne un retard à la prise en charge dans le service d'accueil et compromet sérieusement le pronostic vital surtout si elles sont reçues dans un état de choc.

3. Les facteurs de risque :

3.1 Antécédents gynécologiques :

Nous avons noté un antécédent d'**IVG** chez **8,23%** avec curetage.

La plupart des IVG sont pratiquées dans des conditions insalubres entraînant des infections qui détériorent la qualité des trompes.

Les infections pelviennes et IST : sont les principaux facteurs de risque de la GEU dans notre étude avec **47%** et **68,2%** des cas. La salpingite chronique (85,33%), la salpingite subaigüe (9,34%), le pyosalpinx (4%) ont été diagnostiqués au cours de l'examen anatomopathologie pratiqué sur les pièces opératoires.

Les infections pelviennes sont les premières causes de GEU et doivent être recherchées et traitées chez toutes les femmes en activité génitale.

Plusieurs études ont montré une relation entre antécédent d'infection génitale et fréquence accrue des GEU. Ainsi pour **DIQUELOU [17]** et **DUBUISSON [18]** la sérologie Chlamydia est positive dans **52 à 69, 5%** des cas de GEU. Les antécédents d'**infection à Chlamydia trachomatis** semblent multiplier par deux le risque de GEU **[17,18]**.

MEIRIK [5] note que l'augmentation des GEU en SUEDE entre 1960 et 1970 a coïncidé avec l'augmentation de la l'incidence des salpingites.

Pour **MEYER [33]**, **69%** des pièces opératoires analysées, présentent une atteinte inflammatoire d'origine infectieuse.

Le traitement de stérilité : Dans notre étude **7** patientes sur 85 avaient été traitées pour stérilité soit **8,2%**.

Le traitement de stérilité apparait comme un facteur de risque important de GEU et est majoritairement causée par la chronicité des infections.

JUDLIN [1], VITSE [37] et WEINTSEIN [23] ont trouvé respectivement **18% ; 15,82% et 8,2%** de traitement de stérilité.

Notre taux est bas par rapport aux données de la littérature. Cette baisse s'explique par le fait que la stérilité n'est pas très souvent déclarée par nos patientes qui consultent pour douleur abdominale.

La Contraception

La Contraception hormonale :

Dans notre étude, **10** patientes sur 85 qui utilisaient une contraception par voie orale ont fait une GEU après arrêt de la contraception soit **11,77%**, et **5** patientes sur 85 qui utilisaient par voie parentérale ont fait une GEU soit **5,88%**. A noter que **70** sur 85 de nos patientes n'utilisaient pas une méthode de contraception soit **82,35%**.

3.2 Autres facteurs de risque

Antécédents obstétricaux :

La GEU semble être associée à une faible parité dans notre série. Les nullipares et les primipares ont représenté respectivement **29,4%** et **27%** par contre, les multipares et les grandes multipares sont les moins affectées **15,3%** et **3,6%**.

Dans la littérature, on remarque une fréquence plus élevée des GEU chez les multipares que dans la faible parité [**37, 38**].

Antécédents chirurgicaux :

Les antécédents chirurgicaux ont été notés chez **17** de nos patientes. Parmi ces antécédents nous avons noté **4** cas de salpingectomie pour GEU, **7** cas de curetage endo-utérin, et **6** cas de cause inconnue.

Notre taux de récurrence a été de 4,71%. Ceux de **BAH [13]** en 1980, **ISABELLE [38]** en 1992 et de **GUENDEBA [35]** sont respectivement de 12,4% ; 8,45% et 3,6%.

L'intervention chirurgicale sur le petit bassin a été notée chez **12,94%** des patientes dans notre série. Cette intervention favorise la survenue de GEU par les adhérences dont elle est génératrice.

4 Les manifestations cliniques :

Les patientes consultent en général lorsque l'évolution de la grossesse est anormale. Les douleurs sont signalées par 97,6% des patientes et les métrorragies par 29,4% des patientes. Lorsque la consultation se fait tardivement, les complications surviennent. Ainsi **92,9%** des GEU étaient rompues à la laparotomie et **18,82%** des patientes étaient en état de choc hypovolemique.

MOREAU [39] à Dakar en 1995, **YAYA [15]** au CS Réf de la CV en 2005 et **GUENDEBA [35]** au CHU GT en 2007 ont trouvé respectivement 90,3% ; 79,7% et 24,4% de taux de GEU rompue à la laparotomie

5 Les examens para cliniques :

Le test urinaire à l'HCG couplé à l'échographie abdominale ont été les deux (2) examens para cliniques de première intention dans **90,6%** des cas.

Le test urinaire à l'HCG a été fait chez 78 patientes soit **91,8%** ; il a été positif à 100%

L'échographie abdominale a été réalisée hors du Centre de Référence de la Commune V. Elle évoquait un sac gestationnel en dehors de la cavité utérine dans **27,3%** des cas et l'hémopéritoine dans **54,5%** des cas ce qui témoigne de la qualité moyenne de cet examen.

Pour **MEYE J. [5]** l'échographie réalisée dans 75,2% a mis en évidence un sac gestationnel en dehors de la cavité utérine. Le dosage des β HCG a été fait dans 37,3% des cas.

A chaque fois que le tableau clinique de la GEU n'était pas patent, la première démarche a été la demande d'une échographie abdominale.

Il faut préciser que dans certains cas le test urinaire de grossesse a été effectué après les résultats d'échographie douteux, pour une confirmation biologique.

6. Aspects opératoires

6.1 Localisation

La GEU était tubaire dans **98,8%** des cas, et abdominale dans **1,2%** des cas. Il n'y a pas eu de cas de localisation ovarienne ni de cas de grossesse hétérotopique.

La localisation était plus fréquente à droite dans **62,35%** qu'à gauche **38,82%** sans qu'on ne puisse donner une explication scientifique.

BOUYER [6] a trouvé **96,5%** pour la localisation tubaire, **3,2%** pour la localisation ovarienne et **1,3%** pour la localisation abdominale.

Cette tendance a été notée par **GUENDEBA [35]** avec 92,8% et **YAYA D [15]** avec 91,4%.

La grossesse abdominale est rare dans notre série. Selon **COHEN [40]** et **SETOUANI [41]** les grossesses abdominales restent exceptionnelles dans les pays à faible densité médicale. Sa fréquence est de 1 grossesse abdominale pour 7000 à 15000 accouchements dans les pays développés.

Dans notre étude nous avons 1 grossesse abdominale pour 8885 accouchements.

Pour **GUENDEBA [35]** elle est de 1 pour 1380 accouchements. Quand à **YAYA D [15].**, il a eu 1 grossesse abdominale pour 6784 accouchements.

6.2 Siège de la nidation

Dans notre étude sur **98,8%** de grossesses tubaires, la nidation était ampullaire dans **95,3%**, isthmique dans **2,3%**, et interstitielle dans **1,3%** des cas.

Les localisations endocervicale et intra ligamentaire n'ont pas été observées au cours de notre étude.

7. Traitement

Le traitement a été chirurgical pour les 85 patientes soit 100% des cas. La laparotomie demeure le moyen thérapeutique largement utilisé en Afrique.

La coelioscopie, traitement de référence de la GEU dans les pays développés, reste de pratique limitée en Afrique en raison du sous équipement et du recours tardif aux soins entraînant le diagnostic de GEU au stade de complications.

La salpingectomie a été totale dans **96,4%**. Cette technique est la plus pratiquée selon plusieurs auteurs [**13, 35, 38**].

La salpingectomie partielle représentait **1,2%** des cas. Elle est de **2,4%** pour **GUENDEBA [35]**, **8,6%** pour **BAH [13]**, et **11,32%** pour **ISABELLE [38]**.

L'annexectomie a été réalisée dans **1,2%** des cas. Elle est de **16,9%** pour **GUENDEBA [35]** et **1,88%** pour **ISABELLE [38]**.

La transfusion a été nécessaire dans **18,8%** des cas parce que leurs taux d'hémoglobine étaient compris entre 2 et 6 g/dl alors que 92,9% des GEU étaient rompues.

8. Suites opératoires

Nous n'avons enregistré aucun décès dans le service au cours de notre période d'étude. La disponibilité du sang dans le service dans la majorité des cas et quelques fois la mobilisation d'un interne avec l'ambulance pour chercher du sang au Centre Nationale de Transfusion Sanguine (CNTS) et dans d'autres Centre de Santé de Référence ont certainement favorisé cette situation.

La présence permanente d'une équipe opérationnelle dans le service et le renouvellement systématique des produits d'urgence (soluté de remplissage) ont joué un rôle fondamental dans la prise en charge immédiate de nos urgences. Les délais d'accès aux soins ainsi réduits ont amélioré le pronostic vital.

GUENDEBA [35], n'a pas enregistré de cas de décès. Par contre **BAH [13]** a enregistré 1,92% de taux de mortalité et 0,8% de cas pour **YAYA D.**

Aspects épidémiologique, clinique et pronostique de la GEU au CS Réf de la CV

Le traitement post opératoire est bien codifié avec la prescription d'antalgique et une antibiothérapie systématique aux cyclines en raison de 200 mg/j de doxycycline pendant 21 jours sur la base de la fréquence des infections à Chlamydiae et leur retentissement sur les trompes.

Un rendez- vous de suivi post opératoire était donné **3** semaines après l'intervention.

Les suites post opératoires ont été simples chez les **85 patientes**.

La durée moyenne d'hospitalisation a été de **3** jours.

9. Le pronostic maternel

La trompe controlatérale était porteuse d'anomalie (séquelles de salpingite 1,2%, adhérences 4,8%, endométrioses 2,3%, hydrosalpinx 2,3% , salpingectomie antérieure 4,7%, hématosalpinx 1,2%) dans **16,5%** des cas, cela compromet sérieusement l'avenir obstétrical des patientes.

En ce qui concerne la fertilité ultérieure, son étude reste difficile car la plupart des patientes sont perdues de vue après leur sortie du Centre. Dans la littérature le taux de fertilité après GEU varie de 20 à 60% **[18]**.

Quatre (4) de nos patientes étaient à leur deuxième salpingectomie ce qui compromet sérieusement leur avenir obstétrical.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIO NS

CONCLUSION

La grossesse extra utérine (GEU) constitue un problème de Santé Publique dans notre environnement par l'augmentation croissante de sa fréquence. La réorganisation de l'accueil des urgences a permis une prise en charge immédiate dans les 15- 20 min.

La fréquence de la GEU a diminué entre 2006 et 2010 dans le service. Elle peut l'être davantage si les facteurs de risque sont maîtrisés.

Son diagnostic presque toujours au stade tardif de complications, conduit à la réalisation d'une chirurgie mutilante et influence négativement aussi bien le pronostic vital immédiat que fonctionnel ultérieur.

Un diagnostic précoce des GEU permet d'augmenter la chance de ces patientes de bénéficier d'une chirurgie conservatrice bien menée et un suivi postopératoire conséquent.

La réalisation d'une échographie précoce, devrait favoriser un dépistage plus exhaustif à un stade de GEU non rompue.

RECOMMANDATIONS

A l'endroit du personnel :

- Assurer le dépistage et la prise en charge correcte des IST.
- Penser à la GEU devant un trouble du cycle et donner une échographie.
- Instaurer un traitement médical et vulgariser la coelioscopie

A l'endroit des autorités :

- Equiper les Centres de Santé de Référence d'une unité de réanimation.
- Equiper le centre d'une unité de coelochirurgie et assurer la formation du personnel.
- Doter le Centre d'une mini banque de sang
- Renforcer les programmes de lutte contre les IST.

A l'endroit de la population :

- Utiliser les antiseptiques que sur prescription médicale.
- Consulter précocement dès constatation d'une aménorrhée ou des troubles du cycle menstruel afin d'éviter à la femme, le tableau d'urgence avec les hémorragies cataclysmique.

REFERENCE

S

1 Judlin P., Leguin T., Zaccabri A., Landes P.

Avenir génital après GEU. A propos d'une série continue de 330 cas.
J. Gynécol obstet Biol. Reprod, 1986, 58- 59s

2 Diquelou Jy, Pia P., Tesquier L., Henry- suchet J.

La place de Chlamydia trachomatis dans l'étiologie infectieuse des grossesses extra utérines.
Gynécol. Obstet Biol. Reprod, 1988, 17, 325-332

3 Fernandez H., Lelaidier C., Baton C., Bourget P., Frydman R.;

Return of reproductive performance after expectant management and local treatment for ectopic pregnancy.
Hum Reprod, 1991, 6: 1474- 7

4 Mol Bwj., Ankun WM., Bossuyt PM., Kau Derveen F.

Contraception and the risk of ectopic pregnancy ; a meta- analysis.
Contraception 1995; 52; 337- 41.

5 Meye J F., Adieu Sima-Zue, Boniface So, Eric Kendjo, Toussaint Engougah .

Aspect actuels de la grossesse extra utérine à Libreville (Gabon): A propos de 153 cas.
Cahier de Santé 2002, 12, 405-408.

6 Coste J., Bouyer J., Germain E., Ughetto S., Pouly JL., Job-spira N.;

Recent declining trend in ectopic pregnancy in France: evidence of two clinic Epidemiologic entities fertile steril 2000, 74, 881- 6.

7 Coste J., Job-spira N., Aublet-cuveller B., German E., Glowac zower E., Fernandez H., Pouly JC.

Incidence of ectopic pregnancy, first results of a population- based register in France
Human Reprod 1994; 9: 742- 5

8 Bruhat Ma., Mage G., Pouly JL., Manhes H., Canis M., Wattiez A.

Operative laparoscopy.
Meds Mac Grew Hill 1992.

9 Coste J., Job-spira N., Fernandes H., Papiernik E., Spira A.

Risk factors for ectopic pregnancy a case control study in France, with special Locus on infectious factor.
Am J epidemiology 1991; 133; 839- 49

10 Diallo FB., Idi N., Vangeender huysen C.;

La grossesse extra utérine à la maternité de référence de Niamey (NIGER), Aspects: diagnostic, thérapeutique et pronostique.
Med Afr, Noire 1998 ; 45 : 365- 332.

11 Grubert K., Gelven PL., Austin RM.;

Chorionic villi or trophoblastic tissue in uterine samples of for women ectopic pregnancies International journal of gynaecological pathology 1997; 16: 28- 32.

12 Job-spira N., Fernandez H., Bouyer J., Pouly JL., Germain E., Coste J.

Ruptured tubal ectopic pregnancy: risk factors and reproductive outcome: results of a population based study in France.

Am J. Obstet Gynecol 1999; 180 (4): 938- 44.

13 Bah B.

La grossesse extra utérine en milieu NOIR AFRICAÏN à propos de 104 cas observés à Bamako.

Thèse de médecine, Bamako, année 1980 n°2

14 Beral (V)

An epidemiological study of recent Trends in Ectopic Pregnancy

Br J obstet Gyn, 1975, 82, 775- 782

15 Yaya D.

Aspects épidémiologique, Clinique, diagnostique et pronostique de la grossesse extra utérine au CS Réf V.

Thèse Med, Bamako, 2006. M- 242

16 Berger MJ., Taymor ML.

Simultaneous intra uterine and tubal pregnancies following ovulation induction.

Am J obstet gyn, 1975, 82, 775- 782.

17 Bouyer J., Coste J., Fernandez H., Pouly JL., Job-spira N.

Sites of pregnancy a 10 year population based study of 1800 cases

Hum Reprod 2002; 17; 3224- 30.

18 Lawson TL. ;

Ectopic pregnancy criteria and accuracy of ultra sonic diagnosis.

Am J Roentergenol 1978: 153- 156.

19 Straumme ;

Salpingectomy for Tubal pregnancy reprint of a successful case

Obstet Gynecol clin, 1976, 48, 2 241- 244.

20 Saito M., Koyama T., Jaoi J., Kumasaka T., Jazama K., Nishi N., Okhura T.

Acta obstet Gynecol, scande, 1975, 54, 227.

21 Franklin EW, Zeiderman A, Laemmie P.

Tubal ectopic pregnancy: Etiology and Obstetric and Gynecologic sequelae.

Am J. Obstet Gynecol; 1973, 117, 220-225.

Aspects épidémiologique, clinique et pronostique de la GEU au CS Réf de la CV

22 Naett M, Treisser A.

Grossesse extra utérine ; étiologie, diagnostic, évolution, pronostic et principes du traitement.

Rev Prat 1992 ; 42 ; 97- 100.

23 O. Dupius, O. Camagna, JL. Benifla, A. Batallan, C. Dhainaut- renolleau, P. Madele

grossesse extra utérine

Encyclopédie Médico-chirurgicale S-032-A-30 2001 Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS ; 10, 11, 12, 13

24 Goldner TE., Lawson HW., Xia Z., Atrasch HK.

Surveillance for ectopic pregnancy- United States, 1970- 1989. MMWR 1993; 42: 73-35.

25 Doyle MB., Decherney AH., Diamond MP.

Epidemiology and etiology of ectopic pregnancy.

Obstet Gynecol Clin North Am 1991; 18; 1- 17.

26 Manhes H., Mage G., Pouly JL., Robert JF., Bruhat MA.

Traitement coelioscopique de la grossesse tubaire non rompue ; Amélioration techniques.

Presse Médicale, 1983, 12, 1431.

27 Xiong X., Buekens P., Wollast E., Iud.;

Use and the risk of ectopic pregnancy; a meta analysis of case control studies, contraception 1995; 52; 23- 34.

28 Bernoux A., Job-spira N., Germain E., Ughetto S., Pouly JL.

Fertility out come after ectopic pregnancy and use of intra uterine device at the time of the index ectopic pregnancy.

Hum reprod 2000; 15; 1173- 7.

29 Janecek P., De grandi P.;

Chirurgie restauratrice d'emblée dans le traitement des grossesses extra utérines. J. Gynécol Obstet Biol Reprod, 1978, 7 1261- 1267.

30 Paalman RJ., Mcelin TW.

Cervical pregnancy: review of the literature and presentation of cases.

Amer. J. obstet Gynecol, 77, 317, 1959.

31 Yang C-P., Chow WH., Daling JR., Weiss NS., Moore DT.

Does prior infertility increase the risk of tubal pregnancy.

Fertil Steril 1987; 48; 62-8

32 Kitchin (JD.), Wein (RM.), Nley (WC.), Thiagarajah (S.), Thornton (WN.).

Aspects épidémiologique, clinique et pronostique de la GEU au CS Réf de la CV

Ectopic pregnancy: current clinical trends
Am J Obstet Gynecol, 1979,134, 8, 870- 876

33 Pouly JL., Chapron C., Mage C., Manhes H., Canis M., Wattiez A., Bruhat MA.:

Multifactorial analysis of fertility following conservative laparoscopic treatment of ectopic pregnancy through a 223 cases series.
Fertile Steril, 1991, 56: 453- 60.

34 Rothe DJ., Birnbaum SJ.

Cervical pregnancy: Diagnostic and management.
Obstet Gynecol 42; 675; 1973.

35 Guendeba D.

La GEU dans le service de Gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré.
Thèse Med, Bamako, 2007. M-101.

36 Dubuisson JB., Aubriot FX., Cardon V .

Laparoscopic salpingectomy for ectopic pregnancy.
Fertile Steril, 1987, 47: 225- 8.

37 Vitse;

Aspect épidémiologique de la GEU.
J. Gynecol Obstet Biol Reprod 1998 ; 17 : 991-1001.

38 Isabelle B.

Avenir obstétrical des patients opérés de grossesse extra utérine à propos de 106 cas.
Thèse médecine, Bamako ; 1992.

39 Moreau JC., Rupari L., Diouf A., Mendes V., Bah MD., Diadhof F.

Aspects épidémiologiques et anatomo cliniques des grossesses extra utérines au CHU de Dakar.
Dakar Med 1995 ; 40 ;175- 79.

40 Cohen J., Quist CH.

Grossesse extra utérine et intra utérine simultanées après induction de l'ovulation.
Rev Franc Gynec, 1977, 72, 2, 121- 125.

41 Setouani A., Shaibi A., Boutaleb Y.

La grossesse abdominale. A propos de 7 cas colligés de 1978 à 1986.J. Gynecol Biol Reprod, 1989, 18, 177- 180.

ANNEXES

Fiche d'Enquête

Grossesse extra utérine
Fiche n°

Identité de la patiente

- 1 Nom : _____ Prénoms : _____
- 2 Age : _____
- 3 Adresse : _____
- 4 Numéro de téléphone : _____
- 5 Profession : _____
- 6 Niveau d'étude :
 - a- Primaire : _____ b- Secondaire : _____ c-Supérieur : _____ d- _____
 - Analphabète : _____
- 7 Situation matrimoniale :
 - a- Célibataire : _____ b- Mariée : _____ c- Divorcée : _____ d- Veuve : _____
- 8 Mode d'admission :
 - a- Venue d'elle-même : _____ b- Référée : _____ c- _____
 - Evacuée : _____
 - Si évacuation /Référence : _____
 - Motif : _____
 -
 -
 -
 -
 -
- 9 Provenance :
 - a- CSCOM : _____ b- Autre structure de Santé du _____
 - District : _____ c- Structure de _____
 - Santé de l'intérieur : _____
- 10 Traitement reçu avant l'évacuation : _____

.....
.....

Antécédents Médicaux

- 11 Tuberculose :
- 12 Bilharziose :
- 13 HTA :
- 14 Diabète :
- 15 Autres :

Antécédents Chirurgicaux

- 16 Appendicectomie :
- 17 Péritonite :
- 18 Coelioscopie :
- 19 Chirurgie des voies urinaires :
- 20 Laparotomie pour G.E.U :
- 21 Césarienne :
- 22 Plastie tubaire :
- 23 Curetage :
- 24 Interventions sur les ovaires : Kystectomie
- 25 Stérilisation tubaire :
- 26 Autres :

Antécédents Gynécologiques

- 27 Ménarche :
- 28 Traitement d'infertilité : 1 oui 2 non
- 29 Cycle (régulier) : 1 oui 2 non
- 30 Durée des règles :
- 31 Dyspareunie : 1 oui 2 non
- 32 Disménorrhée : 1 oui 2 non
- non

- 33 DDR :

Aspects épidémiologique, clinique et pronostique de la GEU au CS Réf de la CV

34 Infections pelviennes :

a- Salpingite :

b- Pelvipéritonite :

35 I.S.T :

Antécédent d'hormonothérapie

36 : Contraception

a- Pilule :

b- Progestatif :

c- Implant :

d- DIU :

e- CCV :

37 Traitement d'infertilité:

38 Traitement de trouble du cycle :

Antécédents Obstétricaux

39 Gestité :

40 Parité :

41 Vivant :

42 Décédé :

43 Avortement spontané :

44 IVG :

MODE DE VIE

45 Tabagisme :

46 Douche vaginale :

47 Autres :

Méthodes Diagnostiques: Clinique, Para clinique

48 Motif de

consultation.....

.....

.....

.....

49 Date et heure d'admission :

Interrogatoire

Aspects épidémiologique, clinique et pronostique de la GEU au CS Réf de la CV

- 50 Perturbation de cycle : 1 oui 2 non
- 51 Notion d'aménorrhée récente ou retard des règles : 1 oui 2 non
- 52 Durée d'aménorrhée :
- 53 Douleurs pelviennes: 1 oui 2 non
- 54 Métrorragies : 1 oui 2 non
- 55 Lipothymie ou malaise : 1 oui 2 non
- 56 Syncope : 1 oui 2 non
- 57 Hyperthermie : 1 oui 2 non

58 Autres :

Signes sympathiques de la grossesse

- 59 Nausée : 1 oui 2 non
- 60 Vomissements : 1 oui 2 non
- 61 Tension mammaire : 1 oui 2 non
- 62 Hyper sialorrhée : 1 oui 2 non

Examen Physique

Inspection

- 63 Indice de Karnofski:
- 64 Pâleur : 1 oui 2 non
- 65 Etat de conscience : clair confusion

Signes généraux

- 66 Tension artérielle : mm Hg
- 67 Pouls : BPM
- 68 Température : °C
- 69 Etat de choc : 1 oui 2 non

Palpation

- 70 Douleurs pelviennes provoquées :
- Type : Localisation :

- 71 Masse annexielle : 1 oui 2 non
- 72 Abdomen fluctuant : 1 oui 2 non
- 73 Cri de l'ombilic : 1 oui 2 non

Percussion abdominale

- 74 Matité déclive dans les flancs : 1 oui 2 non

Examen au speculum

- 75 Métrorragies : 1 oui 2 non
- 76 Col fermé : 1 oui 2 non
- 77 Col violacé : 1 oui 2 non

Toucher Vaginal

- 78 Utérus de taille normale : 1 oui 2 non
- 79 Masse annexielle sensible : 1 oui 2 non
- 80 Douleur du cul de sac de Douglas (cri) : 1 oui 2 non

Diagnostic Para clinique

- 81 Test de grossesse :
 - Résultat : 1 Positif 2 Négatif
- 82 Dosage des β HCG : 1 oui 2 non
 - Si oui résultat :
 -
 -

- 83 Ponction abdominale :
 - Si oui résultat :
 -
 -

- 84 Echographie :
 - 84a- Masse annexielle : 1 oui 2 non
 - Si oui préciser la taille :.....
 - 84b- Hémopéritoine : 1 oui 2 non
 - Si oui préciser la quantité :.....

84c- Utérus augmenté de taille :

84d- Grossesse hétéro pique :

85 Coéloscopie :

1 oui 2 non

Si oui résultat :

.....
.....
.....
.....

Traitement de la G.E.U

86 Transfusion :

1 oui 2 non

Si oui nombres de poches utilisées :.....

Traitement Médicamenteux

87 Si oui Nom du médicament :

a- Posologie :

b- Indication :

c- Suivi :

d- Résultat :

Traitement chirurgical

Aspects Opératoires

88 Siege de la nidation :

a- Interstitiel :

b- Isthmo-ampullaire :

c- Isthmique :

d- Ampullaire :

e- Ovarienne :

f- cervicale :

g- Abdominale :.....

h- Association G.E.U et G.I.U :

89 Rupture et fissure de la paroi tubaire :.....

90 Avortement tubo-abdominal complet ou en cours :

91 Hématocèle retro utérine :

92 Hématosalpinx :

Etat du pelvis et de la trompe contro latérale à la laparotomie

93 Trompe contro latérale :

93a- Saine :

93b- Lésée :

Type : Endométriose :

Hydrosalpinx :

Pyosalpinx :

94 Antécédents de Salpingectomie :

95 Etat de l'ovaire contro latérale :

1 Bon 2 Mauvais

96 Adhérence :

1 oui 2 non

Indication du traitement chirurgical Chirurgie Radicale

97 Annexectomie :

98 Salpingectomie totale :

Chirurgie conservatrice

99 Conservation tubaire totale :

99a- Expression tubo-abdominale :

99b- Salpingotomie (césarienne tubaire) :

100 Conservation tubaire partielle :

100a- Salpingectomie partielle :

Evolution et Suites Opératoires

101 Durée de l'hospitalisation :

102 Complications :

103 Etat à la sortie :

104 Décédée :

1 oui 2 non

Circonstances :

105 Pronostic :

Aspects épidémiologique, clinique et pronostique de la GEU au CS Réf de la CV

106 Conseil :

107 Autres :

Anatomie pathologie de la pièce opératoire

108 Microscopie :

1 oui 2 non

Résultat :

.....
.....
.....
.....
.....

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : DIARRA

Prénom : Samakoro

Pays d'origine : Mali

Titre de la thèse : Etude de la grossesse extra utérine au CS Réf de la CV

Année : 2010

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Gynécologie- Obstétrique

Aspects épidémiologique, clinique et pronostique de la GEU au CS Réf de la CV

Objectifs : Aspects épidémiologique, clinique et pronostique de la grossesse extra utérine au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.

Méthodologie :

Etude transversale du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2010

Résultats :

Nous avons entrepris une étude prospective exhaustive pour déterminer la fréquence, les complications, les moyens et les méthodes de diagnostic, et identifier les formes cliniques.

Sur une période de un an, 85 cas ont été recensée pour 9436 grossesses.

La fréquence de cette pathologie a été de 0,90%.

Les principaux facteurs de risque identifiés ont été les suivants : les leucorrhées avec les infections sexuellement transmissibles (68,2%), les infections pelviennes (47%) et la stérilité.

Le pronostic maternel est d'autant plus mauvais que la GEU est rompue. La laparotomie demeure le seul moyen thérapeutique.

Un accent particulier doit être mis sur la sensibilisation de la population féminine à consulter précocement en cas de suspicion de grossesse pour déterminer sa localisation.

L'amélioration des conditions d'évacuation et la prise en charge immédiate des cas, qui pourront améliorer le pronostic obstétrical et vital de ces femmes.

Mots clés : La GEU, facteurs de risque, formes cliniques, salpingectomie, pronostic maternel et obstétrical, CS Réf de la CV.