

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

RÉPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE- UN BUT- UNE FOI



Université des Sciences, des Techniques
et des Technologies de Bamako (USTTB)



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE (FMOS)

Année universitaire 2022-2023

Thèse N°...../2023

TITRE

**PRISE EN CHARGE COELIOSCOPIQUE DES
GROSSESSES EXTRA-UTERINES DANS LE SERVICE
DE CHIRURGIE « A » DU CHU DU POINT-G.**

MEMOIRE

Présenté et soutenu publiquement le 29 / 12 / 2023 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)

Par :

Dr. MOUSSA MAIGA

Pour obtenir le grade de chirurgien généraliste

JURY :

Président : M. Jean Léon Olory Togbe M.D (Professeur)

Membre : M. Drissa TRAORE (Professeur)

**Directeur : M. Sékou Bréhima KOUMARE (Maitre de conférences
Agrégé)**

SOMMAIRE

I-	INTRODUCTION.....	6
II-	OBJECTIFS :.....	9
III-	MATERIEL ET METHODE.....	10
IV-	RESULTATS :.....	17
V-	COMMENTAIRES ET DISCUSSION:.....	31
VI-	CONCLUSION	37
VII-	RECOMMANDATIONS :.....	38
VIII-	RESUME.....	40
IX-	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :.....	41
X-	ANNEXES :.....	44

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

ATCD : Antécédent

βHCG : Hormone Gonadotrophine Chorionique Humaine

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CS Réf : Centre de Santé de Référence

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DIU : Dispositif Intra Utérin

GEU : Grossesse Extra Utérine

GIU : Grossesse Intra Utérine

HCG : Hormone Gonadotrophine Chorionique

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MTX : Méthotrexate

NFS : Numération formule sanguin

% : pourcentage

SA : Semaine d'Aménorrhée

TV : Toucher vaginal

G/DL : Gramme par décilitre

P : Probabilité

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition de la population d'étude selon l'âge.....	17
Tableau II: Répartition de la population d'étude selon l'année de recrutement	18
Tableau III: Répartition de la population d'étude selon l'origine de la référence.....	19
Tableau IV: Répartition de la population d'étude selon le statut matrimonial.....	19
Tableau V: Répartition de la population d'étude selon le motif de consultation.....	20
Tableau VI: Répartition de la population d'étude selon les antécédents d'infection génitale	20
Tableau VII : Répartition de la population d'étude selon l'antécédent de contraception.....	21
Tableau VIII : Répartition de la population d'étude selon parité.....	21
Tableau IX : Répartition de la population d'étude selon l'antécédent d'avortement.....	22
Tableau X: Répartition de la population d'étude selon l'antécédent de grossesse extra-utérine.....	22
Tableau XI : Répartition de la population d'étude selon l'antécédent chirurgical.....	23
.....	
Tableau XII: Répartition de la population d'étude selon les signes fonctionnels.....	23
Tableau XIII: Répartition de la population d'étude selon l'examen physique.....	24
Tableau XIV: Répartition de la population d'étude selon le résultat d'échographie.....	24
Tableau XV: Répartition de la population d'étude selon le dosage de β hcg.....	25
Tableau XVI: Répartition de la population d'étude selon le taux d'hémoglobine.....	25
Tableau XVII: Répartition de la population d'étude selon diagnostic peropératoire.....	26
Tableau XVIII: Répartition de la population d'étude selon la localisation anatomique de la GEU.....	26

Tableau XIX: Répartition de la population d'étude selon la trompe concernée.....	27
Tableau XX: Répartition de la population d'étude selon l'aspect controlatérale.....	27
Tableau XXI: Répartition de la population d'étude selon le geste chirurgical réalisé.....	28
Tableau XXII: Répartition de la population d'étude selon les complications postopératoires.....	28
Tableau XXIII: Répartition de la population d'étude selon la gestion des complications.....	29
Tableau XXIV: Répartition de la population d'étude selon la durée d'hospitalisation.....	30

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

La Grossesse extra-utérine(GEU) est l'implantation et le développement de l'œuf fécondé en dehors de la cavité utérine [1].

Elle est considérée comme un problème de santé publique dans tous les pays du monde, quel qu'en soit le niveau de développement, en raison de sa fréquence et ses répercussions sur la fertilité des patientes [2].

La coelioscopie permet d'en faire le diagnostic de certitude et le traitement dans le même temps opératoire. Cette voie d'abord est préférée à la laparotomie chaque fois que c'est possible car elle présente de nombreux avantages notamment la réduction des pertes sanguines, la consommation des analgésiques en post opératoires, la durée d'hospitalisation, la durée de convalescence, le coût de la prise en charge thérapeutique, le risque adhérentiel et l'amélioration du pronostic de la fertilité ultérieure [3].

La prévalence de la GEU dans le monde n'a cessé de croître ces dernières années aussi bien dans les pays à revenu élevé que les pays à faible et moyen revenu. Elle varie d'un pays à l'autre.

En 2006, en France, la GEU était estimée à 15000 femmes chaque année dont 2 à 5 auront une issue fatale ; 400 environ auront des problèmes de fertilité ultérieure et 1000 devront recourir à l'assistance médicale à la procréation [4].

En 2013, aux Etats-Unis, la prévalence s'avère 2,07% à New York, 2,43% en Californie et 2,43 % à l'Illinoisien [5].

A Madagascar, au Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa, la proportion de la grossesse extra-utérine était de 1,67% en 2016 [6].

En Afrique Occidentale, au Cameroun la GEU représentait 2,3% des naissances vivantes en 2010 [7].

Au Mali, les GEU occupent le second rang du tableau des urgences gynéco obstétricales après la césarienne. Les différents travaux réalisés au Mali sur la prise en charge des GEU ont surtout porté sur la méthode conventionnelle dite à ciel ouvert jadis utilisée sur l'ensemble du territoire. Dans une étude réalisée par Dembélé .Y au CSREF commune V du District de Bamako en 2014 la fréquence représentait 1,38% [8], Diakité. H a retrouvé 2% sur les admissions gynécologiques au CSREF commune III en 2022 [9].

Elle est en augmentation régulière au Mali et dans les pays en développement, liée à l'augmentation des infections sexuellement transmissibles (IST) [10 ; 11].

Avec l'avancée de la technologie, en 1975 Hubert Manhès a effectué pour la première fois le traitement coeliochirurgical d'une grossesse extra-utérine [12].

La cœlioscopie opératoire a été dans une première période, essentiellement pratiquée par quelques équipes pionnières.

Cette pratique est réalisée dans notre service depuis 2001, Koumaré S et coll ont constaté une fréquence de 1,04% de GEU sur l'ensemble des activités réalisées en coeliochirurgie [13].

Il nous a paru opportun de mener cette étude, pour évaluer l'activité coelioscopique sur la prise en charge des GEU au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point-G depuis la création en mars 2001 l'unité de coeliochirurgie. Avec comme objectif :

II- OBJECTIF

Objectif général

Evaluer la prise en charge coelioscopique des Grossesses Extra-Utérines (GEU) dans le service de chirurgie «A» du CHU du Point-G

➤ Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des GEU dans le service
- Décrire les aspects cliniques et paracliniques des cas de GEU pris en charge par cœliochirurgie
- Analyser les résultats
- Analyser les suites opératoires

MATERIELS ET METHODE

III- MATRIELS ET METHODE

1. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive allant de mars 2001 à février 2023.

2. Cadre d'étude :

Elle a été menée dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G à Bamako. Il s'agit d'un service de chirurgie générale, coelioscopique et thoracique dont le personnel est reparti comme suit :

un professeur titulaire de chirurgie viscérale : chef de service ;

deux maîtres de conférences de chirurgie générale ;

trois maitres de recherches de chirurgie générale ;

un chirurgien cancérologue ;

un praticien hospitalier de chirurgie générale ;

deux praticiens hospitaliers de chirurgie thoracique ;

des médecins stagiaires en DES de chirurgie ;

des étudiants en année de thèse ;

des techniciens supérieurs de santé ;

des aides-soignantes ;

des aides de bloc opératoire (instrumentalistes) ;

des garçons de salle ;

quatre manoeuvres ;

une secrétaire.

Situation géographique du service de chirurgie « A »

Le service de chirurgie « A » est situé au Nord-Est du complexe anesthésie réanimation/bloc opératoire.

Le service comprend :

deux salles de chirurgie laparoscopique

le bureau du chef de service

six bureaux pour les praticiens hospitaliers

une salle de cours et de staff

deux pavillons qui comptent au total 38 lits.

Pavillon de chirurgie II

Il est composé de :

- une salle pour le major ;

- une salle de garde pour les infirmiers
- une salle de pansement
- une salle de garde pour les G.S.
- trois salles d'hospitalisation (3^{ème} catégorie) avec 5 lits dans la salle I, 6 lits dans la salle II et 6 lits dans la salle III.

Pavillon Tidiane Faganda TRAORE (PTFT) est composé de :

- trois salles de 2^{ème} catégorie de 2 lits chacune,
- quatre salles de 3^{ème} catégorie ayant chacune 4 lits ;
- une salle de soins ;
- une salle pour le major ;
- une salle pour les infirmiers ;
- une salle de garde pour les étudiants en année de thèse ;
- une salle pour les médecins en formation de D.E.S
- une salle de consultation située au rez-de-chaussée ;
- une salle de garde pour les G.S.
- un bloc opératoire à froid intégré dans le bloc opératoire du CHU du Point-G.
- un bloc opératoire d'urgence pour l'ensemble des services de chirurgie.
- deux blocs opératoires dédiés à la coelio-chirurgie

Description du personnel

Le personnel médical est constitué de 10 chirurgiens seniors (dont un professeur titulaire, deux maîtres de conférences, trois maîtres de recherches, deux chirurgiens thoraciques, un chirurgien généraliste et un chirurgien oncologue). En plus, on dénombre 4 infirmiers, 2 aides de bloc et 4 techniciens de surface.

Les activités du service :

Les consultations ont lieux du lundi au jeudi.

Les activités chirurgicales programmées sont exécutées du lundi au jeudi.

Les gardes d'urgence sont assurées six à sept fois par semaine.

La garde du service est assurée tous les jours.

La visite des malades est effectuée chaque jour.

La journée débute à 8h par le colloque matinal pour les comptes rendus de gardes et la programmation des tâches du jour.

Support des données :

Les registres de consultations ;

Les dossiers médicaux ;

Les registres de compte rendu opératoire pour cœliochirurgie ;

Les registres d'hospitalisation ;

Les fiches d'anesthésie

La fiche d'enquête.

Matériels cœliochirurgicaux utilisés :

Matériel à pneumopéritoine :

Insufflateur automatique à contrôle de pression et débit variable, fixé par l'opérateur (lent, modéré ou rapide).

Obus de CO₂ d'une capacité de 2 à 8 litres.

Matériel d'aspiration lavage par l'intermédiaire d'une canule de lavage de 5mm.

Bistouri électrique mono et bipolaire

Matériel optique de marque STORZ comprenant :

Une optique à 0 degré

Un tube de 10 mm sur 33 cm de long

Câbles flexibles à gel optique.

Source de lumière froide propre provenant d'une lampe à xénon.

Caméra Telecom mono CCD = 250 000 pixels.

Moniteur STORZ de dimension 51 cm (taille en diagonale).

Magnétoscope marque TOSHIBA avec lecteur NTSC/ réglage auto avec standard PAL SECAM.

Trocarts :

Usage multiple en acier.

Usage unique avec système de sécurité.

Une boîte contenant des trocarts de 10 mm et de 5 mm

Un chariot anesthésie de marque KONTRON muni d'un capnographe.

Suivi des patients :

3. Population d'étude :

3.1 Echantillonnage :

Cette étude a porté sur l'ensemble des patientes reçues et opérées pour GEU sous cœlioscopie dans le service de chirurgie A au CHU du Point-G de façon exhaustive soit un total de 62 patientes.

3.2. Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans cette étude toutes les patientes récues et opérées sous coelioscopie pour grossesse extra utérine dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point-G

3.3. Critères de non inclusion :

N'étaient pas incluses dans cette étude toutes les patientes admises au service de chirurgie « A » pour autres causes différentes de grossesse extra utérine et les grossesses extra utérines non opérées sous coelioscopie.

4. Méthodes:

4.1. Examens et diagnostic:

Les patientes admises ont été examinées cliniquement et les signes de complications ont été recherchés. La confirmation diagnostique était acquise après le test de BHCG dans les urines et l'échographie abdominopelvienne.

4.2. Principe du traitement

La cœliochirurgie est une voie d'abord chirurgicale, permettant d'opérer dans la cavité abdominale, sans réaliser d'ouverture pariétale large contrairement à la laparotomie.

Des instruments spécifiques sont introduits dans la cavité abdominale par des trocars traversant la paroi abdominale. La vision du champ opératoire s'effectue par l'intermédiaire de l'image retransmise sur un moniteur, grâce au système optique relié à une caméra.

Un espace de travail artificiel est créé en insufflant du gaz carbonique dans la cavité abdominale pour obtenir un pneumopéritoine éloignant ainsi les viscères et permettre la manipulation des instruments. La pression intra abdominale liée à l'insufflation est généralement de l'ordre de 12-14 mm de mercure. Ce pneumopéritoine est réalisé à l'aide d'une aiguille de VERES ou par un trocart introduit, par une petite incision sous ombilicale et ouverture du péritoine sous contrôle visuel : on parle alors d'open cœlioscopie.

Exploration :

Les deux trompes ont été examinées ainsi que l'ensemble de la cavité péritonéale.

Le sang aspiré a été quantifié pour tous les cas de grossesse extra utérine rompue.

4.3. Suivi des patients :

Dans le but de prévenir ou de déceler les complications de façon précoce ; une fiche de surveillance a été établie pour chaque patiente.

4.5. Support des données :

Les données ont été recueillies par exploitation des dossiers médicaux et des registres de compte-rendu opératoires.

4.6. Analyse des données :

Les données ont été enregistrées sur EXCEL et analysées sur le logiciel Epiinfo7 version anglaise

Les tests de comparaison des pourcentages ont été faits sur le logiciel Epiinfo7 version anglaise

Le test statistique utilisé pour la comparaison des données a été le chi carré considéré comme significatif à $p < 0,05$.

4.7. Aspect éthique : pour des raisons de sécurité et d'éthique l'anonymat a été respecté.

Résultats

IV- Résultats

1. Fréquence :

Au cours de cette étude 12054 interventions chirurgicales ont été réalisées, parmi lesquels 5376 cas de cœliochirurgie gynécologique dont 62 cas de grossesse extra-utérine soit 1,15%.

2. Données sociodémographiques

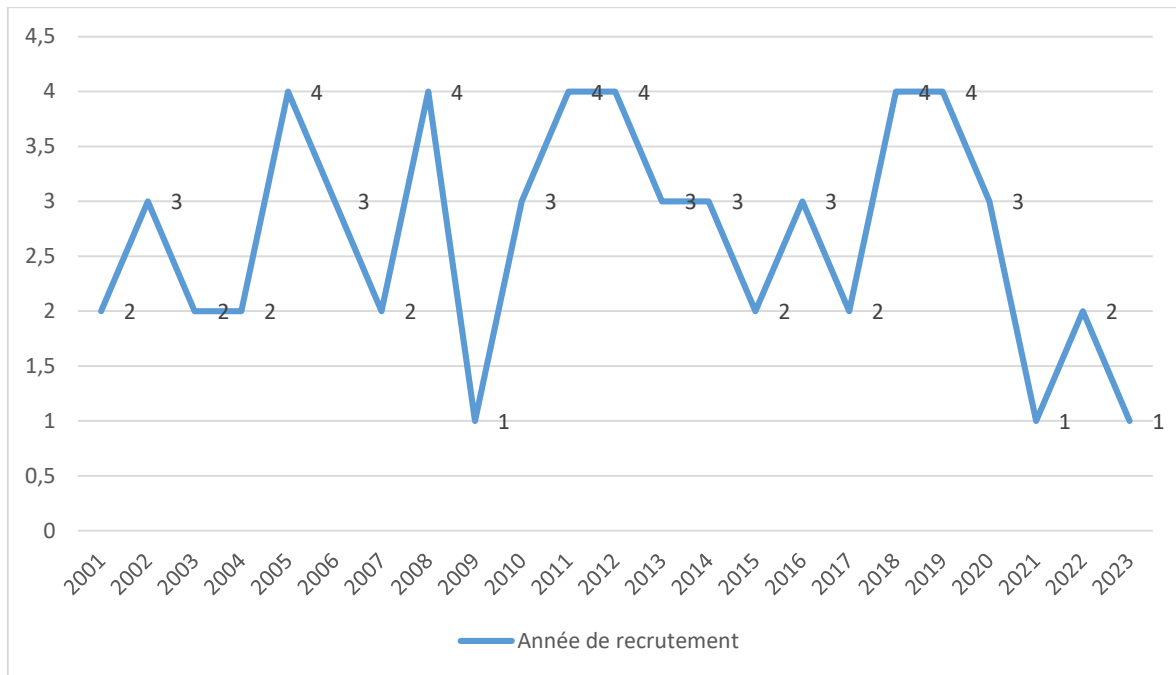
- Âge :

Tableau I : Répartition de la population d'étude selon l'âge.

Âge (an)	Fréquence	Pourcentage (%)
16-20	10	16,13
21-25	12	19,35
26-30	17	27,42
31-35	9	14,52
36-40	10	16,13
41-45	4	6,45
Total	62	100

L'âge moyen des patientes était de 28 ± 7 ans avec des extrêmes de 16 ans et 43 ans. Le mode était de 27 ans avec une médiane de 27 ans.

Tableau II : Répartition de la population d'étude selon l'année de recrutement



- **Provenance**

Tableau III: Répartition de la population d'étude selon l'origine de la référence

Service réfèrent	Fréquence	Pourcentage (%)
Clinique	10	16,13
CSCOM	10	16,13
Gynécologie et obstétrique CHU point-G	7	11,29
Gynécologie et obstétrique CHU Gabriel Touré	8	12,90
Hôpital mère enfant le Luxembourg	5	8,06
De lui-même	4	6,45
Total	62	100

Plus de 94,55% des patientes étaient adressées par les médecins d'une autre structure de santé.

- **Statut matrimonial :**

Tableau IV : Répartition de la population d'étude selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage (%)
Célibataire	13	20,97
Mariée	49	79,03
Total	62	100

La majorité des patientes était mariées soit un taux de 79,03%.

3. Données cliniques :

- **Motif de consultation :**

Tableau V : Répartition de la population d'étude selon le motif de consultation

Motif de consultation	Fréquence	Pourcentage (%)
Désir D'enfant	1	1,61
Douleur pelvienne	9	14,52
Métrorragie + Douleur pelvienne	44	70,97
Métrorragie	8	12,90
Total	62	100

La métrorragie douloureuse était le principal motif de consultation.

4. Antécédents :

4.1 Gynécologiques:

- **ATCD d'infection génitale :**

Tableau VI : Répartition de la population d'étude selon les antécédents d'infection génitale

ATCD d'infection génitale	Fréquence	Pourcentage (%)
Infection génitale	44	70,97
Pas d'infection	18	29,03
Total	62	100

Un épisode d'infection génitale à répétition était observé dans les antécédents gynécologiques chez 70,97% des patientes.

- **ATCD de contraception**

Tableau VII : Répartition de la population d'étude selon un antécédent de contraception

ATCD de contraception	Fréquence	Pourcentage (%)
DIU	1	1,61
Jadelle	5	8,06
Dépôt provea	6	9,67
Orale	10	16,14
Aucun	40	64,52
Total	62	100

Près de 35% des patientes avaient un antécédent de contraception.

4.2. Obstétricaux

- **Parité :**

Tableau VIII: Répartition de la population d'étude selon la parité

Parité	Fréquence	Pourcentage (%)
Grand multipare	7	11,29
Paucipare	21	33,87
Multipare	20	32,26
Primipare	14	22,58
Total	62	100

Les Paucipares étaient majoritaires soit un taux de 33,87% des cas.

- **ATCD d'avortement**

Tableau IX : Répartition de la population d'étude selon l'antécédent d'avortement

ATCD d'avortement	Fréquence	Pourcentage (%)
Oui	4	6,45
Non	58	93,55
Total	62	100

Un antécédent d'avortement spontané a été observé dans 6,45% des cas.

- **ATCD de GEU**

Tableau X : Répartition de la population d'étude selon un antécédent de grossesse extra-utérine

ATCD de GEU	Fréquence	Pourcentage (%)
Non	58	93,55
Oui	4	6,45
Total	62	100

Nous avons noté un antécédent de GEU chez 6,45% des patientes.

4.3. Chirurgicaux :

- **ATCD chirurgicaux :**

Tableau XI : Répartition de la population d'étude selon l'antécédent chirurgical

ATCD chirurgical	Fréquence	Pourcentage (%)
Césarienne	1	1,61
Laparotomie	6	9,68
Aucun	52	83,87
Salpingectomie	4	4,84
Total	62	100

Près de 10 patientes avaient un antécédent d'intervention chirurgicale soit 16,13% des cas.

Une salpingectomie avait déjà été réalisée chez 3 patientes, soit 4,84% des cas.

5. Aspect diagnostique :

5.1. Signes fonctionnels :

Tableau XII : Répartition de la population d'étude selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Fréquence	Pourcentage (%)
Vomissements	36	58,06
Douleur pelvienne	9	14,52
Métrorragie + Douleur pelvienne	44	70,97
Métrorragie	8	12,90
Retard des règles	62	100

Le retard des règles était observé chez toutes les patientes.

La douleur était associée à la métrorragie dans 70,97% des cas.

5.2. Signes physiques

Tableau XIII : Répartition de la population d'étude selon l'examen physique

Examen physique	Fréquence	Pourcentage %
Etat hémodynamique stable	62	100
Conjonctive moyennement colorée	13	20,97
Défense pelvienne	34	54,84
Cris de l'ombilic	11	17,74
Saignement endovaginal	12	19,35
Cris de cul de sac de Douglas	13	20,97
Masse annexielle	16	25,80

L'examen physique a permis de trouver un état hémodynamique stable dans 100% des cas. La défense pelvienne était majoritaire soit 54,84% des cas suivie de masse latéro-utérine dans 25,80% des cas.

5.3. Examen complémentaire :

- **Signes d'imagerie :**

Tableau XIV : Répartition de la population d'étude selon le résultat d'échographie abdomino-pelvienne

Echographie abdomino-pelvienne	Fréquence	Pourcentage %
Non rompue	51	82,25
Rompue	11	17,75
Total	62	100

L'échographie abdomino-pelvienne a permis d'objectiver la GEU non rompue dans 82,25% des cas.

- **Signes biologiques :**

Tableau XV : Répartition de la population d'étude selon le dosage de β hcg

Dosage de BHCG	Fréquence	Pourcentage %
Non fait	1	1,61
Positif	61	98,39
Total	62	100

Le test de β hcg urinaire était effectué dans 98,39% des cas.

- **Taux d'hémoglobine :**

Tableau XVI : Répartition de la population d'étude selon le taux d'hémoglobine

Taux d'hémoglobine en g/dl	Fréquence	Pourcentage %
H b \geq 12g/dl	49	80,65
11g/dl < Hb \leq 9g/dl	12	19,35
Total	62	100

La numération formule sanguine était réalisée chez toutes les patientes. Nous avons noté une anémie chez 12 patientes soit 19,35%.

6. Aspect thérapeutique :

6.1. Exploration :

- **Diagnostic peropératoire :**

Tableau XVII : Répartition de la population d'étude selon le diagnostic peropératoire

Diagnostic peropératoire	Fréquence	Pourcentage %
Rompue	45	72,58
Non rompue	24	27,42
Total	62	100

En peropératoire la grossesse était rompue dans 72,58% des cas.

- **Localisation anatomique de la GEU**

Tableau XVIII : Répartition de la population d'étude selon la localisation anatomique de la GEU

Localisation anatomique de la GEU	Fréquence	Pourcentage%
Ampullaire	42	67,74
Isthmique	12	19,35
Infundibulaire	8	12,90
Total	62	100

La grossesse était de siège ampullaire dans 67,74% des cas.

- **Trompe concernée**

Tableau XIX : Répartition de la population d'étude selon la trompe concernée

Trompe concernée	Fréquence	Pourcentage %
Trompe droite	47	75,81
Trompe gauche	15	24,19
Total	62	100

La trompe droite était concernée dans 75, 81% de cas.

- **Aspect de la trompe controlatérale**

Tableau XX : Répartition de la population d'étude selon l'aspect controlatérale

Trompe controlatérale	Fréquence	Pourcentage %
Normale	52	83,87
Absente	3	4,84
Adhérentielle	7	11,29
Total	62	100

La trompe controlatérale était d'aspect normal dans 83,87% des cas, adhérentielle dans 6,45% des cas et absente dans 4,84% des cas.

6.2. Geste chirurgical réalisé

Tableau XXI : Répartition de la population d'étude selon le geste chirurgical réalisé

Geste chirurgical réalisé	Fréquence	Pourcentage%
Accouchement tubaire	8	12,90
Salpingectomie d'hémostase+ adhésiolyse	4	6,45
Salpingotomie + hémostase	44	71,61
Salpingotomie + hémostase + adhésiolyse	6	9,66
Total	62	100

Le traitement était conservateur dans 93, 55% des cas.

L'adhésiolyse était effectuée en même temps opératoire dans 16,11% des cas.

Nous n'avons pas noté de cas de conversion pendant cette étude.

6.3. Suites opératoire :

- **Complications postopératoires immédiates**

Tableau XXII : Répartition de la population d'étude selon les complications postopératoires immédiates

Complications postopératoire	Fréquence	Pourcentage %
Hémopéritoine de grande abondance	2	3,23
Infection du site opératoire	1	1,61
Total	62	100

En postopératoire immédiat nous avons enregistré 2 cas d'hémorragie interne à J2 et à J4 et 1 cas d'infection du site d'introduction de trocart.

Les suites opératoires immédiates étaient simples dans 95,16% des cas.

- **Gestion des complications post opératoires**

Tableau XXIII : Répartition de la population d'étude selon la gestion des complications post opératoires

Gestion des complications post opératoires	Fréquence	Pourcentage(%)
Salpingectomie + transfusion sanguine	1	1,61
Hémostase + transfusion sanguine	1	1,61
Total	62	100

Les 2 cas de complications postopératoires ont été pris en charge par une laparotomie médiane. Un saignement du site d'implantation du fœtus dans les 2 cas a été observé. Une salpingectomie d'hémostase a été effectuée dans un cas et l'hémostase du site d'implantation du fœtus dans le second cas, les deux patientes ont été transfusées après la seconde intervention pour anémie.

-

- **Suites opératoires tardives**

Les suites opératoires tardives ont été simples chez toutes les patientes.

Nous n'avons pas noté de cas de décès pendant cette étude

6.4. Durée d'hospitalisation

Tableau XXIV : Répartition de la population d'étude selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Fréquence	Pourcentage%
< à 3 jours	57	91,95
3 à 5 jours	3	4,83
6 à 8 jours	2	3,22
Total	62	100

La durée moyenne d'hospitalisation était de un jour avec des extrêmes de 1 et 8 jours.

Commentaires et discussion

V- Commentaires et discussion

1. Fréquence :

Pendant la période d'étude, nous avons recensé 62 cas de GEU sur un ensemble de 5376 patientes opérées pour la coeliochirurgie gynécologique soit une fréquence de 1,15%.

Koumare .S et coll [13] P=0,64 ont rapporté dans le même service un taux de 1,04% des cas. BANGAMBE BJ et coll à Congo Kinshasa [14] P=0,69, DIAKITE H [9] P= 0,49 et NAYAMA M et al[15] P= 0,66 ont respectivement trouvé 1,56%, 2% et 2,32%. Dans notre contexte, l'unité de coeliochirurgie n'est pas spécifiquement consacrée aux pathologies gynécologiques et d'obstétriques, les patientes sont majoritairement référées par les gynéco-obstétriciens et les médecins généralistes. Il n'y avait pas de différence significative entre cette étude et celles des autres auteurs.

2. Caractéristiques sociodémographiques

- **Âge :**

L'âge moyen des patientes était de 28±7 ans avec des extrêmes 16 et 43 ans. Il était de 31,8 ans dans une étude réalisée par Assoumou O.P et coll [16] à Libreville et proche de ceux de Edio N.G et coll [17] au Gabon et de Traoré AS et coll [18] à Sikasso qui ont rapporté respectivement 28,41ans et 28,38 ans.

Ce qui correspond à la période de pleine activité génitale avec augmentation des facteurs de risque.

La tranche d'âge de 26 et 30 ans était plus représentée dans notre étude soit 27,42%. Ce résultat est proche à celui de Elharcha M qui a trouvé une tranche d'âge de 27 et 31 [19] en 2017 au Maroc soit 31% des cas. Nous constatons que la femme peut faire une GEU à tout âge de la période d'activité génitale.

- **Provenance :**

Plus de 90% des patientes étaient adressées par les médecins d'une autre structure de santé. Nous sommes un service de chirurgie générale la plupart des patientes sont référées par les gynécologues et les médecins généralistes.

- **Statut matrimonial :**

La majorité des patientes était mariées soit un taux de 79,03%. Ce résultat est statistiquement différent à celui d'Andriamifidison N.Z.R [6] P= 0,02 qui a trouvé 65,1%.

Anorlu a constaté que le statut matrimonial ne figure pas parmi les facteurs de risque de la GEU. Pourtant, le changement fréquent de partenaire sexuel pourrait être considéré comme à l'origine de risque de contamination infectieuse source d'une GEU le plus souvent [20].

3. Données cliniques :

- **Motif de consultation :**

Le motif de consultation le plus retrouvé était la métrorragie douloureuse soit 70,97%. Ce résultat est inférieur à celui rapporté par Koumaré S et coll P= 0,02 et supérieur à celui rapporté par Hssain H P=0,004 coll qui ont respectivement trouvé 83,3% [13] et 67% [21] .

4. Les antécédents :

4.1. ATCD gynécologiques

- **ACTD d'infections génitales :**

Plus de la moitié des femmes (70,96%) présentaient un antécédent d'infection sexuellement transmissible. Un taux de 63,3% a été retrouvé par Traoré T Ségou [22] et 100% par KEITA M.A au Csref CommuneVI [23]. Les altérations de la muqueuse tubaire secondaire aux infections seraient responsables de 50% de GEU [22].

- **ATCD de contraception :**

Parmi la population d'étude 35,48% des femmes ont utilisé la méthode contraceptive. Ce taux est semblable à ceux trouvés dans les études réalisées par KONARE F.B [27] et KEITA M.A [23] qui ont rapporté respectivement 40% et 35,43% des patientes qui utilisaient des méthodes de contraception.

Ce taux est inférieur à celui d'Andriamifidison et coll [6], qui ont trouvé que 15% des femmes utilisaient la méthode contraceptive.

La micropilule progestative est associée à une augmentation du risque relatif de la GEU de l'ordre de 10% et le stérilet provoque une inflammation persistante ou des infections pelviennes asymptomatiques favorisant probablement une GEU [28]

4.2. ACTD obstétricaux :

- **Récidive de GEU :**

Les récurrences de GEU ont été observées dans 6,45% des cas.

Ce taux est supérieur à celui de Samuel [24] qui a rapporté 3,6% et inférieur à celui de Sonogo D.B [25] qui a trouvé 8%.

Ceci pourrait s'expliquer par la fréquence en post opératoire d'adhérence des organes intra péritonéaux gênant dans certaines situations la migration de l'oeuf.

- **La parité :**

Les Paucipares ont été prédominantes avec un taux de 33,87%, ce taux est inférieur à celui de Bamba K [26] qui a trouvé 44,4%.

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

- **ATCD de GEU :**

Nous avons trouvé un taux d'antécédent de GEU dans 6,45% des cas, inférieur à ceux trouvés par BEMBA K [26] et de BAMBI B [10] qui ont rapporté respectivement dans leurs séries d'études 11,1% et 12,4%, mais proche à ceux trouvés par KONARE F.B [27] et de SOUMAH [30] qui ont rapporté respectivement 5% et 4,81%

- **ATCD d'avortement :**

Un antécédent d'avortement spontané a été observé dans 6,45% des cas.

Ce taux est inférieur à celui de TRAORE A.S [18]P=0,04 qui a trouvé 14 %.

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

4.3. ATCD chirurgicaux :

Les patientes avaient des antécédents chirurgicaux dans 16,13% des cas, parmi lesquels nous avons noté 6 cas de laparotomie soit 9,68%, 1 cas de césarienne soit 1,61% et 3 cas de salpingectomie soit 4,84%. Notre résultat était inférieur à celui du Tchad avec 27% [29] P=0,04 et comparable celui de Traoré T de Ségou [22]P=0,14 avec 23,3%.

Ces résultats attestent que la chirurgie abdomino-pelvienne peut être considérée comme facteur de risque de GEU, en raison des adhérences péritonéales et péri-tubaires qu'elle peut entraîner. Il peut s'agir de chirurgie digestive (appendicectomie, sigmoïdectomie), ou pelvienne (endométriose, chirurgie de la stérilité notamment la chirurgie tubaire, kystectomie).

5. Aspects diagnostiques :

5.1. Signes fonctionnels :

La douleur pelvienne, le retard des règles parfois méconnu par les patientes car les métrorragies peuvent être prises pour des règles ; l'association de douleur pelvienne et la métrorragie étaient présentes dans 70,97% des cas et le retard des règles était observé chez toutes les patientes soit 100% des cas. Cette tendance a été trouvée par Bamba K [26] à Bougouni qui a retrouvé les douleurs pelviennes et les métrorragies chez 81,5% des patientes. Andriamifidison [6] en 2016 à Madagascar a constaté l'association d'aménorrhée, de douleur abdomino-pelvienne et de métrorragie dans 71,2% des cas. Cette situation peut s'expliquer d'une part par le fait de l'ubiquité des présentations cliniques de la GEU.

A l'admission nous avons trouvé un état hémodynamique stable chez toutes les patientes (100 % des cas). Dans la série de Hssain H [21] au Maroc la stabilité hémodynamique a été retrouvée chez 58 patientes soit 73% des cas et un état de choc dans 4% des cas. Nayama et coll [15] ont eu un état de choc dans 10,4% des cas.

Ceci peut être s'expliquer par le mode de recrutement de nos patientes qui sont uniquement sélectionnées pour la coeliochirurgie.

5.2. Signes physiques :

A l'examen physique la défense pelvienne a été retrouvée dans 54,84%, un cris de l'ombilic dans 17,74% des cas, une masse annexielle dans 25,80% des cas, un cris de cul de sac de Douglas dans 19,35% des cas. Ces résultats sont inférieurs aux donnés de la littérature [21] [15].

5.3. Examens complémentaires :

• Examens d'imagerie et biologiques :

L'échographie abdomino-pelvienne a été réalisée chez toutes les patientes, la GEU non rompue représentait 82,25% des cas.

Le test de β hcg urinaire a été effectué dans 98,39% des cas. Sanogo BD [25] a trouvé 100% de test urinaire de grossesse positif. L'échographie pelvienne a été systématique chez toutes les patientes dans la série de Hssain H [21]

Ce qui s'expliquerait par le fait que le BHCG et l'échographie restent les examens fiables pour le diagnostic de la GEU.

Concernant le bilan de retentissement, le taux d'hémoglobine a été effectué chez toutes les patientes, 80,65% des cas étaient dans la valeur normale.

6. Aspects Thérapeutique :

6.1. Exploration :

En peropératoire, la grossesse était rompue dans 72,58% des cas. Cette prédominance des grossesses extra-utérines rompues a été constatée par Diakité H [9] et Hssain H [21] qui ont respectivement trouvé 81,7% des cas et 73% des cas. Ce taux élevé de GEU rompue serait lié au retard du diagnostic.

La localisation ampullaire était prédominante dans notre population d'étude soit 67,74% suivie de la localisation isthmique dans 19,35% des cas. Cette prédominance de la localisation ampullaire est similaire aux données de la littérature [21, 6, 13].

La localisation ampullaire reste la plus privilégiée du fait des conditions de nidation favorable au niveau de la portion ampullaire de la trompe. Cette dernière s'avère très dilatable et souple, avec une paroi peu musclée et muqueuse tapissée de plis profonds. D'autre localisation tels que abdominale et ovarienne existent mais rarement [6].

La trompe controlatérale était normale dans 83,87% des cas et adhérentielle dans 11,29% de cas. Des lésions similaires ont été observées par Traoré T et coll [23] qui ont noté que l'annexe controlatérale était macroscopiquement saine dans 90% des cas et adhérentielle dans 6,7% des cas. Ce taux était inférieur à celui de Belley P [31] qui a trouvé 18,18% de la trompe controlatérale adhérentielle.

6.2. Traitement chirurgical :

La prise en charge de la GEU varie selon les pays, la coelochirurgie conservatrice est la méthode la plus pratiquée dans les pays développés [31].

Dans notre étude le traitement conservateur coelioscopique a représenté 93,55% des cas, Ce résultat corrobore avec celui de Koumaré S et coll dans le même service qui ont effectué un traitement conservateur coelioscopique dans 85,7% des cas. Cette procédure a été adoptée par certains auteurs [3]. Par contre dans la série de Belley P et coll ont trouvé un taux élevé de traitement radical soit 93,94% des cas. Ceci peut être expliqué par le mode de recrutement de ces malades qui a concerné uniquement les GEU rompues.

L'adhésiolysé a été effectuée au même temps opératoire dans 16,12% des cas. Cette tendance a été pratiquée par Belley P et al.

6.3. Suites opératoires :

Les suites opératoires ont été simples dans 93,55 %, compliquées d'hémorragie du site d'implantation du trophoblaste dans deux cas (1,61 %) qui ont nécessité une laparotomie. L'hémostase du site d'implantation de l'œuf a été effectuée dans un cas et une salpingectomie d'hémostase dans l'autre cas. DUBUISSON [32] a observé après un traitement radical, des complications hémorragiques per ou post opératoires immédiates imposants une laparotomie. DUFOUR [33] a rapporté sur une série de 109 cas de GEU, 87 patientes ont bénéficié d'un traitement coelochirurgical dont 6 % ont présenté des complications hémorragiques.

Outre les complications anesthésiques propres à la cœlioscopie, certaines complications sont possibles aussi bien après traitement conservateur que radical sous cœlioscopie.

Un abcès de la paroi a été observé dans un cas (1,61%). Ainsi KOVAM [34] a rapporté sur une série de 144 cas traités par laparotomie cinq cas de suppurations pariétales. Cela démontre un des avantages du traitement par la coelioscopie par rapport à la laparotomie.

La transfusion a été effectuée dans 2 cas soit 3,22%, inférieure à celles de Hssain H au Maroc et GABKIKI. BM au Tchad. Ceci pourrait être expliqué par le fait que la plupart de nos patientes ont été admises à un état hémodynamiquement stable, et aussi la perte sanguine serait minime lors de la pratique coelioscopique.

6.4. Durée du séjour :

La durée moyenne de séjour hospitalier était de un jour avec des extrêmes de un et 8 jours. Cette durée est similaire aux données de la littérature [13] [31] et inférieure à celle de Hssain H au Maroc qui a trouvé une durée de séjour de cinq jours avec des extrêmes de deux et dix-huit jours. Cela expliquerait l'avantage de la coeliochirurgie par rapport à la laparotomie.

7. Pronostic :

Nous n'avons enregistré aucun décès pendant la période d'étude. GABKIKI. BM au Tchad a noté un décès soit 1,9% des cas qui étaient imputé à un état choc hémorragique qui n'a pas pu être jugulé par manque de produit sanguin.

La prise en charge multidisciplinaire efficace et le diagnostic précoce de nos patientes pourraient expliquer l'absence de décès au cours de cette période d'étude. Cependant, le pronostic fonctionnel ultérieure des trompes de ces patientes n'a pas pu être évalué à cause des pertes de vue de la plupart des patientes. Ce paramètre reste à évaluer.

VI- CONCLUSION :

Le traitement coelioscopique de la grossesse extra-utérine est une pratique courante dans le service de chirurgie « A » du Point-G.

Il ressort de cette étude que la prise en charge coeliochirurgicale de la GEU est une technique de choix qui permet de préserver la possibilité de grossesse ultérieure et doit être instaurer sur l'ensemble du territoire du Mali.

RECOMMANDATIONS

VII- RECOMMANDATIONS

Aux autorités sanitaires :

- Former une équipe locale chargée de la maintenance préventive et curative permettra de garantir l'efficacité maximale et permanente du matériel.
- Equiper tous les centres de santé de références de matériel de coeliochirurgie
- Former le personnel adéquatement pour une prise en charge coelioscopique de la GEU
- Informer la population générale sur les bienfaits de la prise en charge de la GEU par l'utilisation de cette technologie moins invasive
- Subventionner la prise en charge coelioscopique de la GEU pour plus d'accessibilité

Aux personnels de santé :

- Prioriser la prise en charge coelioscopique de la GEU par rapport à la voie classique
- Elaborer un module de coeliochirurgie dans le cursus de formation des DES de chirurgie générale et de gynécologie obstétrique
- Organiser des enseignements post universitaires pour une démarche participative du personnel vers la coeliochirurgie devant tout cas de GEU comme première intension.

Résumée

La Grossesse extra-utérine(GEU) est l'implantation et le développement de l'oeuf fécondé en dehors de la cavité utérine.

Elle est considérée comme un problème de santé publique dans tous les pays du monde, quel qu'en soit le niveau de développement, en raison de sa fréquence et ses répercussions sur la fertilité des patientes.

Le but de ce travail était d'évaluer la prise en charge coeliochirurgicale de la GEU par l'unité de coeliochirurgie du service de chirurgie A du CHU du Point G.

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive qui s'est tenue dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point G de mars 2001 au février 2023. Elle a porté sur 62 cas de grossesses extra utérines traitées par l'unité de coeliochirurgie.

L'âge moyen était de 28 ans avec des extrêmes de 16 et 43 ans.

La douleur était associée à la métrorragie dans 70,97% ; le trouble des règles dans 100% des cas. L'examen physique révélait des douleurs avec défense pelvienne dans 54,84 % des cas, une masse annexielle dans 25,80 % des cas et un cri de l'ombilic dans 17,74 % des cas. L'échographie abdomino-pelvienne a permis de trouver une grossesse extra-utérine rompue dans 82,25 % des cas. Le traitement était conservateur dans 93,55% et radical dans 6,45 %. La durée moyenne de séjour hospitalier était de 1 jour avec des extrêmes de 1 et 8 jours. L'évolution postopératoire a été favorable dans 95,16 %, les suites se sont compliquées d'hémopéritoine dans 3, 22% des cas, l'infection du site opératoire dans 1,61% des cas. Aucun décès n'a été enregistré.

Conclusion:

Le traitement coelioscopie de la grossesse extra-utérine est une pratique courante dans le service de chirurgie « A » du Point-G.

Il ressort de cette étude que la prise en charge coeliochirurgicale de la GEU est une technique de choix qui permet de préserver la possibilité de grossesse ultérieure et doit être instaurer sur l'ensemble du territoire du Mali.

Mots clés : Coeliochirurgie ; GEU ; Point G

VII- Références

1. Job-Spira N, Coste J, Aublet-Cuvelier B, Germain E, Fernandez H et al. Fréquence de la grossesse extra-utérine et caractéristique de femmes traitées, premiers résultat du registre d'Auvergne, la presse médical. 1995 ; 24(7) : 351-5.
2. Coste J , Bouyer J, Germain E , Ughetto S , Pouly J ,Job-spira N et al . Recent declining trend in ectopic pregnancy in France : evidence of twoclinic Epidemiologic entities. Fertil Steril. 2000 Nov ; 74(5) : 881-6.
3. Salvat, J. and Melis Thonon, A. (2006) Coelioscopie et grossesse en gynécologie (en dehors de la grossesse extra-utérine). Revue de la littérature. Le Journal de Coelio-Chirurgie ; (57) : 13-43.
4. Coste J, Job-spira N, Aublet-Cuvelier B , Germain E ,Glowac Zower E Fernandez H, et al .incidence of ectopic pregnancy, first resultof a population-based register in France . Hum Reprod. 1994 Apr; 9(4):742-5
5. stulberg DB, cain LR, dahlquist I, et al. Ectopic Pregnancy Rates in the Medicaid Population. Am J Obst ynecol. 2013; 208(4): 274-7.
6. Andriamifidison N.Z.R, Rafamatanantsoa J.F, Randriatsarafara F.M et coll, Profil et issue des femmes présentant une grossesse extra-utérine au Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa. 2016 ; (6) : 745-49
7. Dohbit J.S.1; Foumane P.1; Kapche M.D.2; Mboudou E.T et al, Grossesse extra-uterine à l'hôpital régional de bafoussam: Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. 2010 ; 1(7) : 1189-93
8. Dembelé S , Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques grossesse extra-utérine au Centre de santé de référence de la commune IV du 1 janvier au 31 décembre 2012 Bamako. 2014 ; N°73.
9. Diakité H, aspects epidemio- cliniques et therapeutiques de la grossesse extra uterine au centre de sante de reference de la commune III, Bamako. Thèse de médecine. 2022 ; N° 22M251
10. Bah B, La grossesse extra-utérine en milieu noir africain à propos de 104 cas observé à BAMAKO. Thèse de médecine année 1980 n 2.
11. Beral .V. An épiemiological Study Of recent Trends in Ectopic Prégnancy Br j Obstet Gyn , 1975 ; (82) : 775-82
12. Byron J.W, Fujiyoschi C.A, Miyazawa K. Evaluation of the direct trocar insertion technique at laparoscopy. Obstet. Gynecol. 1989 ; (74) : 423-425

13. Koumaré S, Soumaré L, Sissoko M, Keïta S, Camara M, Sacko O, et al. Evaluation of 15 Years Practice of Coelioscopic Treatment of Ectopic Pregnancy in the Surgery Department “ A ” at the University Hospital Point G. 2018; 454–60.
14. BANGAMBE BJ, KANGUDIA MJ, MBANZULU PN, YANGA JJ et coll. Profil épidémiologique et Prise en charge de la Grossesse Extra-Utérine à l’hôpital de l’Amitié Sino-Congolaise de N’djili, Kinshasa-RDC. 2016 ; 7 : 255-58
15. Nayama M, Gallais A, Ousmane N, Idi N, Prise en charge de la grossesse extra-utérine dans les pays en voie de développement : exemple d’une maternité de référence au Niger. 2006 ; (34) : 14-18.
16. Assoumou O P, Bang Ntamack JA, Makoyo Komba O et coll. Prise en Charge de la Grossesse Extra-Utérine au CHU Mère et Enfant Fondation Jeanne Ebori de Libreville. 2022 ; 129-32.
17. Edjo Nkilly G, Okoue Ondo R, Matsanga A, Sougou E et al. Prise en Charge des Grossesses Extra-Utérines Rompues : Coeliochirurgie Versus Laparotomie coeliosurgery versus laparotomy in the management of ruptured ectopic pregnancy. 2020; (21): 21–4.
18. Traoré SA, Sylla M, Samaké A, Cissouma A, Aspects épidémiologiques, cliniques, anatomopathologiques et thérapeutiques de la GEU à l’hôpital de Sikasso. 2020 ; 4–9.
19. Elharcha M. La grossesse extra-utérine Maroc. THESE medecine. 2017 ; N° 199.
20. Anorlu RI, Oluwole A, Abudu OO, Adebajo S et coll. Risk factors for ectopic pregnancy in Lagos, Nigeria. Acta Obstet Gynecol Scand. 2005; 84(2): 184–8.
21. Hssain H, Berrada R, El Ghanmi A, Ferhati D, et al. La grossesse extra-utérine Maroc. 2011 ; (33) : 105-09.
22. Traoré T, Dao SZ, Traoré S, Diarra R et al. Aspects Épidémiologiques, Cliniques et Anatomopathologiques de la Grossesse Extra- Utérine à Segou (Mali). 2023 ; (24) : 71-6.
23. Keita M, Coulibaly B, Samake A, Tall S et coll, Etude clinique, thérapeutique et anatomopathologique de la grossesse extra-utérine au centre de santé de référence de la Commune VI du district de Bamako (Mali). 2021; 5(1): 104-11.
Keita M A aspect épidémiologie clinique et thérapeutique des grossesse extra-utérine Centre de santé de référence de la commune IV à propos de 127 cas Thèse de médecine, Bamako 2006, N°258 : p69.
24. Samuel D G. Etude de la grossesse extra-utérine dans le service de gynécologie –obstétrique du CHU Gabriel Touré a propos de 83cas. Thèse de médecine ; Bamako 2007 ; n°70.

25. Sanogo DB, Aspects épidémiologiques et anatomopathologiques de la grossesse extra-utérine au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako FMOS 2012 ; 12M147
26. Bamba K. Grossesse Extra Utérine : Aspects Epidémiocliniques, Thérapeutiques, et Pronostic au Centre de Santé de Référence de Bougouni. Faculté de médecine, [thèse de méd.], Bamako, 2019 ; 19M106.
27. Konare FB. Grossesse extra-utérine: Aspects Epidémiocliniques et Thérapeutiques au CSRéf de la commune II du district de Bamako. Thèse Med. Bamako FMPOS; 2018. 18M118, (1-102).
28. Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. 2005; 0(8): 905–12.
29. GABKIKI BRAY MADOUÉ1, ABDELSALAM SALEH2, ILBOUDO SERGE R. WILFRIED, Grossesse extra-utérine : Aspects épidémiologiques et Pronostic maternel à l'Hôpital de district de N'djamena sud (Tchad)
30. Soumah A.F.M, Tolno J.T, Conté I, Sylla I et coll, Facteurs de risque, épidémiologie et prise en charge de la grossesse extra-utérine rompue (GEUR) au service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital national Ignace Deen du CHU de Conakry en 2022. 2023 ; 384-95.
31. Belley P E, Nana Njamé T, Egbe Obenchénti T, Mboudou E, et al. Traitement coelioscopique de la grossesse extra-utérine en milieu africain : expérience de l' hôpital général de Douala. 2009; (10): 2–5.
32. Dubuisson JB, Chapron H. Grossesse extra-utérine : Etiologie, évolution, traitement. Rev Prat Chir. 1998; 4(9):1037-41.
33. Dufour P, Gaubert P, Vinantier D, Bernaedi CH. Traitement coelioscopique de la grossesse extra-utérine .Résultats à propos d'une série de 125 cas. J Chirur 1996;130(6): 269-74.
34. Kovam L, Kandom J. Traitement des grossesses extra-utérines par laparotomie en pays sous équipés. J obstet Gynecol Reprod 199 ; (25): 804-08.

ANNEXES

Iconographie



Figure1 : grossesse extra-utérine ampullaire droite non rompue

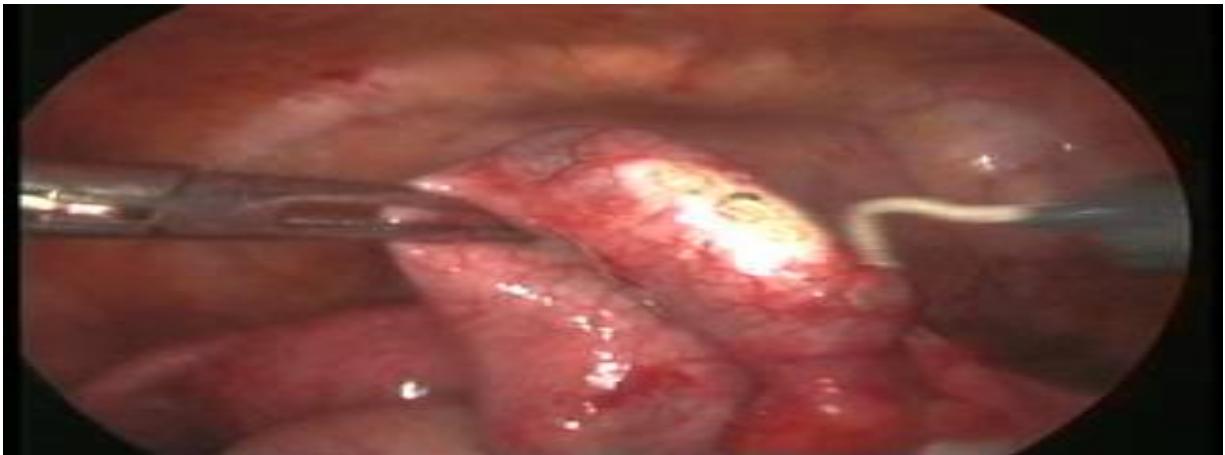


Figure 2 : Electrocoagulation sur le bord anti-mésial de la trompe de Fallope



Figure 3 : Salpingotomie et extraction du trophoblaste