MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE (MESRS)

REPUBLIQUE DU MALI
Un peuple-un but-une foi

U.S.T.T-B

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

Année : 2021-2022 N°……/

THESE

ASPECT EPIDEMIO-CLINIQUE THERAPEUTIQUE ET PRONOSTIC DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE DANS LE SERVICE DE GYNÉCOLOGIE- OBSTÉTRIQUE DU CHU DU POINT G

Présentée et soutenue publiquement le 03/01/2023 Devant la Faculté de Médecine et d'odonto-stomatologie

Par M. BAH Mohamed Bablé

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'état)

JURY :

PRESIDENT : Mme Diénéba DOUMBIA, Maitre de Conférences

MEMBRE : M. Mamadou Salia TRAORE, Gynécologie Obstétrique

CO-DIRECTEUR : M. Mamadou SIMA, Maitre-Assistant

DIRECTEUR: Tiounkani Auguistin THERA, Maitre de Conférences

Dédicaces et remerciements

Dédicace :

A ALLAH, Le Tout Puissant, Le Clément le Tout Miséricordieux et le Très Miséricordieux,

Louange à Toi Seigneur de l'univers et de toutes les créatures.

Je ne cesserai jamais assez de te remercier pour m'avoir donné la santé et la force nécessaire pour réaliser ce travail. Puisse ta grâce m'accompagner durant tout le reste de ma carrière et veiller sur mes pas. Amen !

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

Spécialement à ma chère grande mère :Feue Dicourou CISSE

Courageuse et dévouée, tu nous as entourés d'une attention et d'une affection sans pareille. Les mots me manquent pour décrire tes qualités. Tout ce que je dirais, ne saurait exprimer tout le sacrifice et l'endurance dont tu as fait preuve pour nous élever. Toi qui t'es toujours privée de tout pour que nous n'ayons à envier personne. Toi qui as toujours su répondre à nos appels dans les moments difficiles surtout moi. Toi qui nous as appris les règles de bonne conduite, de dignité et du respect de l'être humain. Je ne saurais te remercier pour la confiance que tu as eue en moi. Ce travail est le fruit de tes efforts. Que Dieu t'accueille dans son paradis, et que Dieu bénisse et accorde une belle part à ceux vous qui avez laissé après vous. Amen !

A la mémoire de mon père : Feu Amadou BAH

Paix à ton âme. Ce travail est sans doute les fruits de tous les sacrifices que tu as consentis de ton vivant. Que Dieu t'accueille dans son paradis. Amen !

A ma chère mère : Coumba MAIGA

Ce travail est le fruit de tes énormes sacrifices. Ton amour est pour moi une source inestimable de courage et de persévérance quotidienne. Tes bénédictions n'ont pas été vaines en moi. Qu'**Allah** t'accorde longue vie et une santé de fer pour que tu bénéficies le résultat de ce travail.

Aux femmes qui ont perdu la vie des suites de complication de la grossesse extra – utérine.

Remerciements :

J'ai aujourd'hui l'opportunité de pouvoir exprimer mes réels sentiments et adresser mes sincères remerciements :

A mon pays le Mali.

Tu es la terre de mes ancêtres, ma patrie, ma racine. Je te serai toujours fidèle.

A tous mes tontons :

Vous avez accompli votre rôle de tonton et même de père pour moi.

Merci pour l'aide et le soutien que vous m'avez apportés pendant les moments difficiles de ma vie. Que **Dieu** vous donne une longue vie pleine de bonheur.

A toutes mes tantes :

Vous m'avez toujours pris comme votre propre fils.Et vous avez toujours repondu positivement à mes services.

Que **Dieu** vous bénisse et accorde le bonheur.

A mes freres,soeurs,cousins et cousines:

Vous avez fait preuve de solidarité et de fraternité à mon endroit. Puisse ce travail nous inspirer et nous inciter à aller de l'avant car il y'a toujours un chemin, une voie à suivre devant nous.

A mes neveux et nièces :

Recevez ici l'expression de toutes mes considérations.

A mes maitres du premier cycle, du second cycle et du lycée

Merci pour l'encadrement.

AU CORPS PROFESSORAL :

Ce travail est le reflet de l'éducation que vous m'avez prodiguée durant mon cycle.je vous en suis reconnaissant.

AU FEU Professeur Bouraïma MAÏGA, FEU Dr Ibrahima ONGOIBA, Dr Samba TOURE, Professeur Augustin T THERA, Dr Mamadou SIMA, Dr Mamadou STRAORE, Dr Ibrahim KANTE, Dr Ahmadou COULIBALY, Dr Koniba KONE, Dr Sakoba KONATE du service de gynécologie obstétrique du CHU du point G :

Merci pour votre grande disponibilité pour les enseignements reçus et pour m'avoir donné sans compter. Je garde une bonne impression de vous tous et vous en suis reconnaissant. Voici le fruit de vos efforts.

AU MAJOR, AUX ANESTESISTES, AUX IBODES,AUX SAGES FEMMES,LES INFIRMIERES, ET LES GARÇONS DE SALLE DU SERVICE DE GYNECO OBSTETRIQUE :

Votre disponibilité m'a rendu facile la tâche d'interne. Merci pour votre sympathie.

A MES COLLEGUES INTERNES DU SERVICE :

Nous avons traversé ensemble les moments difficiles que DIEU nous donne une meilleure carrière qui ferra honneur à nos chers maitres que Dieu nous bénisse amen.

A tous amis: recevez ici l'expression de mes sincères respects et considérations.

A tous ceux qui m'ont aidé, de loin ou de près; financièrement ou moralement dans l'élaboration de ce travail. Je vous dis merci infiniment.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Présidente du jury :

Pr DOUMBIA Dieneba DOUMBIA

► Spécialiste en Anesthésie-Réanimation, et en Médecine d'Urgence et de Catastrophe

► Maitre de conférences en Anesthésie –Réanimation a la FMOS

► Chef de service des urgences du CHU du point G

► Membre de la Société d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence du Mali (SARMU-MALI)

► Membre de la Société d'Anesthésie-Réanimation d'Afrique Noire Francophone (SARANF)

Cher Maître

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury de thèse malgré vos multiples occupations.

L'opportunité nous est ainsi donnée de vous faire part de l'estime et l'admiration que nous portons à votre égard.

Vos qualités de femme de science éclairée, de praticienne infatigable, de pédagogue assertée font de vous une enseignante aimée et admirée de tous.

Soyez rassurée chère maitre de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A notre Maître et membre du jury :

Pr Mamadou Salia TRAORE

► Maître de Recherche en Gynécologie Obstétrique ;

► Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire du Point G ;

► Diplômé de Formation Médicale Spécialisée Approfondie de l'Université Paris Descartes en Gynécologie Obstétrique ;

► Enseignant à la filière sage-femme et en Master de Santé de la Reproduction à l'Institut de Formation en Sciences de la Santé ;

► Secrétaire général de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique.

Cher Maître,

Votre présence dans ce jury de thèse nous comble au plus haut degré.

Nous avons été marqués par vos qualités humaines, votre rigueur et votre amour pour le travail bien fait.

Veuillez accepter cher maître l'expression de nos sincères remerciements et soyez assuré de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Directeur de Thèse

Pr Tiounkani Augustin THERA

► Chef de service de gynécologie obstétrique du CHU du Point G

► Ancien chef de service de l'Hôpital Nianankoro Fomba Ségou ;

► Maître de conférences agrégé de Gynécologie Obstétrique ;

► Ancien faisant fonction d'interne des hôpitaux de Lyon (France) ;

► Titulaire d'une attestation de formation spécialisée en gynécologie obstétrique : Université Claude Bernard Lyon (France) ;

► Titulaire d'un Diplôme d'Etude Universitaire en Thérapeutique de la stérilité : Université Paris IX (France) ;

► Titulaire d'un Diplôme Européen D'Endoscopie Opératoire en Gynécologie : Université d'Auvergne, Clermont Ferrant (France) ;

► Titulaire d'un Diplôme d'Etude Universitaire en Colposcopie et Pathologies Cervico-Vaginales Angers (France) ;

► Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire d'échographie gynécologique et obstétrique : Université Paris Descartes ;

► Titulaire d'un Certificat d'Etudes Spécialisées en Gynécologie Obstétrique : Université Nationale du Bénin ;

► Doctorat d'Etat en Médecine : Université d'Etat de Médecine Pirogov : Vinnitsa (Ukraine) ;

► Membre du Comité Politique du Programme de la Reproduction Humaine (HRP) à l'OMS : Genève (Suisse).

Cher Maître,

Votre spontanéité à accepter de contribuer à ce travail nous a énormément touchés.

Vos suggestions et vos remarques ont su conduire ce travail à son terme.

C’est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré votre multiple occupation.

Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous un modèle à suivre.

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

Nous espérons être dignes de votre confiance, et nous vous prions, cher Maître, d’accepter notre profonde reconnaissance et notre haute considération.

Veuillez trouver ici, cher Maître, l’expression de notre profond respect et de notre très grande considération.

Que le tout Puissant Allah vous protège. Amen

A notre Maître et Co-directeur :

Dr Mamadou SIMA

► Praticien hospitalier au CHU du point « G » ;

► Maître Assistant en Gynécologie Obstétrique à la FMOS.

Cher maitre,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de porter un écart critique sur ce travail nous a profondément touché,

Votre disponibilité, votre simplicité, votre sympathie et votre amour du travail sont autant de qualités que vous incarnez.

Permettez-nous de vous exprimer ici, le témoignage de notre profonde reconnaissance.

SOMMAIRE

I. Introduction 1

► Objectifs 5

II. Généralités 6

III. Méthodologie 40

IV. Résultats 50

V. Commentaires et discussion 82

VI. Conclusion et recommandations 93

VII. Références 96

VIII. Annexes 102

LISTE DES ABREVIATIONS

AINS : Anti inflammatoire non stéroïdien

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

ATCD : Antécédent

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Cm : Centimètre

CSRéf : Centre de Santé de Référence

DIG : Diagnostic immunologique de la grossesse

DIU : Dispositif intra-utérin

FIV: Fécondation in Vitro

g/dl : Gramme par décilitre

GEU: Grossesse extra-uterine

GIFT: Gamete Intra Fallopian transfer

Hb : Hémoglobine

HCG : Hormone Gonadotrophine Chorionique

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

J : Jour

mg/m^2 : Milligramme par mètre carré

mg/kg : Milligramme par kilogramme

MLU : Masse latéro-utérine

MTX : Méthotrexate

mui/ml : Milli unité internationale par millilitre

NFS : Numération formule sanguine

ng/L : Nano gramme par litre

RU 486 : appelé encoremifepristone (nom commercial courant : Mifégyne).

SA : Semaine d'aménorrhée

TV : Toucher Vaginal

UI : Unité internationale

ZIFT : Zygote Intra Fallopian transfert

I. Introduction :

Les hémorragies du premier trimestre de la grossesse sont des motifs fréquents de consultation en Gynécologie - Obstétrique. Parmi ses causes la grossesse extra – utérine (GEU) est la complication la plus redoutable et menace serieusement le pronostic vital et obstétrical de la femme.

La GEU est définie par l'implantation et le développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine [1]. Elle est un problème de santé publique dans tous les pays du monde quel que soit le niveau de développement en raison de sa repercussion ulterieure sur la fertilité des patientes.

Elle est la prémière cause de mortalité maternelle au cours du prémier trimestre de la grossesse dans les pays en développement et dans les pays indutrialisés. [2,3] et est responsable **de 10%** de mortalité maternelle totale [4].

Dans les pays développés, l'incidence de la GEU est de l'ordre de **100 à 175** par an pour **100 000** femmes âgées de **15 à 44 ans**. Soit environ **2 GEU** pour **100** naissances [5,6].

En France son incidence est estimée **à 2%** des grossesses [7].

Aux Etats Unis, malgré la haute technologie, la GEU demeure un problème de santé publique et responsable de **9%** de mort maternelle [8].

En Afrique centrale et au **Congo Brazzaville**, la fréquence de la GEU est de **2,9%** soit 1GEU pour 34 accouchements [9].

En Afrique du Nord et au **Maroc,** son incidence est de **0,9%** soit 1 GEU pour 108 naissances [10].

En Afrique Occidentale et au **Sénégal**, la **GEU** représente **9,3%** des laparotomies réalisées en urgence avec une incidence de **0,8%** des grossesses. [5].

Au Mali :

- Au **CHU Gabriel TOURE,** la **GEU** représentait **3%** des accouchements en **2007.** [11]

- Au **CHU du Point « G** » son incidence était de **2,79%** des accouchements en **2009**. [12]

La grossesse extra-utérine occupe le **2ème rang** des urgences gynécologiques et obstétricales au Mali [13,14]. Elle est en croissance regulière au Mali et dans les pays en voie de développement, ceci en rapport avec la multiplicité des facteurs favorisants notamment les **IST**, les **IVG** et le traitement de la stérilité.

Son diagnostic est le plus souvent tardif à des stades de rupture tubaire avec hémoperitoine important surtout dans les pays en voie de développement, ce qui aggrave le pronostic maternel et obstétrical.

Alors ces dernières années ont été marquées dans le monde en matière de grossesse extra-utérine par des progrès considérables tant sur le plan diagnostique que thérapeutique.

- En ce qui concerne le diagnostic, celui-ci est de plus en plus précoce grâce au dosage des bêta HCG et aux performances de l'echographie endovaginale.

- Sur le plan thérapeutique, la mise au point des techniques cœliochirurgicales conservatrices ou radicales et le développement du traitement médical ont considérablement modifié la prise en charge de cette affection. [15]

Au Mali des études antérieures sur les grossesses extra-utérines ont mis en exergue l'importance et la gravité de cette pathologie obstétricale.

Ce pésent travail mené au CHU du Point « G » est une contribution à l'étude du sujet, avec les objectifs suivants :

OBJECTIFS :

Objectif Général :

Etudier les aspects épidemio-clinique thérapeutique et pronostic de la GEU dans le service de Gynécologie - Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Point « G ».

Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes;
- Déterminer la fréquence de la GEU dans le service ;
- Décrire les formes cliniques rencontrées ;
- Déterminer le pronostic maternel.

II. Généralités :

2.1. Définition :

La grossesse extra – utérine se définie par l'implantation et le développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine [1].

2.2. Historique :

La GEU, il y a un siècle, était considérée comme une fatalité. C'est **LAWSON TL [16]**, en **1883** qui fut le premier auteur à pratiquer une intervention chirurgicale permettant de sauver la patiente. Cette technique consistait en une salpingectomie. Depuis, le traitement de la GEU a évolué avec le temps.

En **1953, STROMME [17]** montrait que le traitement conservateur de la GEU était possible par laparotomie.

Jusqu'en **1977**, la laparotomie était la conclusion inévitable du diagnostic de la GEU.

Le premier traitement conservateur coelioscopique fut l'œuvre de **HUBERT MANHES**, CES de Gynécologie-Obstétrique en 1977**[18].** 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 [19]** 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 cœlioscopie par injection intra tubaire et intra lutéale de prostaglandine F2 alpha.

En France **FERNANDEZ [20]** le pratique sous échographie.

2.3. Physiologie de la fécondation et de la nidation de l'œuf :

Dans les conditions physiologiques, l'ovule expulsé dans la cavité pelvienne après rupture du follicule de DE GRAFF, est immédiatement capté par le pavillon de la trompe qui coiffe l'ovaire ou guidé par un courant séreux vers la trompe.

L'ovule séjourne dans le 1/3 externe de la trompe : lieu de la fécondation.

En même temps les spermatozoïdes déposés dans le vagin au moment du coït remontent par le col utérin vers les trompes avec acquisition du pouvoir fécondant : c'est la capacitation.

La fécondation qui a lieu dans la portion externe ou ampullaire de la trompe est la rencontre de l'ovule et d'un spermatozoïde.

L'œuf résultant de cette fusion doit descendre dans la cavité utérine en 6 jours, là il se fixe sur la muqueuse préparée à cet effet : c'est la nidation.

Durant la migration, l'œuf commence sa multiplication et se fixe au stade de blastocyte dans la cavité utérine entouré de cellules crampons ou trophoblaste qui s'enfonce dans la muqueuse ou caduque assurant la fixation de l'œuf.

Les échanges avec la circulation maternelle s'établissent : c'est l'ébauche du futur placenta.

2.4. Physiopathologie de la GEU :

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

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

L'œuf capté avec retard peut atteindre le stade de blastocyte dans l'ampoule où, 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 côté et d'un corps jaune sur l'ovaire controlatéral**. [21]**

2.4.2 Arrêt ou ralentissement de sa migration dans la trompe :

► Le péristaltisme tubaire peut en effet être perturbé de multiples manières **[22] :**

- Par une malformation congénitale des trompes (hypoplasie, diverticule, rétrécissement) ;
- 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 ;
- Par une endométriose tubaire souvent située dans la portion interstitielle de la trompe **; [23]**
- Par le facteur spasmodique tubaire, le péristaltisme étant modifié par des secrétions stéroïdes ovariennes. **[24]**

► La pilule du lendemain exposerait à un risque de GEU de 10%, **[25]**

Les progestatifs microdosés 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]**

Cette augmentation n'est peut être que relative par rapport aux grossesses intra-utérines.

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

► L'induction de l'ovulation par des gonadotrophines humaines (HMG-HCG) favorise les GEU dont le taux peut atteindre 3%. Il est alors fréquent de noter l'association grossesse intra-utérine et grossesse extra-utérine. Cette complication s'observe au cours des ovulations multiples, les ovulations pouvant survenir à des moments différents après l'injection d'HCG. Le premier ovocyte a un transit normal mais les modifications hormonales liées au premier corps jaune perturbent le transport des ovules supplémentaires. **[27]**

► Après Fécondation In Vitro (FIV), malgré la réimplantation de l'œuf dans l'utérus, la GEU est possible (5 à 10%) s'il reste une trompe perméable à la corne. La GEU est fréquente aussi après transfert intra tubaire de zygotes (ZIFT). **[16]**

2.4.3. Anomalie de l'œuf :

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

En clinique, il semble qu'il faille 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 récidive est fréquente et les chances de maternité sont minimes.

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.

2.5. Les localisations anatomiques des implantations ectopiques :

2.5.1. La grossesse tubaire (98% des cas) : [16]

- Elle est le plus souvent ampullaire (78%). Cette portion élastique et large des trompes permet une évolution plus longue.
- Parfois isthmique (20%), elle se révèle alors précocement du fait de l'étroitesse du conduit **[31].**
- Elle est rarement interstitielle.

2.5.2. La grossesse abdominale (1.3 % des cas)

L'œuf se développe dans la cavité abdominale, le placenta est inséré au hasard sur le grêle et le mésentère, permettant une évolution prolongée parfois jusqu'au terme**. [16]**

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

Elle est caractérisée par l'intégrité tubaire homo et controlatérale avec présence d'un sac ovulaire sur l'ovaire relié à l'utérus par le ligament utero- ovarien, ainsi que par la présence de tissu ovarien en contact direct avec le sac ovulaire. **[16]** On distingue :

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

♥ La grossesse ovarienne combinée où le tissu ovarien ne forme pas une coque complète autour de l'œuf. C'est la forme la plus fréquente.
L'évolution de la grossesse ovarienne peut se faire soit in situ, soit vers la greffe abdominale secondaire.

Certains auteurs pensent que la forme intra ligamentaire de la grossesse extra-utérine pourrait être une variété de l'implantation ovarienne**. [28]**

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

C'est une localisation très rare, environ 1 cas / 15000 grossesses **[29].** 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'au terme. La grossesse cervicale est caractérisée par le fait qu'elle se termine avant le troisième mois et qu'à l'examen histologique, la cavité utérine présente les caractéristiques d'une caduque de grossesse ectopique sans aucun élément trophoblastique.

Sa rareté pourrait s'expliquer par la structure de la muqueuse endo-cervicale, constituée par un épithélium cylindrique qui secrète continuellement un mucus à la moindre irritation, s'opposant ainsi à toute tentative de nidation…

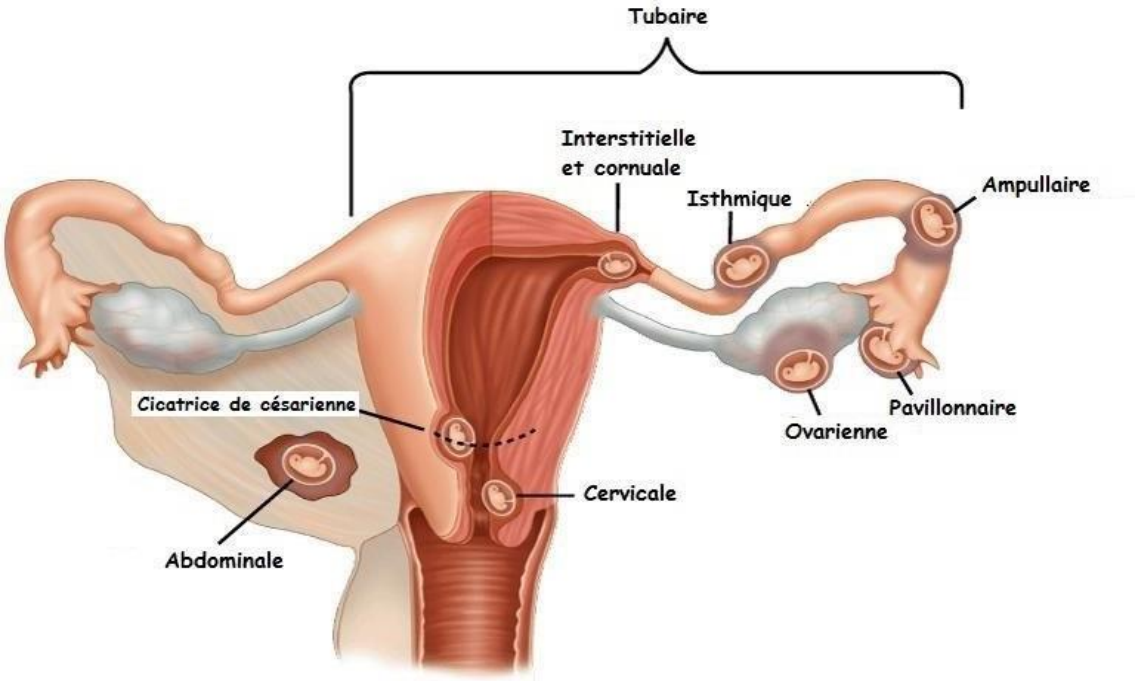


Figure1 : les localisations possibles de la GEU [43]

2.6. Diagnostic de la GEU :

a) Type de description : GEU ampullaire non rompue à 7SA

b) Circonstances de découverte : Il s'agit d'une femme jeune qui se sait enceinte et qui consulte parce que sa grossesse est anormale. En effet, elle souffre et elle saigne.

Les douleurs sont hypogastriques basses, unilatérales, à type de torsion surtout ou de coliques, très caractéristiques. Les pertes sont constituées de sang noirâtre sépia peu abondant. Cette association grossesse et douleurs et métrorragies évoque la GEU.

c) L'interrogatoire doit être méticuleux

Il précise la durée et le rythme habituel des cycles, la date des dernières règles, tout en faisant récapituler les cycles antérieurs.

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

d) L'examen physique :

- Inspection retrouve une coloration des conjonctives

- A la palpation le ventre est souple et respire bien.

- **A l'examen au spéculum** le col est normal ou violacé et l'écoulement sanguin vient de la cavité utérine.

- **Le Toucher vaginal** (TV) précise la taille et la mobilité de l'utérus et la mollesse du col.

On est frappé par deux choses :

● L'utérus, quoique ramolli, est plus petit que ne le voudrait l'âge supposé de la grossesse.

● Dans un cul de sac, on retrouve une masse unilatérale indépendante de l'utérus mobile mollasse mais fait essentiel, douloureuse : c'est **la <<petite chose>>**latero-utérine de **Mondor**.

NB : Il n'en faut pas plus pour évoquer le diagnostic et faire hospitaliser la patiente.

2.7 Les examens complémentaires :

2.7.1 L'hémogramme et le groupage sanguin Rhésus :

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

2.7.2 Le diagnostic immunologique de grossesse (DIG) :

Il n'est évocateur que s'il est nettement ou faiblement positif. Il se fait avec les urines du matin si possible.

Le dosage spécifique de l'HCG utilisant les anticorps monoclonaux, est plus sensible puisque sensible à 50 ou 70 unités, il est positif dès le 10^{ieme} jour ou avant le retard des règles. Ils peuvent parfois être faussés par une protéinurie importante, une hématurie, une hémoglobinurie ou une bactériurie.

2.7.3 Le dosage quantitatif de l'HCG plasmatique :

L'hormone gonadotrophine chorionique est une hormone peptidique secrétée 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 5mUI/ml.

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

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

Quand ce taux atteint plus de 3500mUI/ml on doit normalement voir un sac ovulaire ou gestationnel en échographie pelvienne.

En échographie endo-vaginale, le sac est visible avec des taux situés entre 500 et 1000mUI/ml.

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

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

2.7.4 L'échographie :

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

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

a) Les signes latéro-utérins :

Il est parfois possible de voir un sac gestationnel latéro-utérin. Ce sac gestationnel n'est pas entouré de l'épais manteau myométrial de l'implantation utérine normale.

Parfois l'embryon est visible avec un tube cardiaque actif. Le diagnostic est alors certain.

b) Les signes péritonéaux :

L'épanchement liquidien dans le cul-de-sac du Douglas n'est pas constant mais il est évocateur du diagnostic.

Une rupture de kyste du corps jaune peut aussi donner un tel épanchement ou encore un simple reflux tubaire lors de règles abondantes ou d'une fausse couche.

2.7.5 La ponction du Douglas (rarement pratiquée) :

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

2.7.6 La cœlioscopie :

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

Les faux négatifs sont exceptionnels (0,01%) : il s'agit des formes ultra-précoces à peine visibles : seule l'expérience de l'opérateur notera une coloration bleutée, appréciera un ressaut au palpateur ou recherchera une asymétrie du fond (grossesse interstitielle).

Les faux positifs sont rares (1,6%). Ils sont liés en général à une mauvaise vision du pelvis.

La cœlioscopie a deux avantages essentiels :

- Elle évite la laparotomie dans près de 60% des cas et permet le traitement de la GEU.
- Elle augmente le nombre de diagnostic de GEU non rompue.

L'attitude logique est donc de sélectionner les indications par combinaison des examens, en particulier les β-HCG plasmatiques et échographique pelvienne ou endo- vaginale.

2.8 Evolution naturelle :

Plusieurs stades évolutifs de la grossesse extra-utérine sont possibles :

a. Hématosalpinx :

La GEU entraîne une érosion des vaisseaux tubaires, le saignement se collecte dans la trompe et conduit à une dilatation tubaire.

b. Rupture tubaire :

Elle correspond, soit à l'évolution ultime d'un hématosalpinx, soit à l'envahissement de la paroi tubaire par le trophoblaste. La rupture est d'autant plus hémorragique que la GEU a une implantation proximale interstitielle ou isthmique ou en regard du mésosalpinx.

Il peut s'agir d'une rupture franche ou d'une simple fissuration.

c. Hématocèle :

C'est une hémorragie péritonéale qui s'est spontanément tarie et enkystée dans le cul de sac de Douglas correspondant le plus souvent à la fissuration d'une GEU spontanément involutive ou à un avortement tubo abdominal.

d. Avortement tubo abdominal :

Si la GEU s'implante superficiellement et si elle s'implante à l'opposé du mésosalpinx, sa vascularisation est parfois insuffisante.

La GEU se sépare alors de la paroi tubaire et est évacué par le pavillon. L'évolution peut se faire sur trois modes : guérison spontanée, grossesse abdominale ou hématocèle enkysté.

2.9 Diagnostic Positif :

Toute femme en activité génitale présentant une aménorrhée associée à des métrorragies, une douleur unilatérale une masse latéro-utérine à l'examen, un utérus vide, une masse annexielle contenant un embryon avec activités cardiaques à l'échographie et les βHCG positifs sont des signes permettant de poser le diagnostic de la GEU.

CONDUITE PRATIQUE :

En pratique, la décision d'une hospitalisation doit être basée sur les signes cliniques, le dosage quantitatif des βHCG et les résultats de l'échographie avant de décider d'une hospitalisation pour coelioscopie et traitement.

L'association d'un dosage des βHCG positif avec un utérus vide d'écho qu'il y ait ou non des signes échographiques latéro-utérins évoque le diagnostic de GEU.

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

Un taux faible des βHCG associé à des signes échographiques discutables doit faire discuter une coelioscopie.

Pour en décider, on tiendra compte :

- De la chirurgie tubaire, port d'un stérilet ; des signes cliniques évocateurs avec lipothymies ;
- Des signes échographiques : masse latéro-utérine douloureuse et /ou épanchement péritonéal.

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 des βHCG 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 des βHCG en 72 heures, une stagnation du taux, à plus forte raison toute ascension doit faire revoir le diagnostic. Mieux vaut une cœlioscopie blanche qu'une hémorragie cataclysmique qui peut être fatale à la mère (6% des morts maternelles) **[16].**

2-10. TRAITEMENT DE LE GROSSESSE EXTA-UTERINE

2-10-1 Traitement médical [33, 39,40]

Depuis la publication de Tanaka[1] en 1982, le traitement médical de la grossesse extra-utérine (GEU) par Méthotrexate (MTX) s'est développé et s'est imposé comme une alternative possible au traitement chirurgical laparoscopique.

En effet, l'apport combiné des nouveaux dosages quantitatifs de la gonadotrophine chorionique (hCG) et de l'échographie endo-vaginale a rendu possible le diagnostic plus précoce et plus sûr de la GEU, à un stade où la dilatation tubaire est minime. Ainsi, la gestion de la GEU peut se faire en dehors de l'urgence et sans avoir recours à la laparoscopie diagnostique.
C'est dans ce contexte, que de nouvelles options, comme le traitement médical ou l'abstention ont pu se développer.

Le produit le plus utilisé est le methotrexate, antineoplasisque de type antifolinique. Il inhibe la synthèse des acides nucléiques au sein des cellules.

a) Le Méthotrexate et ses voies d'administration :

Le MTX représente la molécule cytostatique antifolinique la plus utilisée dans le traitement médical de la GEU. Il agit en inhibant la tétrahydrofolate réductase, empêchant ainsi la synthèse des acides nucléiques par carence en purines.
Son action inhibitrice sur les cellules trophoblastiques en réplication est utilisée depuis longtemps pour traiter la maladie trophoblastique persistante.
L'expérience acquise dans ce domaine a permis de constater l'innocuité de la molécule sur l'appareil génital et l'absence d'effet délétère sur la fertilité ultérieure. Les traitements actuels font appel à des protocoles monodoses.

► Les protocoles :

● **Le schéma américain** utilise des posologies de **50 mg/m^2.**

● **De nouveaux protocoles** emploient des doses de methotrexate **50** mg ; posologie **1 mg/kg par voie intramusculaire** avec une efficacité comparable.

Pour de tels schémas thérapeutiques, l'analyse de la littérature fait état d'un **taux de succès** compris entre 64 et 94 %, avec une moyenne autour de **85 %**. Ces résultats semblent identiques quelque soit la voie d'administration.

► Voies d'administration :

Deux voies d'administrations existent, la voie systémique intramusculaire et la voie locale par injection directe dans le sac ovulaire.

- La voie systémique :

La voie intramusculaire : représente la voie d'administration la plus utilisée car elle simplifie au maximum le traitement ambulatoire de la GEU.

- **La voie locale**, par injection directe dans le sac ovulaire : L'injection locale permet, tout en utilisant des doses plus faibles, d'obtenir des concentrations plus élevées de MTX in situ. Son bénéfice essentiel réside dans la diminution des effets secondaires.

♦ **L'injection écho guidée** *:* à travers le cul-de-sac vaginal impose une localisation certaine du sac ectopique, des conditions locales propices ainsi qu'un opérateur entraîné à cette technique.

♦ **L'injection sous contrôle laparoscopique** *:* peut être employée lorsqu'un doute diagnostique a conduit à pratiquer la laparoscopie ou que la localisation interstitielle ou ovarienne de la GEU laisse entrevoir un traitement laparoscopique mutilant ou aléatoire.

► **Indications et contre-indications du traitement médical :**

L'analyse des critères d'inclusion et d'exclusion pour le traitement par MTX dans les différentes publications internationales ne permet pas de dégager un consensus univoque. Cependant, il existence des critères majeurs d'éligibilité et des contre-indications formelles qui ne font l'objet d'aucune discussion (tableau I, tableau II).

Tableau I : Indications au traitement médical d'une GEU

INDICATIONS (critères majeurs liés à la GEU)
• Etat hémodynamique stable • Hématosalpinx < 3 ou 4 cm (dans son plus grand diamètre) • GEU peu douloureuse • Accord de la patiente et compliance dans le suivi
INDICATIONS (critères mineurs)
• Antécédents de pelvis adhérentiel • Contre-indication anesthésiologique • GEU interstitielle ou cervicale • GEU persistante après salpingotomie

Actuellement, les points de discussion résident dans les contre-indications relatives (tableau II) que sont les valeurs maximales admissibles des taux d'HCG [34] et de progestérone [35] ainsi que certains critères échographiques comme la présence d'une activité cardiaque [36] et d'un hémopéritoine.

En effet, pour certains auteurs, des taux élevés d'HCG et la présence d'une activité cardiaque sont des éléments de mauvais pronostic, rendant le taux de succès plus incertain. En revanche, il est remarquable de constater que la plus grande série américaine [37] n'intègre plus les dosages hormonaux pour décider de l'opportunité d'un traitement par MTX.

Tableau II : Contre-indications au traitement médical d'une GEU [33]

CONTRE-INDICATIONS (formelles)
Insuffisance rénale
Insuffisance hépatique
Thrombopénie < 50000/l
GEU algique
Faible compliance
CONTRE-INDICATIONS (relatives)
Taux d'hCG élevé (> 10000 mUI/ml)*
Progestéronémie élevée (>10 ng/ml)
Embryon avec activité cardiaque
Hémopéritoine > 100 cc
Thrombopénie entre 50000 et 100000/l (accord des hématologues nécessaire)
Patiente angoissée

* La valeur seuil maximale admise en fonction des études, varie entre 5000 et 15000 mUI/ml.

Fernandez [45] (tableau III) préconise un score pré-thérapeutique composé de 6 critères, chacun affecté d'un coefficient allant de 1 à 3.

Un score total < 12 permet d'espérer un taux de succès d'environ 85 %.

Tableau III: Score pour le traitement médical de la GEU d'après Fernandez [45]

Données cliniques et de laboratoire	**1**	**2**	**3**
Age gestationnel (jours d'aménorrhée)	>49	49-42	<42
Taux d'HCG (mUI/ml)	<1000	1000-5000	>5000
Taux de progestérone (ng/ml)	<5	5-10	>10
Douleurs abdominales	Absentes	Provoquées	Spontanées
Hématosalpinx (cm)	<1	1-3	>3
Hémopéritoine (ml)	0	1-100	>100

Le traitement médical de la grossesse extra-utérine est possible si le score inferieur à 13, au delà l'option chirurgicale prime.

► **Les effets secondaires :**

- Nausées, vomissements
- Diarrhée, douleur abdominale
- Irritation buccale
- Atteinte hépatique
- Baisse des plaquettes et globules blancs.

► **Protocole et surveillance après traitement :** (tableau IV).

Le bilan préthérapeutique préconise le dosage de l'hémoglobine, de l'hématocrite, le compte plaquettaire ainsi que le groupe sanguin avec rhésus. Sous réserve d'une anamnèse normale, le bilan hépatique, rénal et le bilan de coagulation ne sont pas utiles pour de telle dose de MTX.

La décision d'une 2ème injection de MTX est prise en fonction de la variation du taux d'hCG entre J0 et J7 (tableau IV). D'autres protocoles prennent en compte la variation du taux entre J4 et J7.

Tableau IV : Protocole de traitement par MTX [33]

J 0	Dosage sérique de l'HCG et de la progestérone Groupe Sanguin, Rhésus, Hb, Ht, Plaquettes **MTX 1 mg/kg IM**
J 2	Entretien téléphonique
J 4	Consultation et dosage sérique de l'HCG
J 7	Dosage sérique de l'HCG
Si le taux d'HCG baisse de plus de 15 % entre J0 et J7, dosage hebdomadaire de l'HCG jusqu'à ce que le taux soit <20 mUI/ml.	
Si le taux d'HCG à J7 > J0 ou si le taux baisse de moins de 15 % entre J0 et J7, faire une deuxième injection de MTX (1 mg/kg IM). Faire un bilan sanguin (FSC, plaquettes, créatinémie, SGOT, SGPT, GGT) qui sera répété 7 jours plus tard. (Le suivi de la 2ème semaine sera identique au suivi de la 1ère semaine).	
En cas d'aggravation des douleurs consultation par la même équipe médicale	

La surveillance est relativement contraignante car elle impose une disponibilité, une rigueur de l'équipe médicale et une bonne compliance de la patiente. La surveillance sera clinique, biologique et échographique.

♦ Surveillance clinique :

Une fois l'injection de MTX effectuée, la patiente peut regagner son domicile, au repos de préférence les premiers jours. De nombreux conseils lui sont prodigués comme l'interdiction d'alcool ou d'AINS les premiers jours. Il est préférable d'éviter tout voyage lointain tant que la guérison n'est pas assurée. Les rapports sexuels sont à éviter les premières semaines. En effet, il n'est pas rare d'observer en cas de poursuite de l'activité sexuelle une aggravation de l'hématosalpinx dans les heures qui suivent, avec un risque accru de rupture alors que les taux d'HCG continuent de baisser.

La patiente est également informée des effets secondaires inhérents au MTX, comme les stomatites, les nausées et les diarrhées. Ils apparaissent essentiellement en cas de 2ème injection. Ces effets sont transitoires et spontanément réversibles.

Le problème essentiel de la surveillance sera l'évaluation des douleurs pelviennes qui sont fréquentes dans la semaine qui suit l'injection.

Elles sont signalées dans 30 à 60 % des cas en fonction des séries. Ces coliques tubaires posent le délicat problème d'un éventuel syndrome fissuraire. Cette évaluation nous semble plus facile si c'est la même équipe médicale, ou mieux le même médecin qui assure la surveillance.

En cas de doute, une hospitalisation est demandée. C'est sur des critères objectifs comme l'apparition d'un péritonisme abdominal, une instabilité hémodynamique, une baisse de l'hématocrite et un hémopéritoine s'aggravant que l'on décidera de passer à la laparoscopie pour suspicion de GEU rompue.

♦ La surveillance biologique :

L'étude de l'évolution initiale des taux d'hCG montre des cinétiques variables durant les premiers jours. Soit les taux grimpent avant d'amorcer une décroissance autour du 4ème jour, soit les taux baissent d'emblée. La connaissance de cette cinétique initiale n'offre que peu d'intérêt car elle ne permet pas de préjuger de la nécessité d'une 2ème dose. Par contre, il est important que le taux d'hCG à J7 passe nettement sous la valeur initiale de l'hCG à J0. Si ce n'est pas le cas, une 2ème dose de MTX est préconisée. Lors de la décroissance de l'hCG, un dosage hebdomadaire est suffisant jusqu'à négativation (< 20 mUI/ml). Celle-ci est obtenue en général au bout d'un mois (25 à 35 j).

♦ La surveillance échographique

Régulière, en l'absence de douleur est inutile. En effet, la résorption de l'hématosalpinx est lente et ne suit pas forcément l'évolution des taux d'hCG. En revanche, en cas de recrudescence des douleurs, l'échographie vaginale devient irremplaçable pour évaluer l'importance de l'hématosalpinx et pour quantifier un hémopéritoine associé. En tant que tel, l'hémopéritoine est un critère échographique plutôt inquiétant.

Dans le cas présent d'une GEU, ce critère est très variable dans le temps et sa présence ne doit pas à elle seule, nous décider à passer à la laparoscopie.

Dès la négativation des taux d'hCG, nous préconisons en général une contraception orale pendant 2 à 3 mois, puis, pour celles qui ont un désir de grossesse, nous proposons une hystérosalpingographie pour connaître la perméabilité tubaire. Le taux de perméabilité tubaire est estimé, sur l'ensemble des études aux alentours de 80 %.

Le délai à respecter avant le début d'une nouvelle grossesse est débattu, pour notre part, nous donnons le feu vert après 3 mois à compter de la guérison. (Aucune étude n'a signalé d'augmentation du taux de malformation sur les grossesses suivantes).

Les études s'intéressant à la fertilité après traitement médical montrent un pourcentage de grossesses vivantes et un pourcentage de GEU récidivantes sensiblement identiques aux pourcentages obtenus après salpingotomie.

b) Autre traitement médical :

D'autres produits peuvent être utilisés dans le traitement de la GEU :

- les prostaglandines F2 ou E2 en injection locale ou par voie parentérale,
- l'actinomycine D,
- les anticorps monoclonaux anti HCG,
- le chlorure de potassium intra tubaire,
- le glucosé hyperosmolaire.

L'utilisation de ces produits est limitée aux cas où le Methotrexate est contre indiqué ou lorsque les patientes présentent une GEU hétérotopique.

c) Avantages et échec :

Ce type de traitement présente un taux de succès de 80 % par voie orale et de 90% par voie parentérale. Par ailleurs, il permet une prise en charge ambulatoire des patientes.

Le taux d'échec est d'environ 10 à 20 % selon que la voie d'administration est locale ou parentérale.

Si l'échec est constaté sur la simple augmentation des bêta HCG sans signe clinique d'évolutivité, une 2ème injection de Methotrexate peut être tentée.

Si l'échec est diagnostiqué sur l'apparition de signes cliniques de gravité, il faudra entreprendre un traitement chirurgical secondaire.

2-10-2 Traitement chirurgical au CHU du point G :

Le traitement chirurgical de référence actuel est la coelioscopie. Les seules indications du traitement par laparotomie sont l'insuffisance de matériel endoscopique, l'inexpérience du chirurgien, l'état de choc très marqué contre-indiquant la coelioscopie. En effet, de nombreuses études ont montrées des résultats similaires en terme d'efficacité, que le traitement soit endoscopique ou par laparotomie.

La question principale actuellement porte sur le choix entre traitement radical et conservateur.

a) Indications :

Le traitement chirurgical est réservé aux patientes présentant une grossesse extra-utérine, répondant aux critères suivants :

- Forme moyenne ou grave de GEU
- β-HCG plasmatiques > 5000 mUI/ml
- Échec ou contre indication du traitement médicamenteux
- Impossibilité d'un suivi ambulatoire
- GEU persistante après traitement chirurgical conservateur.

b) Gestes :

Le traitement chirurgical peut être, en fonction du geste réalisé :

► **Conservateur** : ouverture de la trompe utérine, aspiration de la GEU et conservation de la trompe.

C'est la Salpingotomie. Dans certains cas une simple « expression tubaire » permet d'évacuer la grossesse et de l'aspirer, sans ouvrir la trompe utérine.

Le traitement conservateur est indiqué dans les petites GEU, lorsque la trompe utérine n'est pas trop abîmée et lorsque le geste est réalisable chirurgicalement. L'âge de la patiente et son désir de grossesse interviennent dans le choix du traitement : chez une femme jeune, n'ayant pas d'enfants, tout est fait afin de conserver les trompes utérines.

Un traitement conservateur nécessite une surveillance étroite de la douleur et du taux des β-HCG plasmatiques, à commencer 48 heures après l'intervention, jusqu'à négativation. La persistance de cellules trophoblastiques dans la trompe conservée peut provoquer la réascension du taux des β-HCG plasmatiques et justifier alors un traitement médical par Methotrexate ou une deuxième intervention chirurgicale.

► Radical : ablation de la trompe utérine. C'est la salpingectomie.

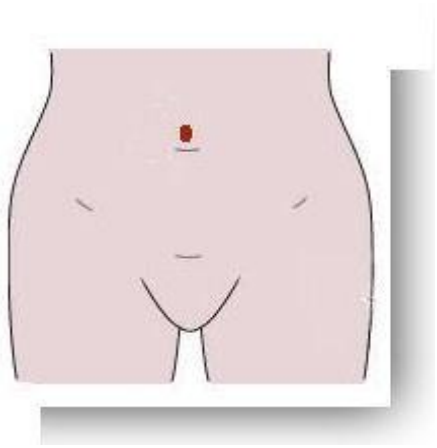
Le recours à un geste radical s'impose dans les cas suivants :

- Echec ou impossibilité technique de conserver la trompe utérine
- GEU volumineuse, de plus de 5 cm
- Récidive homolatérale d'une GEU (antécédent d'une GEU du même côté).

c) Les voies

Le traitement chirurgical peut se faire, en fonction de la voie d'abord par :

- **Cœlioscopie** (Celio-chirurgie) : chirurgie à l'aide d'une caméra et de petits instruments introduits dans la cavité abdominale par des petits orifices.
- **Laparotomie** : ouverture de la paroi par incision abdominale, transversale ou verticale.



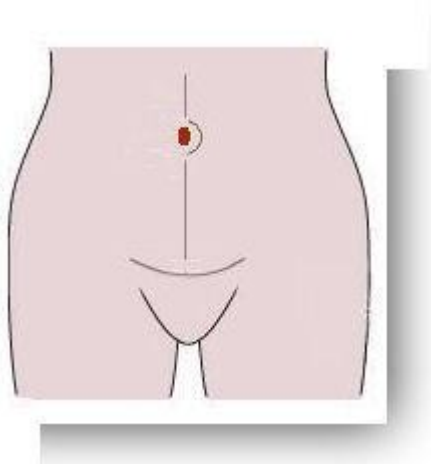


Figure 2 : Cœlioscopie Laparotomie

d) Avantage de la coeliochirurgie :

La coeliochirurgie présente les avantages suivants par rapport à la chirurgie classique :

- Moins de perte sanguine
- Moins de douleur post opératoire
- Cicatrices plus petites et plus esthétiques
- Durée d'hospitalisation et de convalescence plus courte
- Moins d'adhérences abdominales postopératoires.

e) Indications de la laparotomie

La chirurgie par laparotomie est réservée aux formes les plus graves :

- GEU rompue
- Etat de choc
- Contre indication à la cœlioscopie (abdomen multi opéré) ;
- Echec de la cœliochirurgie nécessitant une laparo-conversion (passage en laparotomie au cours d'une cœlioscopie) : GEU volumineuse, difficulté à arrêter les saignements, adhérences.

La coelio-chirurgie est réservée à tous les autre cas de loin, majoritaires.

f) Technique de la coeliochirurgie :

♦ Le traitement radical

Ce traitement à été proposé initialement par **DUBUISSON [19]**. Il s'agit d'une Salpingectomie rétrograde.

Le premier temps de l'intervention consiste en une toilette péritonéale avec évacuation de l'hemoperitoine et inspection de la cavité pelvienne.

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 conservateur

Il s'agit d'une salpingotomie antimésiale longitudinale, réalisée après toilette péritonéale et repérage de la GEU. La trompe pathologique est donc ouverte longitudinalement à la partie proximale de l'hematosalpinx, lieu d'insertion de la GEU, sur le bord opposé au mésosalpinx, par une pointe monopolaire ou un laser. Puis, un module d'aspiration-lavage est introduit dans l'ouverture permettant l'évacuation jusqu'à vacuité tubaire complète.

La trompe ne doit pas être suturée, la cicatrisation spontanée étant moins pourvoyeuse de séquelles que les sutures chirurgicales.

Les équipes de **Pouly Mage et FERNANDEZ [31]** ont mis au point un score thérapeutique chirurgical de la GEU permettant d'établir avant toute intervention le type de traitement à envisager. Des renseignements complémentaires sont recueillis au temps diagnostique de la coelioscopie. Ce score permet au chirurgien de choisir le meilleur traitement pour chaque patiente.

Tableau V : score thérapeutique de la GEU (**FERNANDEZ) [30]**

Facteurs affectant de façon significative la fertilité après GEU	**Poids statistique**	**cœfficient**
Antécédent d'une GEU	0,434	2
Pour chaque GEU supplémentaire	0,261	1
Antécédent d'adhésiolyse coelioscopique*	0,258	1
Antécédent de microchirurgie tubaire*	0,351	2
Trompe unique	0,472	2
Antécédent de salpingite	0,242	1
Adhérences homolatérales	0,207	1
Adhérences controlatérales**	0,198	1

* Ne prendre en compte qu'un seul antécédent

**Si la trompe controlatérale est absente ou obstruée, compter trompe unique

- Si le score est supérieur ou égal à 6 ----> traitement radical + stérilisation controlatérale + proposition de FIV si désir de grossesse.

La stérilisation controlatérale est réalisée car le taux de récidive de GEU controlatérale est supérieur au taux de grossesse ectopique.

- Si le taux est inférieur ou égal à 4----> traitement conservateur - Si le score est à 5--- > traitement radical.

Tableau VI : Score pré thérapeutique de Pouly et Mage [31]

.Antécédents	Points
GEU	2
Adhésiolyse	1
Microchirurgie tubaire	2
Trompe unique	2
Salpingite	1
Laparoscopie	**Points**
Adhérences homolatérales	1
Adhérences controlatérales	1
Score décisionnel	**Total**
Traitement conservateur	1 à 3
Salpingectomie	4
Salpingectomie et stérilisation tubaire	> 4

Conclusion :

Ainsi, les différentes thérapeutiques de la GEU tendent actuellement vers un maximum d'efficacité tout en cherchant à réduire le taux de récidive, et à préserver au mieux la fertilité des patientes.

Des scores pré-thérapeutiques (score de **FERNANDEZ [30]** et de **POULY [31]**) permettent de proposer la méthode la plus adaptée au cas de chaque patiente.

L'infertilité secondaire, induite soit par des thérapeutiques, soit par la pathologie tubaire responsable de la survenue de la GEU, peut être accessible maintenant à une technique de PMA.

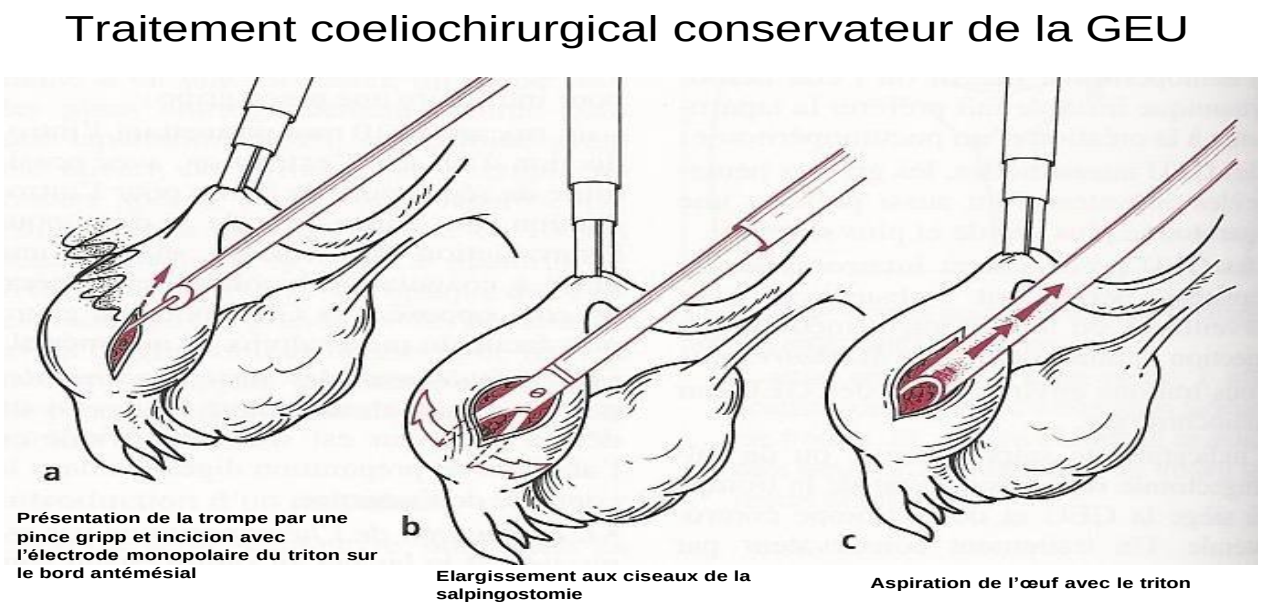


Figure 3 : Traitement cœliochirurgical conservateur de la GEU [45]

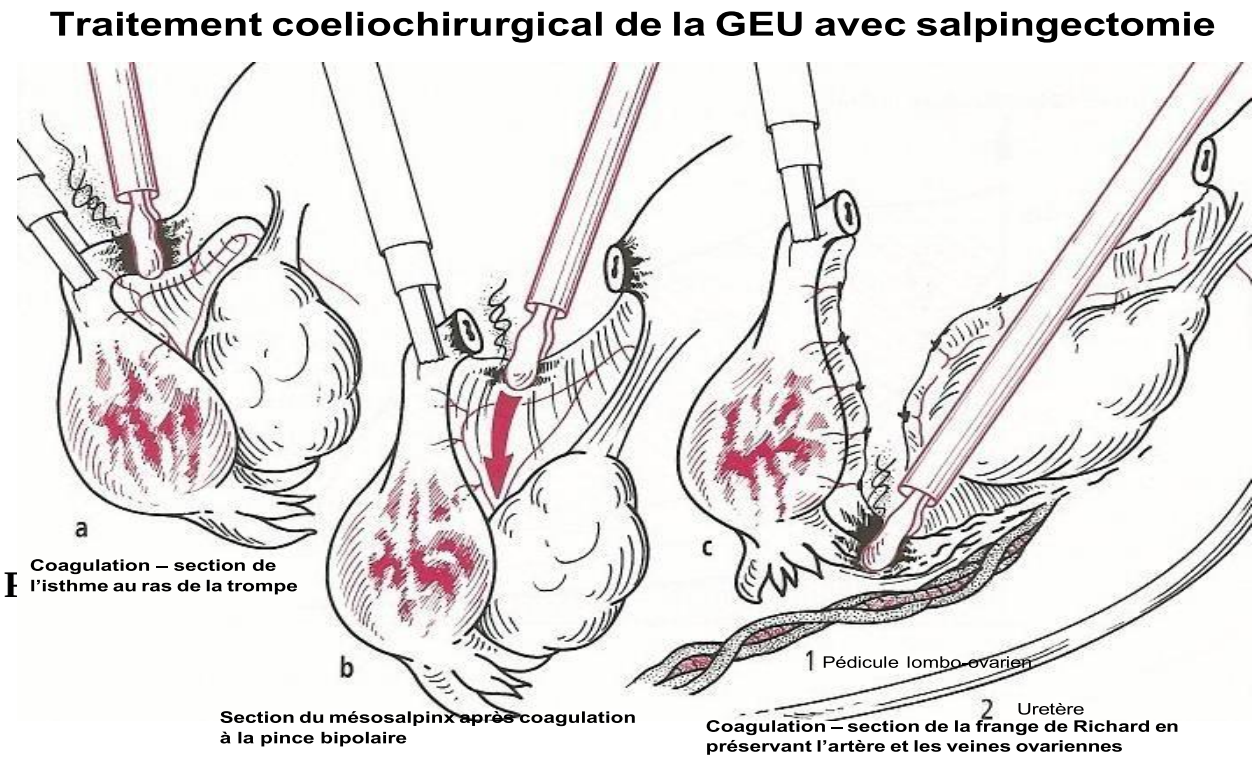
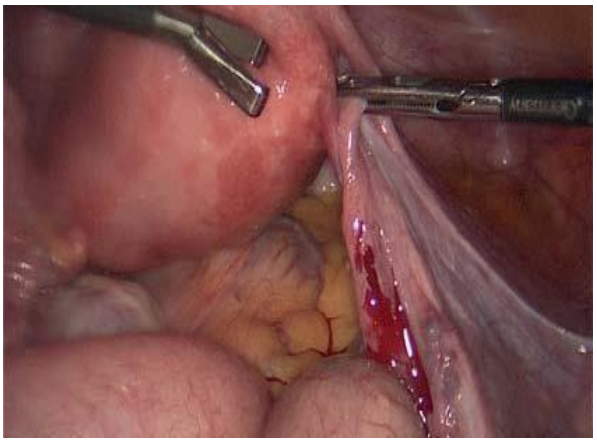
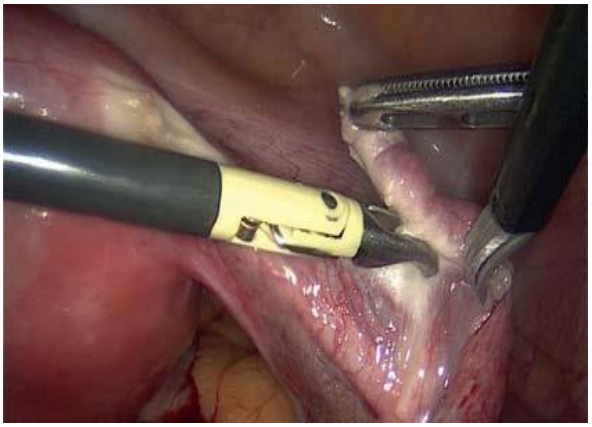
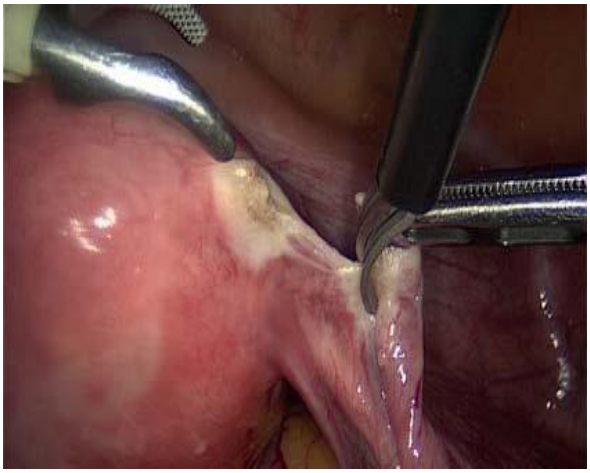
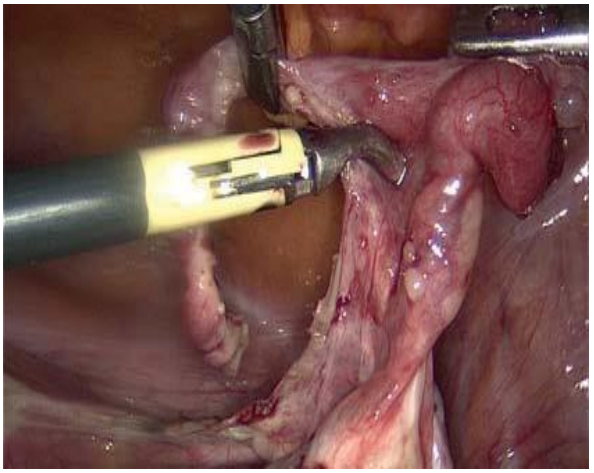


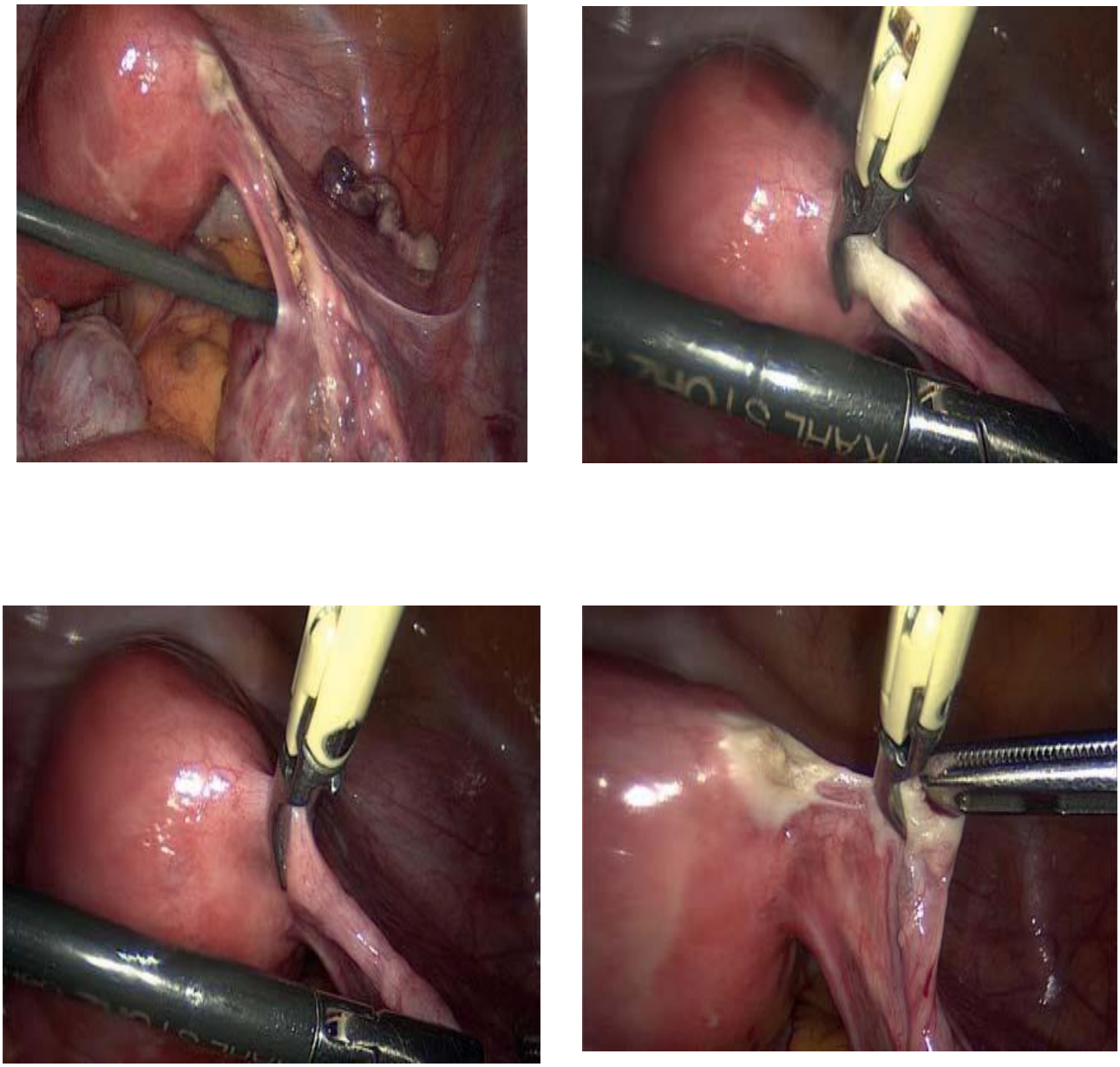
Figure 4 : traitement coeliochirurgicale radical











<u>Figure</u> 5 :

Salpingectomie rétrograde pour GEU droite. Notez que la coagulation-section du mésosalpinx est réalisée au contact de la trompe afin d'éviter la vascularisation ovarienne.

III. Méthodologie :

3.1 Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie - Obstétrique du CHU du Point " G ".

3.2 Présentation de l'hôpital :

L'hôpital du Point G a été construit en 1906.Il est situé sur une colline à laquelle il emprunte son nom. Il a été fonctionnel en 1912 sous l'administration de médecins militaires relevant de la section mixte des médecins et infirmiers coloniaux basés à Dakar (Sénégal). Erigé en hôpital national en 1959, l'hôpital du Point « G » a eu le statut d'établissement public à caractère administratif (**EPA**) en 1992 doté de personnalité morale et de l'autonomie financière suivant la loi **92.025/A.N.R.M** du 05/10/92. En 2002 il est devenu un établissement public hospitalier (**EPH**) suivant la loi 02-048 du 22 juillet 2002. Géographiquement, l'hôpital est bâti sur une colline située au nord de la ville de Bamako à 8 km du centre-ville, face à la colline de Koulouba, et il reçoit beaucoup de patientes référées. Il couvre une superficie de 25 hectares. L'hôpital a un bloc opératoire comprenant cinq salles d'opération dont une salle pour le service de gynécologie obstétrique contenant une cœlioscopie. Le bloc opératoire comprend également une unité de stérilisation centrale.

a) Présentation du service de Gynécologie et d'Obstétrique :

Le service de gynécologie obstétrique a été créé en 1912. Il était dirigé d'abord par les chirurgiens expatriés français puis par des chirurgiens maliens.

La succession des différents chefs de service :

- **1970-1972 :** Professeur Foucher (chirurgien français) ;
- **1972-1975 :** Professeur BocarSall (traumatologue malien) ;
- **1970 :** Professeur Rougerie (chirurgien français) ;

- **1975-1978 :** Professeur Mamadou Lamine Traoré (chirurgien généraliste malien) ;
- **1978-1983 :** Docteur Colomard (chirurgien français) ;
- **1984-1985 :** Marc Jarraud (chirurgien français) ;
- **1985-1986 :** Docteur Henri Jean Philippe (chirurgien français) ;
- **1987 :** Docteur Etienne Steiner (chirurgien français) ;
- **1987-2001 :** Professeur Amadou Ingré Dolo (gynécologue obstétricien malien) ;
- **2001-2003 :** Professeur Niani Mounkoro (Gynécologue-Obstétricien)
- **2003 au 31 Décembre 2014 :** Feu Professeur Bouraïma Maïga (gynécologue obstétricien malien)
- **Du 1er Janvier 2015 à nos jour**s : Dr **THERA** T. Augustin (gynécologue obstétricien, Maitre-assistant à la **FMOS**).

Le bâtiment abritant le service de Gynécologie Obstétrique est construit sur 2 étages, situé entre l'ex-service de médecine interne au **Sud**, le service de Réanimation au **Nord** et l'Urologie à l'**Est**. Il comporte plusieurs unités (Voir organigramme de structure).

Le fonctionnement de ce service fait intervenir un nombre important de personnel :

- ✓ **6** gynécologues obstétriciens
- ✓ **15** sages-femmes dont un major
- ✓ **3** techniciens supérieurs de santé au bloc
- ✓ **4** techniciens de santé dont **3** en formation
- ✓ **2** aides-Soignantes ;
- ✓ **7** garçons de salle dont **3** au bloc opératoire ;
- ✓ **1** secrétaire.

b) Fonctionnement

Il existe **5** jours de consultation gynécologique (Lundi au Vendredi) et **4** jours d'opérations programmées.

La prise en charge des urgences est effective 24 heures/24. Les consultations prénatales sont journalières. Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8H30 mn unissant le personnel du service dirigée par le chef de service ou un de ses assistants.

Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte-rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés durant les 24 heures de garde. La visite est journalière et la visite générale a lieu chaque lundi dirigé par le chef de service après le staff.

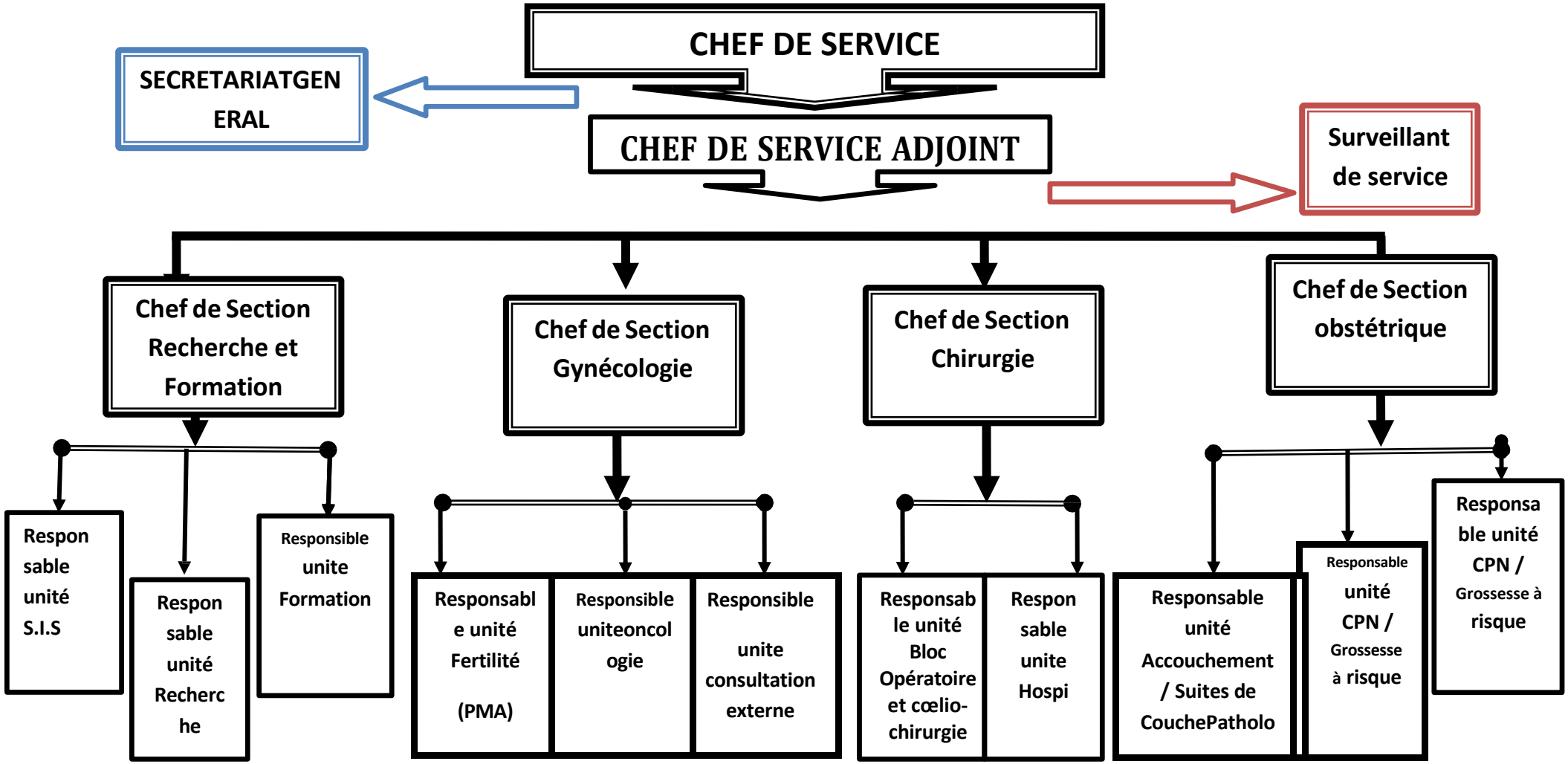
Au niveau organisationnel du service de garde : une permanence est assurée par une équipe de garde composée : d'un médecin (Gynécologue), deux à trois étudiants en médecine faisant fonction d'interne, une sage-femme, un technicien supérieur en anesthésie, un aide de bloc, une infirmière obstétricienne, une aide-soignante et trois garçons de salle dont un au bloc ainsi que les DES de Gynécologie-Obstétrique ou de chirurgie générale en rotation.

Unité mixte, le service de Gynécologie-Obstétrique reçoit majoritairement les urgences obstétricales évacuées par d'autres structures sanitaires du district de Bamako et environs.

Sa double vocation de soins et de formation en fait un centre dynamique.

L'organigramme de fonction du service de gynécologie obstétrique prévoit la mise en place :

- ✓ d'une unité de Procréation Médicalement Assistée (**PMA**) en collaboration avec **l'INRSP** (en cours de réalisation) ;
- ✓ d'une unité d'oncologie gynécologique ;
- ✓ d'une unité de coeliochirurgie plus d'hystéroscopie (réalisée) ;
- ✓ d'une unité d'échographie gyneco-obsétrique(réalisée).



S.I.S : Système Informatique Sanitaire / **C.P.N** : Consultation Prénatale / **Hospi** : Hospitalisation

3.3 Type d'étude :

Nous avons mené une étude trasversale dans le service de Gynécologie - Obstétrique du CHU du Point « G ».

3.4 Période d'étude :

L'étude s'est déroulée du 1er Janvier 2009 au 31 Décembre 2014 soit 5 ans.

3.5 Population d'étude :

L'étude a porté sur l'ensemble des admissions pour affections gynécologiques dans le service pendant la période d'étude.

3.6 Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans cette étude toutes les patientes admises dans le service pour GEU dont la prise en charge a été : le traitement médical, la cœliochirurgie ou la laparotomie.

3.7 Critères de non inclusion :

Ont été exclues de cette étude toutes les patientes :

- opérées pour GEU dans d'autres services et admises dans notre service en période post opératoire

- admises et opérées dans le service pour un autre diagnostic que la GEU.

3.8 Collecte des données :

3.8.1 Fiche d'exploitation :

Dans le but d'avoir une exploitation codifiée et uniforme, nous avons établi au préalable une fiche d'exploitation comprenant les différentes variables que nous avons jugées nécessaires pour mener à terme notre enquête (voir annexes).

3.8.2 Recueil des données :

Les informations ont été recueillies à partir des registres d'hospitalisation, des dossiers des malades et des comptes rendus opératoires.

3.9 Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel spss 12.0 et le traitement de texte dans Word office 2007.

3.10 Difficultés et limites de l'étude :

Les difficultés majeures que nous avons rencontrées étaient liées :

a) plateau technique limité du CHU :

. La non disponibilité dans le laboratoire et le coût élevé de certaines analyses en urgence (βHCG, la NFS, Plaquettes) ont constitue un problème pour la surveillance des paramètres biologiques dans le cadre du traitement médical de la GEU.

. Le manque de ressources humaines compétentes à certaines heures de service rend difficile la prise en charge cœliochirurgicale.

. L'insuffisance de collaboration étroite entre les différentes disciplines dans le cadre de prise en charge des urgences gynéco obstétricales.

b) Aux patientes : Le niveau socio- économique défavorable surtout pour le traitement médical

. L'ignorance et le faible niveau d'instruction

. Le refus catégorique de certaines patientes de l'intervention chirurgicale

. Les antécédents chargés et le désir de grossesse de certaines patientes.

Compte tenu de tous ces paramètres nous avons adopté un protocole de traitement médical ou cœliochirurgical cas par cas basé sur l'examen clinique, les ATCD, l'échographie, les βHCG et le consentement de la patiente.

Tableau VII: protocole de traitement au méthotrexate [33].

Hospitalisation, groupe Rhésus, Hémoglobine, Hématocrite, dosage βHCG
J0 → MTX : dose de **1mg/kg** en IM
J4 → dosage des βHCG si diminution **15%** de J0, dosage à J7.
J7 → dosage des βHCG.
Si J7 < J4. La patiente est exéatée avec un suivi en ambulatoire et un dosage hebdomadaire des βHCG jusqu'à négativation : < 5ui/L.
Si J7 ≥ J0 ou J7 diminue de moins de **15%** de **J0**, une **2ème** dose de **MTX 1mg/kg** est administrée puis surveillance clinique et un dosage hebdomadaire des βHCG jusqu'à négativation.
NB : le bilan hépatique, rénal ainsi que la NFS de contrôle n'etaient pas systématiques dans notre protocole.
La surveillance a été purement clinique et l'échographie en cas de force majeure. **En cas d'échec** (rupture tubaire) → **cœliochirurgie ou la laparotomie.**

La référence du service : [33].

3.11 Indications du traitement médical :

- Eta hémodynamique stable

- GEU non rompue

- GEU peu douloureuse

- Accord de la patiente et compliance dans le suivi.

3.12 Indications du traitement cœlioscopique :

- Etat hémodynamique stable

- GEU non rompue

- Accord de la patiente

- Disponibilité de personnels qualifiés

NB : le traitement est le plus souvent conservateur et la surveillance biologique des βHCG est rare.

3.13 Les limites :

Comme toute étude rétrospective, les limites majeures que nous avons rencontré, étaient liées à l'exploitation des dossiers. Certaines données étaient manquantes notamment le recul et le suivi des malades à long terme ainsi que leurs coordonnées ayant limité notre analyse de la fertilité ultérieure des malades. Ainsi, dès guérison, l'hystérosalpingographie est demandée à 3 mois et une contraception de 2 à 3 mois est proposée pour celles qui désirent la grossesse. Malheureusement beaucoup de nos patientes sont perdues de vue et le pronostic de la fertilité n'est pas établi.

3.14 Définitions opératoires :

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

- **Niveau socio économique favorable :** nous avons considéré comme niveau socio économique favorable, les patientes qui sont arrivées dans le service par voiture personnelle, qui occupent une haute fonction et hospitalisées dans les salles de première catégorie.
- **Niveau socio économique défavorable :** celles qui ne répondaient pas à ces critères.

► **Hématocèle enkysté :**

C'est une rupture ancienne évoluant à bas bruit accompagnée de douleurs pelvienne évoluant depuis quelques jours ou semaines, de métrorragie, de défense pelvienne, un cul de sac de Douglas bombant et hyperalgique.

► **Hématosalpinx** : C est la présence de sang dans les trompes utérines.

► **Hémopéritoine :** c'est un épanchement de sang dans la cavité péritonéale.

IV. Résultats

4.1 Fréquence :

Du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2014 nous avons enregistré 10251 admissions en obstétrique dont 183 cas de grossesse extra – utérine soit une fréquence de 1,8 %.

.

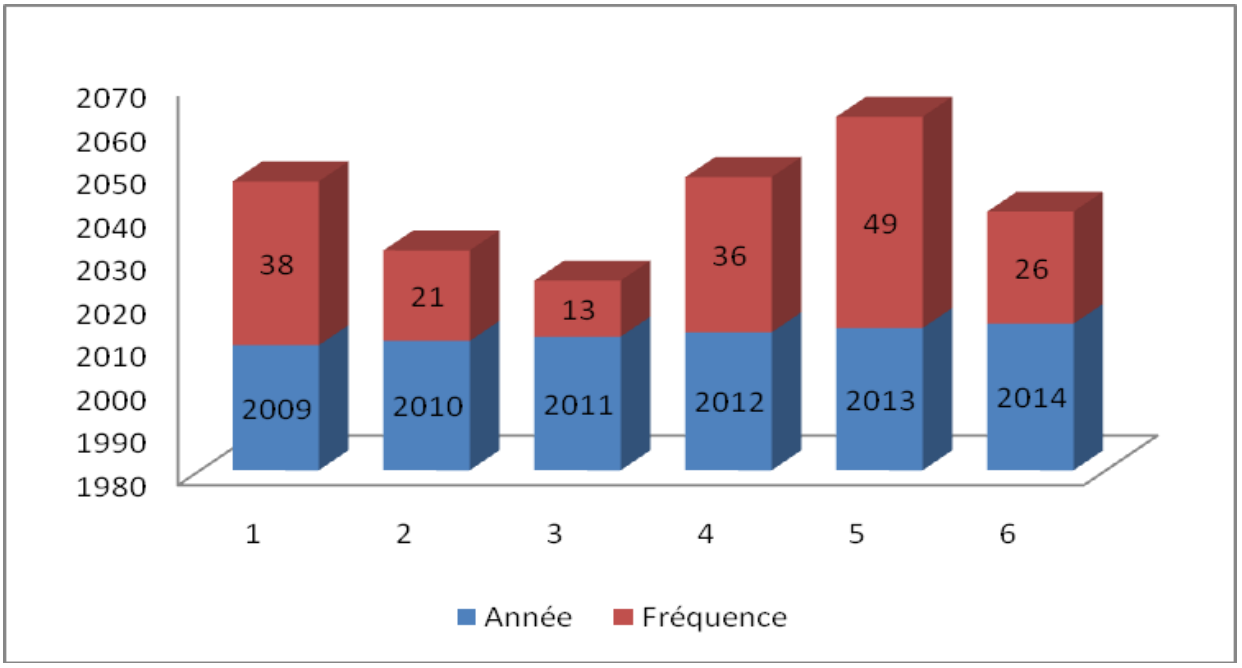


Figure 1: répartition des GEU par année

La fréquence la plus élevée a été enregistrée en 2013 avec 49 cas soit 27 %.

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

Niveau d'instruction	Fréquence	Pourcentage
Non scolarisée	**69**	**38**
Primaire	52	28
Secondaire	38	21
Supérieur	24	13
Total	183	100

Soixante neuf pourcent des patientes étaient non scolarisées soit **38 %.**

Tableau II : Répartition des patientes selon la provenance

Adresse	Fréquence	Pourcentage
CHU GT	10	5
CSREFCI	29	16
CSREFCII	9	5
CSREFCIII	22	12
CSREFCIV	20	11
CSREFCV	30	16,4
CSREFCVI	18	10
Hors de Bamako	**45**	**24,6**
Total	183	100

Les patientes venant hors de Bamako étaient les moins représentées soit **24,6 %.**

Tableau III : Répartition des patientes selon l'état matrimonial

Etat matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Célibataire	16	8,7
Mariée	**167**	**91,3**
Total	183	100

Selon l'état matrimonial **91,%** des patientes étaient mariées.

4.3 Admission :

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

Motif d'admission	Fréquence	Pourcentage
GEU rompue	59	32
Suspicion de GEU non rompue	**101**	**55,2**
Etat de choc	8	4,4
Bloc non disponible	5	3
Grossesse abdominale	2	1
Douleurs pelviennes	8	4,4
Total	183	100

Selon le motif d'admission **55,2 %** des patientes avaient une suspicion de grossesse extra-utérine non rompue.

Tableau V : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Fréquence	Pourcentage
Référée	**164**	**89,6**
Venue d'elle même	19	10,4
Total	183	100

Selon le mode d'admission **89,6 %** des patientes étaient référées.

4.4 Antécédents :

Tableau VI : Répartition des patients selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Fréquence	Pourcentage
Asthme	1	0,5
Drépanocytose	2	1
HTA	1	0,5
Autres	175	96
VIH	**4**	**2**
Total	183	100

Selon les antécédents médicaux **2 %** des patientes étaient **VIH** positives.

Tableau VII : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Fréquence	Pourcentage
Appendicectomie	4	2,2
Césarienne	16	9
Chirurgie tubaire	2	1
Laparotomie pour cause non précisée	4	2,2
Poly myomectomie	3	1,6
Salpingectomie	**25**	**14**
Sans antécédent chirurgical	129	71
Total	183	100

Selon les antécédents chirurgicaux **14 %** des patientes avaient un antécédent de Salpingectomie.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon les antécédents obstétricaux

Gestité	Fréquence	Pourcentage
Primigeste	37	20
Pauci geste	**113**	**62**
Multi geste	33	18
Total	183	100

Selon les antécédents obstétricaux **62 %** des patientes étaient pauci gestes.

Tableau IX : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Fréquence	Pourcentage
Primipares	**86**	**47**
Pauci pares	78	42,6
Multi pares	19	10,4
Total	183	100

Selon la parité **47 %** des patientes étaient primipares.

Tableau X: Répartition des patientes selon les facteurs de risques

Facteurs de risques	Fréquence	Pourcentage
Notion d'infection génitale	146	80
LRT	28	15
DIU	1	0,5
Hormonothérapie	0	0
Tuberculose génitale	2	1
Endométriose	0	0
Stérilité	6	3
Total	183	100

Selon les facteurs de risques **80 %** des patientes avaient une notion d'infection génitale.

Tableau XI : Répartition des patientes ayant bénéficiées de traitement de stérilité

Traitement de stérilité	Fréquence	Pourcentage
Non	177	96,7
Oui	**6**	**3, 3**
Total	183	100

Trois virgule trois pourcent des patientes avaient bénéficié un traitement de stérilité.

Tableau XII : Répartition des patientes selon l'antécédent de la GEU

ATCD de GEU	Fréquence	Pourcentage
Oui	**22**	**12**
Non	161	88
Total	183	100

Selon l'antécédent de la GEU **12 %** des patientes avaient un antécédent de GEU.

.5 Localisations :

Tableau XIII : Répartition des patientes selon le siège et la localisation de la GEU

Siege et localisation de la GEU	Fréquence	Pourcentage
Siège de la GEU		
Droite	**105**	**57,4**
Gauche	78	42,6
Total	183	100
Localisation de la GEU		
Ampullaire	**126**	**69**
Interstitielle	17	9
Isthmique	27	15
Infundibulaire	6	3
Ovarienne	7	4
Total	183	100

Le siège de la GEU était à Droite chez **57,4 %** des patientes et **69 %** des cas de GEU sont ampullaires.

4.6 Clinique :

a) Signes fonctionnels :

Tableau XIV : Répartition des patientes selon la notion d'aménorrhée

Notion d'aménorrhée	Fréquence	Pourcentage
Oui	**165**	**90,2**
Non	18	9,8
Total	183	100

Selon la notion d'aménorrhée **90,2 %** des patientes avaient une notion d'aménorrhée.

Tableau XV : Répartition des patientes par rapport aux signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Fréquence	Pourcentage
Douleurs pelviennes	180	98,4
Métrorragie	118	64,5
Retard des règles	163	89,1
Etat de choc	18	9,8
Douleur + retard des règles +métrorragie	**104**	**56,8**

La notion de douleur pelvienne de retard des règles et de métrorragie a été retrouvée chez **56,8 %** des patientes.

b) Signes généraux :

Tableau XVI : Répartition des patientes selon l'état général

Etat général	Fréquence	Pourcentage
Altéré (Glasgow : 9/15)	8	4,4
Passable (Glasgow : 13/15)	**118**	**64,5**
Bon (Glasgow : 15/15)	57	31,1
Total	183	100

L'état général était moyen dans **64,5 %** des cas.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon l'état des conjonctives

Conjonctives	Fréquence	Pourcentage
Colorées (taux d'Hb : 11 à 14 g /dl)	**82**	**45**
Moyennement colorées (Taux d'Hb : 7 à10g/dl)	72	39
Pâles (Taux d'Hb : 3 à 6 g/dl)	29	16
Total	183	100

Les conjonctives étaient colorées chez **45 %** des cas.

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon la pression artérielle

Tension artérielle	Fréquence	Pourcentage
Hypotendue	31	16,9
Imprenable	3	1,6
Normo tendue	**149**	**81,4**
Total	183	100

Selon la pression artérielle **81,4%** des patientes avaient une pression artérielle normale.

Tableau XIX : Repartions des patientes selon le ouls

Pouls	Fréquence	Pourcentage
Imprenable	2	1,1
Normale	**147**	**80,3**
Petit et filant	34	18,6
Total	183	100

Le pouls était imprenable dans **80,3 %** des cas.

c) Examen gynécologique :

TV : était douloureux chez 27, 3 % des patientes, 49,2 % des patientes avaient un utérus augmenté de taille, 79,8 % des patientes présentaient une masse latéro-utérine, le Douglas était sensible chez 68,9 % des patientes et le TR était réalisé chez 7,7 % des patientes.

4.7 Examens complémentaires :

Tableau XX : Répartition des patientes selon la réalisation des examens complémentaires.

Examens complémentaires	Fréquence	Pourcentage
Groupage rhésus	**183**	**100**
Taux d'hémoglobine	175	95,6
Test urinaire de grossesse	153	83,6
Dosage des BHCG	32	17,5
Echographie pelvienne	161	88

Toutes les patientes avaient systématiquement fait le groupage rhésus dès l'admission.

Tableau XIX : Répartition des patientes selon le Taux d'hémoglobine à l'admission

Taux d'hémoglobine (g /dl)	Fréquence	Pourcentage
11g/dl à 14g/dl	**82**	**45**
7g/dl à 10g/dl	72	39
3g /dl à 6g/dl	29	16
Total	183	100

Quarante sept pourcent des patientes avaient un taux d'hémoglobine supérieur ou égal à **11g/dl.**

Examen radiologique :

Tableau XX : Répartition des patientes selon les résultats de l'échographie

Résultat de l'échographie	Fréquence	Pourcentage
Présence de MLU gauche < 4cm	7	3,8
Présence de MLU gauche > 4cm	5	2,7
Présence de MLU droite < 4 cm	11	6
Présence de MLU droite > 4 cm	10	5,5
Utérus augmenté de taille	15	8,2
Utérus augmenté de taille plus sac gestationnel	4	2,2
Sac gestationnel extra-utérine contenant un embryon avec activité cardiaque	43	23,5
Hémopéritoine	**66**	**36,1**
Non fait	22	12
Total	183	100

Selon les résultats de l'échographie **36,1 %** des patientes avaient un hémopéritoine et 12% d'absence d'échographie.

4.8 Traitement XXI : Répartition des patientes selon le type de traitement médical

Type de traitement	Fréquence	Pourcentage
Abstention thérapeutique	**0**	**0**
Traitement médical	**29**	**16**
Traitement coeliochirurgicale	**19**	**10**
Traitement par la Laparotomie	**135**	**74**
Total	**183**	**100**

Selon le type de traitement médical **16 %** des patientes ont bénéficie d'un traitement médical.

a) **Traitement médical :**

Tableau XXII : Répartition des patientes selon la dose de méthotrexate reçue pour traitement médical.

Dose de méthotrexate (1 mg /Kg)	Effectif	Pourcentage
100 mg	**15**	**51,7**
80 – 99 mg	2	6,8
60 - 79 mg	9	31,1
40 – 59 mg	3	10,4
Total	29	100

Selon la dose de méthotrexate reçue pour traitement médical **51,7 %** des patientes ont reçu une dose de 100 mg de méthotrexate à J0.

NB : 7 patientes sur 29 soit 24,2 % ont reçu une deuxième dose**.**

Tableaux XXIII : Répartition des patientes selon l'évolution clinique de J 0 à J 4

Evolution à J4	Fréquence	Pourcentage
Augmentation du taux des BHCG	3	10,3
Baisse inférieure à 15 %	4	13,8
15 à 50 %	2	6,9
50 à 80 %	3	10,4
Supérieur à 80 %	2	6,9
Négatif inférieur à 5UI /L	2	6,9
Non dosé	9	31
Rupture tubaire	**4**	**13,8**
Total	29	100

L'évolution était marquée par la rupture de la GEU chez **13,8 %** des patientes à j4.

Tableaux XXIV : Répartition des patientes selon l'évolution clinique de J 4 à J 7

Evolution à J7	Fréquence	Pourcentage
Augmentation du taux des BHCG	2	7
Baisse < 15 %	2	7
15 – 50 %	2	7
50 – 80 %	2	7
>80	4	14
Négatif : <5 UI / L	4	14
Non dosé	8	27
Rupture tubaire	**5**	**17**
Total	29	100

La rupture tubaire a été retrouvée chez **17 %** des patientes à J7.

Tableau XXV : Répartition des patientes selon la sortie à J7.

Sortie à J 7	Fréquence	Pourcentage
Oui	**17**	**58,6**
Non	12	41,4
Total	29	100

Selon la sortie à J7 **58,6 %** des patientes étaient sorties à **J7**.

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon l'évolution à J30

Evolution J30	Fréquence	Pourcentage
Chute du taux des BHCG entre 50 à 80 %	1	3,4
Chute du taux des BHCG supérieur à 80 %	3	10,4
Négatif :<5 UI /L	16	55,2
Rupture tubaire	**9**	**31**
Total	29	100

A J30 de surveillance **9** cas des patientes présentaient une rupture tubaire de la GEU soit **31%.**

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon les suites du traitement médical

Evolution finale	Fréquence	Pourcentage
Guérison sans complication	**20**	**69**
Rupture tubaire	9	31
Total	29	100

Selon les suites du traitement médical **69 %** des patientes sont guéries sans complication avec le traitement médical.

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon le délai de négativation des BHCG

Délai de négativation des BHCG	Fréquence	Pourcentage
Inférieur à 30 jours	**17**	**85**
Supérieur à 30 jours	2	10
4 mois	1	5
Total	20	100

Selon le délai de négativation des BHCG **85 %** des patientes traitées médicalement ont eu des taux de BHCG négatifs dans un délai de **30** jours.

Tableau XXIX : Répartition des patientes selon le mode de traitement et les indications après échec du traitement médical

Coeliochirurgie	Fréquence	Pourcentage
Rupture à J 12	1	11,1
Rupture tubaire à J14	1	11,1
Rupture tubaire à J32	1	11,1
Laparotomie	**Fréquence**	**Pourcentage**
Rupture tubaire à J2 : manque de moyen financier	1	11,1
Rupture tubaire à J3 : difficulté technique	2	22,2
Rupture tubaire à J4 : Hémopéritoine abondant	1	11,1
Rupture tubaire à J5 : instabilité hémodynamique	1	11,1
Rupture tubaire à J8 : instabilité hémodynamique	1	11,1
Total	9	100

Selon le mode de traitement et les indications après échec du traitement médical **33,3 % et 66,7 %** des patientes ont bénéficié respectivement de la coeliochirurgie et de la laparotomie après échec du traitement médical**.**

Tableau XXX : Répartition des patientes selon la nature de la chirurgie après échec du traitement médical

Indication	Nature de la chirurgie	Fréquence	Pourcentage
Laparotomie	**Chirurgie radical : Salpingectomie**	**6**	**66,7**
Coeliochirurgie	**Chirurgie conservatrice**	3	33,3
Total		9	100

Selon la nature de la chirurgie après échec du traitement médical **66,7 %** des patientes ont subi une Salpingectomie après échec du traitement médical.

Tableau XXXI : Répartition des patientes selon l'état à la sortie

Etat à la sortie	Fréquence	Pourcentage
Passable	9	31
Satisfaisant	**20**	**69**
Total	29	100

Selon l'état à la sortie **69 %** des patientes avaient un état général satisfaisant à la sortie.

Tableau XXXII : Répartition des patientes selon le moment de la transfusion

Transfusion	Fréquence	Pourcentage
Préopératoire	7	7
Per opératoire	28	28
Postopératoire	**66**	**65**
Total	101	100

Selon le moment de la transfusion **65 %** des patientes ont été transfusées en postopératoire.

b) Traitement chirurgical :

● **Coeliochirurgie :**

Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon le Succès de la coeliochirurgie

Succès de la coeliochirurgie	Fréquence	Pourcentage
Oui	**22**	**79**
Non	6	21
Total	28	100

Soixante dix neuf pourcent de cas de taux de réussite.

● **Laparotomie :**

Tableau XXXIV : Répartition des patientes selon la voie de la laparotomie

Les voies de la laparotomie	Fréquence	Pourcentage
IMSO	7	5
Pfannenstiel	**134**	**95**
Total	141	100

Selon la voie de la laparotomie **95 %** des patientes avaient bénéficié le Pfannenstiel.

Tableau XXXV : Répartition des patientes selon l'indication de la laparotomie

Indication de la laparotomie	Fréquence	Pourcentage
Etat hémodynamique instable	45	31,9
Plateau technique insuffisant	**80**	**56,7**
Difficulté technique	3	2,1
Localisation interstitielle	11	7,8
Difficulté d'hémostase et hémorragie incontrôlable	1	0,7
Hémopéritoine de grande abondance gênant l'exploration	1	0,7
Total	141	100

Dans **56,7 %** des cas le plateau technique était insuffisant.

NB :

Plateau technique insuffisant : manque de gaz et de produit de stérilisation de matériel de coeliochirurgie.

Difficulté technique : adhérences, GEU volumineuse.

Tableau XXXVI : Répartition des patientes selon la conservation de la trompe

Geste chirurgical réalisé	Fréquence	Pourcentage
Chirurgie conservatrice	41	25
Salpingectomie	**122**	**75**
Total	163	100

Selon la conservation de la trompe **75 %** des patientes ont bénéficié d'une chirurgie radicale.

Tableau XXXVII : Répartition des patientes selon le geste chirurgical associé

Geste chirurgical associé	Fréquence	Pourcentage
Adhésiolyse	**27**	**62,8**
Adhésiolyse plus kystectomie	1	2,3
Adhésiolyse plus néostomie	2	4,7
Appendicectomie	1	2,3
Fimbrioplastie de la trompe controlatérale	2	4,7
Kystectomie	1	2,3
LRT de la trompe controlatérale	7	16,3
Myomectomie	1	2,3
Néostomie	1	2,3
Total	43	100

Selon le geste chirurgical associé **62 ,8 %** des patientes ont bénéficié d'une simple adhesiolyse comme geste chirurgical associé

Tableau XXXVIII : Répartition des patientes par rapport à l'état de la trompe controlatérale (séquelles infectieuses et inflammatoires)

Trompe controlatérale	Fréquence	Pourcentage
Absente	13	8
Aspect endométriosique	1	1
Aspect inflammatoire	8	5
Dilatée des franges phimosées	5	3
Présence de cicatrice de ligature et résection de la trompe	1	1
Prise dans un magma adhérentiel	10	6
Saine	**125**	**77**
Total	163	100

Dans **77 %** des cas la trompe controlatérale était saine.

4.9 Pronostic :

a) Complications postopératoires :

Tableau XXXIX : Répartition des patientes selon le type de complications postopératoires

Complication postopératoire	Fréquence	%
Suites opératoires simples	**94**	**58**
Evolution compliquée d'anémie	66	40,4
Persistance trophoblastique	2	1
Suppuration pariétale	1	0,6
Total	**163**	**100**

Cinquante huit pourcent de nos patientes avaient une suite opératoire simple.

b) Pronostic obstétrical :

Tableau XXXX : Répartition des patientes selon le devenir obstétrical Grossesse ultérieure

Devenir obstétrical	Fréquence	Pourcentage
Grossesse ultérieure : intra-utérine menée à terme avec enfant vivant	**3**	**1,6 %**
Grossesse ultérieure : intra-utérine gémellaire en cours	1	0,5 %
Grossesse ultérieure : GEU	1	0,5 %
Pronostic de la fertilité favorable	21	11,5 %
Pronostic obstétrical réservé	41	22,4 %
Pronostic de la fertilité sombre	12	6,6 %
Suivi en cours	33	18 %
Patiente perdu de vue	69	37,7 %
Patiente évadée	2	1,1 %
Total	183	100 %

Trois patientes ont mené une grossesse à terme avec des enfants vivants à la naissance après le traitement médical dont une patiente sur trompe unique.

c) Examen anatomopathologique

Tableau XXXX : Répartition des patientes selon le résultat Anatomopathologie

Examen anatomopathologique	Fréquence	Pourcentage
Grossesse tubaire sur salpingite chronique non spécifique	**80**	**49**
Grossesse tubaire sur salpingite aigue congestive	**6**	**3,7**
Grossesse tubaire avec anomalie chromosomique	6	3,7
Grossesse tubaire sur léiomyome	5	3,1
Grossesse molaire partielle à localisation tubaire	2	1,2
Aspect histologique d'une grossesse tubaire sur salpingite chronique bilharzie ne	**13**	**7,9**
Aspect histologique compatible avec un produit de conception	20	12,3
Résultat non disponible	31	19
Total	163	100

Selon le résultat Anatomopathologie **49%** de nos patientes avaient une grossesse tubaire sur salpingite chronique non spécifique.

V. Commentaires et discussion :

5. 1. Fréquence

Durant la période d'étude du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2014 soit 6 ans, nous avons enregistré 183 cas de GEU pour 10251 accouchements effectués pendant cette même période, soit une fréquence de 1,8 %. Ce qui correspond à une moyenne d'une grossesse extra-utérine pour 56 accouchements.

- la laparotomie première a concerné 77 % soit 141 cas
- La cœliochirurgie a concerné 12 % des GEU soit 22 cas.
- Le traitement médical par le méthotrexate a concerné 29 cas (15,8 %) avec 20 cas de réussite soit 11 %.
- Notre fréquence est inférieure à celle rapportée par Samuel G [11] au CHU Gabriel TOURE en 2007 qui était de 3%.
- Par contre elle est le double de celle rapportée par Mohamed RAFIA [10] à Casablanca au Maroc en 2006 qui était de 0,92%.
- Quand au traitement médical notre taux de réussite de 11 % est loin des données de la littérature qui est de 30%.
- La cœliochirurgie est actuellement le traitement de référence de la GEU dans les pays industrialisés par contre elle est rarement utilisée dans les pays en voie de développement comme le Mali où le plateau technique est insuffisant. Notre taux de traitement cœliochirurgical de 12% est presque égal à celui de SIHAM Arrach [42] qui était de 12,76%.

5.2. Caractéristiques sociodémographiques

5.2.1. Niveaux d'instruction

40% Quarrent pourcent des patientes étaient non scolarisées, **26%** des patientes avaient un niveau primaire, 20 % niveau secondaire, 14% supérieur.

5-2-2. Statut matrimonial

Les femmes mariées représentaient **91,3 %** des patientes de notre série d'étude. Cela pourrait s'expliquer par le taux élevé de mariage dans notre pays.

5-2-3. Mode et Motif d'admission

Quatre vingt neuf virgule six pourcent des patientes ont été référées dont **55,2 %** reçues dans le service pour suspicion de GEU non rompue. Toutes ces références ont été effectuées par les médecins des différents Csréf du district de Bamako et de l'hôpital de Kati.

Ces références étaient motivées par la disponibilité de la cœliochirurgie dans le service.

5-3. Les Antécédents

5-3-1. médicaux :

Nous avons noté dans notre étude : 4 cas de VIH, 1cas de drépanocytose et 1cas d'asthme.

5-3-2. chirurgicaux :

L'intervention chirurgicale sur le petit bassin a été notée chez **29 %** des malades dans notre série. Cette intervention peut favoriser la survenue de GEU par les adhérences dont elle est génératrice.

Les récidives de la GEU étaient fréquentes (12 %) cela pourrait s'expliquer par la persistance des facteurs étiologiques après traitement et l'apparition fréquente en post opératoire d'adhérences pelviennes et abdominales gênant dans certaines

situations la migration de l'œuf. Le taux de récidive dans notre série est inférieur à celui de Berthé H [12] qui était de 15, 56%.

5-3-3. Gynécologiques

Nous avons enregistré dans notre étude **3,3%** d'infertilité. L'infertilité apparaît comme un facteur de risque important de GEU et est majoritairement causée par la chronicité des infections. Notre taux est inférieur à celui de Samuel G [11] qui était de **7,2%**. Cette différence peut s'expliquer par le fait que nous avons un effectif moins élevé.

5-3-4. Obstétricaux

Les primipares et les pauci pares étaient les plus représentées dans notre série avec un taux respectif de **47 %** et 42,6 %, suivies des nullipares **10,4 %**.

Notre taux de pauci pares est inférieur à celui de Berthé H [12] qui était

46, 67%.

5-4 .Aspect clinique

5-4-1. signes fonctionnels

Les motifs de consultation étaient constitués majoritairement par :

- ✓ Douleurs pelviennes dans **98,4 %** des cas.
- ✓ Douleurs pelviennes + retard des règles dans **56,8 %** des cas.

Notre fréquence de la triade classique « douleur pelvienne, métrorragie et d'aménorrhée » de **56,8** % était presque égale à celle de SIHAM Arrach [42] qui était de **55,55%.**

Les signes sympathiques de grossesse ont été retrouvés dans **20,8 %** des cas.

5-4- 2. Signes physiques

a) Signes généraux :

Nous avons noté un état général passable chez 64,5 % de nos patientes, les constantes hémodynamiques étaient stables dans 81,4 % des cas et une bonne coloration des conjonctives chez 48,1% des cas.

b) Palpation abdominale :

- Dans **82,5%** des cas la palpation a montré un abdomen sensible.
- Présence de cri de l'ombilic dans 14, 5% des cas,
- Abdomen fluctuant dans 43,2 % des cas,
- Abdomen souple dans 18 % des cas.

c) Examen gynécologique

Le TV était douloureux chez **27,3 %** des patientes, **49,2 %** des patientes avaient un utérus augmenté de taille**, 79,8 %** des patientes présentaient une masse latéro-utérine **et Douglas** était sensible chez **68,9%** des patientes.

5-5. Examens paracliniques :

5-5-1. Hématologie :

Le groupage Rhésus, le taux d'hémoglobine et le taux des βHCG pour celles qui ont opté pour un traitement médical étaient systématiques.

5-5-2. L'échographie

Toutes les patientes ayant bénéficié le traitement médical ou la coeliochirurgie ont réalisé au moins une échographie, le diagnostic était évident dans la plupart des cas. Ainsi l'échographie évoquait dans **21,8%** des cas un sac gestationnel extra utérin contenant un embryon avec activité cardiaque, ce taux est nettement supérieur à celui de Ferkous [41] qui était **14,54%.**

Dans **5,6%** un sac gestationnel extra utérin sans embryon, **8,7%** un sac gestationnel extra utérin contenant un embryon sans activité cardiaque, **27,3%** d'hémopéritoine. Dans **9,8%** des cas la taille de la GEU était **< 4cm** et dans **8,2%** des cas **> 4cm.**

5-6. Traitement Médical

Le traitement médical a concerné 29 patientes parmi les 183 patientes soit 15,8 % des patientes colligées. Les critères de sélection tenaient compte du caractère asymptomatique de la GEU, l'absence de rupture, l'existence d'antécédent chirurgical, la demande de la patiente, le consentement et la compliance des patientes dans le traitement. La taille, le caractère évolutif ou non de la GEU, ainsi que le taux élevé des βHCG n'ont pas influencé l'éligibilité au traitement médical. La molécule utilisée était le Méthotrexate à raison de 1mg/kg du poids corporel en IM.

Les moyens de surveillance étaient : clinique (TA, pouls, coloration des conjonctives, la douleur pelvienne, les métrorragies), le dosage des βHCG (J1, J4, J7 puis hebdomadaire jusqu'à négativation) et l'échographie en cas de douleurs pelviennes intenses persistantes.

La NFS + plaquette, les transaminases et la créatininemie étaient demandées dans les cas d'une deuxième injection de Méthotrexate. Le sérum anti-D a été systématiquement prescrit chez toutes les femmes Rhésus négatif.

5-6-1. Aspects clinique et para clinique pour le traitement médical

Les **15,8 %** des patientes qui ont bénéficié du traitement médical ont été toutes référées, la quasi-totalité avec un diagnostic échographique et un test urinaire de grossesse positif. Cinquante trois sur cent quatre vingt trois soit **29%** des patientes présentaient au moins un antécédent chirurgical du pelvis dont **13,7%** de salpingectomie.

Sur le plan clinique elles avaient toutes un état hémodynamique stable, **41,5%** des patientes avaient un taux d'hémoglobine supérieur ou égal à11g**/dl**.

Cependant le résultat échographique était en faveur d'un sac gestationnel extra utérin contenant un embryon avec activité cardiaque dans **21,8%** des cas.

Dans **14,3%** des cas il s'agissait de sac gestationnel extra utérin sans embryon.

Le taux des **βHCG** pré thérapeutique était compris entre **10 000** et **50 000ui/L** dans **34,5%** des cas, dans **27,6% < 1000ui/L** et dans **24,1%** des cas compris entre **1000** et **5000ui/L.**

Le couplage βHCG- échographie a permis de poser le diagnostic précoce de GEU et de proposer un traitement médical.

5-6-2. Modalité thérapeutique :

Le mode de traitement était la voie **IM** en raison de**1mg/kg** de Méthotrexate en dose unique.

Ainsi **51,7%** des patientes ont reçu la dose de **100mg** de méthotrexate, **31,1%** des patientes la dose de 60 à **79mg, 10,4%** des patientes la dose de **40** à **59mg** et **6,8%** une dose comprise entre **80 et 99mg.**

5-6-3. Evolution :

- **A J4 :** il a été enregistré à 4 jours après l'administration de méthotrexate, 2 cas de guérison soit 6,8%, 4 cas de rupture tubaire soit 13,8%, 23 cas sous surveillance soit 79,4%.
- **A J7 :** il a été enregistré **3 cas** de guérison soit **10,4%, 5 ca**s de rupture tubaire soit **17,3%, 21 cas** sous surveillance. **7** patientes ont reçu une **2ème dose** de méthotrexate.
- **A J30 :** nous avions enregistré **20 cas** de guérison soit **69 %** y compris les cas de rupture tubaire qui sont au nombre de **9** soit **31%.**

- **Au terme de la surveillance,** nous avions enregistré **20 cas** de guérison sans complication sur les **29** patientes soit **69%**, **9 cas** de rupture tubaire soit **31%**, **7 cas** soit **24%** ont reçu une **2ème dose** de méthotrexate, **55,2%** des patientes ont réalisé 3 à 4 dosages des βHCG et **20,7%** des patientes 5 à 6 dosages. **2 cas** de transfusion soit **6,8%,** aucun cas de décès.

- Notre taux de succès de 69% du traitement médical est similaire au taux de succès de la littérature qui est situé entre 64 et 94%. [**31**]

5- 6-4. Délai de guérison :

Soixante neuf pourcent des patientes ont obtenu une guérison dans un délai relativement **≤ 30** jours, le délai le plus long a concerné une patiente qui était **4 mois.**

5-6-5. Echec du traitement médical :

L'échec a concerné **9** patientes soit **31%.** Il s'agissait toutes des ruptures tubaires dont **7** cas ampullaires, 1 cas isthmique et 1cas interstitielle. **3** patientes ont subi un traitement cœliochirurgical conservateur, 6 patientes ont subi une laparotomie avec Salpingectomie totale.

5-6-6. Durée d'hospitalisation :

Cinquante huit virgule sept pourcent des patientes ont fait une semaine d'hospitalisation, **27,5%** des patientes **2** semaines d'hospitalisation et **3** semaines pour **13,8%** des patientes.

5-6-7. Devenir obstétrical

Le devenir obstétrical des patientes après le traitement médical a été marqué comme suit :

- Trois patientes ont mené des grossesses à terme avec enfant vivant dont une patiente sur trompe unique soit **10,4%.**

- Une patiente porte une grossesse gémellaire en cours.
- Une patiente a fait une GEU.
- Onze patientes sont en cours de suivi.
- Treize patientes sont perdues de vue.

Cependant, il est à signaler que selon la littérature, quelle que soit la stratégie thérapeutique choisie, les éléments prépondérants concernant la fertilité ultérieure sont l'âge des patientes et l'état tubaire antérieur. Il est probable que l'incidence réelle du traitement soit faible sur cette fertilité ultérieure et il faut privilégier les traitements les moins traumatiques et les plus aisément applicables.

5 -7. Le traitement chirurgical

Le traitement cœliochirurgical a concerné **22** patientes soit **12%** de l'effectif.

La laparotomie a concerné **141** patientes soit **77 %** de l'effectif

5-7-1.Exploration :

Il a été noté **57 ,4 %** de GEU droite contre **42,6 %** de GEU gauche.

69 % était ampullaire, **9 %** interstitielle, **15 %** isthmique et **3 %** Infundibulaire, **4 %** ovarienne.

La trompe controlatérale était :

- ✓ Saine dans **76,7 %** des cas.
- ✓ Absente dans **8 %** des cas.
- ✓ Pathologique dans **15,3 %** des cas.

SIHAM Arrach [**42**] à Fès au Maroc sur un effectif **18** patientes traitées par cœliochirurgie pour GEU à retrouvé :

88,88% d'hémopéritoine dont **56,26%** de faible abondance, **31,25%** de moyenne abondance, **12,5%** de grande abondance.

5-7-2 .Gestes effectués

La technique de conservation tubaire per cœlioscopique a été la plus pratiquée dont

71 % de Salpingotomie, **17** % d'expression tubaire,**7,3 %** d'aspiration tubaire.

Un virgule deux pourcent des patientes ont subi une Salpingectomie per cœlioscopique contre **75%** par laparotomie. Dans nôtre série seulement 2 patientes soit **5 %** ont subi une salpingectomie per cœlioscopique contre **88,88%** dans la série de SIHAM Arrach [42].

Le temps opératoire était ≤ **1H00** dans **71,4%** des cas contre **1H00 à 1H 30mn** dans **28,6%** des cas. Le temps opératoire ≤ **1H00** de notre série est similaire aux données de la littérature.

5-7-3. Complications et durée d'hospitalisation

Il a été enregistré **66 cas** d'anémie qui ont bénéficié de transfusion de sang iso groupe iso Rhésus pour anémie, **2 cas** de persistance trophoblastique et ont bénéficié de laparotomie, **1** cas d'infection de la paroi ayant nécessité un prélèvement de pus plus antibiogramme et un pansement biquotidien, aucun cas de complication nécessitant une intervention chirurgicale secondaire, aucun cas de décès.

La durée d'hospitalisation a été de **48 H00** dans **75%** des cas, **1 semaine** dans **17,8%** des cas et **2** semaines dans **7,2%** des cas. Cette durée d'hospitalisation est dans sa majorité similaire à celle de SIHAM Arrach [42.].

5-7-4. Examen anatomopathologique

.Il a été enregistré 49 % de cas de grossesse tubaire sur salpingite chronique non spécifique, dont 3,6 % de cas sur salpingite aigue congestive et 7,9 % de cas sur salpingite chronique bilharzienne.

VI. Conclusion et recommandations

La grossesse extra-utérine continue à nos jours à être l'une des urgences médico-chirurgicales qui engage le pronostic vital de la femme mais aussi son pronostic de fertilité du fait d'un polymorphisme clinique.

Le diagnostic de la GEU doit être suspecté chez toute femme en âge de procréer et qui présente des signes d'appel. L'apparition d'une méthodologie diagnostique fiable fondée sur le dosage de BHCG plasmatique, l'échographie et la cœlioscopie a permis une découverte plus fréquente des formes précoces ouvrant de large porte au traitement conservateur afin d'améliorer la fertilité ultérieur.

L'abstention thérapeutique nécessitant une surveillance rigoureuse aussi clinique que paraclinique reste à évaluer.

La salpingectomie est une technique relativement simple et indispensable à connaitre car elle permet de régler la majorité des situations hémorragiques.

Le traitement médical de la GEU a acquis une véritable place à part entière dans l'arsenal thérapeutique de cette affection ; selon les critères pris pour poser l'indication de traitement médical 16% de nos patientes ont bénéficié ce traitement. Dans des indications bien définis le traitement médical constitue un réel alternatif au traitement coeliochirurgical.

La cœliochirurgie est aujourd'hui le traitement de référence de la GEU.

Cette technique chirurgicale connaît des difficultés d'application dans notre contexte pour diverses raisons : la non disponibilité de colonne de cœlioscopie dans plusieurs structures sanitaires, l'inaccessibilité de la technique 24H/24H et l'inaccessibilité financière.

A l'instar des résultats de notre travail nous proposons en terme de recommandations ce qui suit :

6.1. A l'endroit des autorités : ministère de la santé, direction du CHU PG

Développer les compétences du personnel médical par la formation continue ;

- ✓ Renforcer le plateau technique des Csréf et CHU en colonne de cœlioscopie opératoire et en laboratoires de qualité.

- ✓ Rendre gratuite la prise en charge de la GEU comme celle de la césarienne.

6.2. A l'endroit des prestataires de santé :

Améliorer la qualité des soins par la prévention des IST et le dépistage précoce des grossesses à risque,

- ✓ **Collaboration** avec des différentes disciplines médicales, chirurgicales, laboratoire et pharmacie dans le cadre d'un travail en équipe pour améliorer la prise en charge des cas de GEU.

6.3. A l'endroit des patientes :

- ✓ **Utiliser** à bon escient les services de santé de la reproduction,
- ✓ **Suivre** les conseils des prestataires en matière de santé de la reproduction.

REFERENCES

1. Zilber U, Pansky M, Bukovsky I, Golan A: Laparoscopic salpingostomy versus laparoscopic local methotrexate injection in the management of unruptured ectopic gestation. Am J Obstet Gynecol 1996; 175: 600-2

2. Diallo Fb, Idi N, Vangeender Huysen C : La grossesse extra-utérine (GEU) à la maternité de référence de Niamey (NIGER), Aspects : diagnostic, thérapeutique et pronostique. Med Afr. Noire 1998 ; 45 : 365- 9.

3. Fernandez H, Coste J, Job-Spira N, Spira A, Papiernick E : Facteurs de risque de la GEU. Gynecol Obstet Biol Reprod 1991; 20:373-379.

4. Coste J, Bouyer J, Germain E, Ughetto S, Pouly Jl, Job-Spira : Recent declining trend in ectopic pregnancy in France: evidence of two clinico Epidemiologic entities fertil steril 2000, 74: 881-6.

5. Coste J, Job-Spira N, Aublet-Cuveller B, German E, Glowac Zower E, Fernandez H, Pouly J : Incidence of ectopic pregnancy, first results of a population-based register in France Human Reprod 1994; 9: 742-5.

6. Grubert K, Gelven Pl, Austin Rm: Chorionic villi or trophoblastic tissue in uterine samples of four women with Ectopic pregnancies source**:** International journal of gynaecological pathology 1997; 16: 28-32.

7. Job-Spira N, Bouyer J, Pouly Jc, Germain E, Coste J , Aublet-Cukeller B:

Fertility after ectopic pregnancy; first results of a population based study in France. Hum Reprod 1996; 11: 99-104.

8. Dupuis O ; Camagna O ; Benifla Jl ; Batallan A ; Dhainaut R.C ; Madelenat P: Grossesse extra utérine. Encycl. Méd. Chir. Gynécologie-Obstétrique 5-032-A-30, 2001, 18p.

9. Buambo-Bamamga S.F., Oyere-Moke P., Gnekoumou L.A., Nkihouabonga G., Ekoundzola J.R : La grossesse extra-utérine : étude de 139 cas colligés au centre hospitalier universitaire de Brazzaville. Médecine d'Afrique noire. Mai 2010.

10. Mohamed RAFIA : Prise en charge de la grossesse extra-utérine au service de gynécologie-obstétrique « b » à propos de 86 CAS. Thèse Med. Maroc 2006, Nº 27.

11. Guendeba D : Etude de la grossesse extra-utérine dans le service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré à propos de 83 cas. Thèse méd. Bamako 2007. M-101.

12. Berthé H : Etude épidémio clinique et thérapeutique des grossesses extra-utérines dans le service de gynéco-obstétrique du centre hospitalier universitaire du point G du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2007. Thèse Med,Bamako 2009. M-527.

13. Keita M.A : Grossesse extra utérine : aspects clinique et thérapeutique des grossesses extra utérines au centre de santé de référence de commune IV du district de Bamako à propos de 127 cas. Th.: méd. Bamako 2006; 69p; nº258

14. Dembele Y : Grossesse extra- utérine: aspect épidémiologique clinique thérapeutique et pronostic de la grossesse extra utérine dans service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V à propos de 128 cas. Th.: med: Bamako: 2006; 100p; nº242.

15. 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

16. Lawson Tl : Ectopic pregnancy Criteria and accuracy of ultra sonic diagnosis. Am J Roentergenol 1978 : 153-156.

17. Straumme: Salpingectomy for Tubal pregnancy reprint of a successful case. Obstet Gynécol 1976; 48, 2: 241 – 244.

18. 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.

19. Tanaka T, Hayashi H, Fujimotos, Ichnock: Treatment of interstitial ectopic pregnancy with méthotrexate : Report of a succeful case. Fertil Steril 1980; 37: 851-852.

20. 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.

21. Risquez F, Forman R, Maleika F, Foulot H, Chapman M, Zorn Jr: Transcervical cannulation of the fallopian tube for the management of ectopic pregnancy : prospective multicenter study. Fertil Steril 1992; 58: 2131-50.

22. Goldner Te, Lawson Hw, Xia Z, Atrasch Hk: Surveillance for ectopic pregnancy-United States 1970-1989. MMWR 1993; 42:73-35.

23. Job-Spira N, Fernandez H, Bouyer J, Pouly Jl, Germain E, Coste J: Ruptured tubal ectopic pregnancy: risk factors and reproductive out come:

results of a population-based study in France. Am J. Obstet Gynecol 1999; 180 (4): 938- 44.

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. 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.

27. Bouyer J, Coste J, Shojaei T, Pouly Jl, Fernandez Gerbaud L: Risk factors for ectopic pregnancy a comprehensive analysis. Based on a large case-control population based study in France. Am J epidemiology 2003; 0157: 185-95.

28. Zilber U, Pansky M, Bukovsky I, Golan A: Laparoscopic salpingostomy versus laparoscopic local methotrexate injection in the management of unruptured ectopic gestation. Am J Obstet Gynecol 1996; 175: 600-2

29. 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. Fertil Steril 1991 ; 56:453-60.

30. Fernandez H : Grossesse extra-utérine. Flammarion Médecine-Sciences,Paris 1997.

31. Chapron C, Fernandez H, Dubuisson Jb : Le traitement de la grossesse extra-utérine en l'an 2000. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2000; 29:351-61.

32. Fernandez H, Bouvier-Colle Mh, Varnoux N, Breat G : Mortalité maternelle par hémorragie obstétricale .Paris : INSERM 1994 :51-62.

33. J.-L. Anguenot, S. Bretones, P. Dumps, A. Campana : Traitement médical des grossesses extra-utérines par méthotrexate.

34. Fylstra DL. Tubal pregnancy: a review of current diagnosis and treatment. Obstet Gynecol Surv 1998; 53: 320-8.

35. Ransom MX, Garcia AJ, Bohrer M, Corsan GH, Kemmann E: Serum progesterone as a predictor of methotrexate success in the treatment of ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 1994; 83 : 1033-7.

36. Glock JL, Johnson JV, Brumsted JR: Efficacy and safety of single-dose systemic methotrexate in the treatment of ectopic pregnancy. Fertil Steril 1994; 62: 716-21.

37. Lipscomb GH, Bran D, McCord ML, Portera JC, Ling FW: Analysis of three hundred fifteen ectopic pregnancies treated with single-dose méthotrexate. Am J Obstet Gynecol 1998; 178: 1354-8.

38. Lansac J, Lecomte P: La grossesse extra-utérine, édition 4, 1994:154-156.

39. Gervaise A : Conduite à tenir en cas de prise en charge non chirurgicale d'une grossesse extra-utérine. J Gynecol Obstet Biol Reprod : 2003;32:64-74.

40. Collège national des gynécologues et obstétriciens français : Extrait des mises à jour en gynécologiemédicale, la grossesse extra-utérine, traitement médical : techniques, avantages et inconvénients.

41. Ferkous G : La grossesse extra-utérine (à propos de 117 cas). Thèse de médecine. Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat 2011, N° 110.

42. Siham Arrah : Traitement cœlioscopique de la GEU, à propos de 18cas.Thèse de médecine.Faculté de médecine et de pharmacie de Fès, 2014; N° 48.

43. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Rousse DJ, Spong CY: Ectopic pregnancy.Williams obstetrics 23rd edition. NewYork , 2010. P: 238-46.

44. Mage G et al. Traitement cœliochirurgical de la GEU. Chirurgie coelioscopique en gynécologie, Masson, 2013; 2 : 51- 62.

45. Site du Dr ALY Abbara. WWW.aly-abbara.com .....23 mai 2021

FICHE D'EXPLOITATION

N° Fiche :……

Année :…… ……..

Motif d'admission :…….

Mode d'admission :

1. Référée : …….
2. Venue d'elle-même :……..

Motif d'admission : ……..

I. Identité de la patiente :

Nom :……. Prénom :……

Âge :……

Profession :…….. Ethnie :…….

Adresse :…….

Niveau d'instruction :…….

Niveau socio-économique : 1. Favorable 2. Défavorable

Etat matrimoniale :

~ Célibataire Divorcée

~ Marié Veuve

II. Antécédents :

1-Medicaux :

~ -HTA □ -VIH □ -Diabète □

~ -Tuberculose □ -Drépanocytose □

~ -Asthme □ -Bilharziose

~ - Sans antécédent notable □

2-Antécédants chirurgicaux :

~ Césarienne □ Appendicectomie □

~ Chirurgie Tubaire □ Salpingectomie □

~ Kystectomie □ Cœlioscopie □

~ Cure de péritonite □ Poly myomectomie □

~ Sans antécédent notable □

3-Antécédants obstétricaux :

✓ Gestité ……. Parité : ……

✓ Avortement :□ 1. Oui □ 2. Non □

I.T. G □ **AVS** □

Avortement clandestin □ **Curetage** □

+ **Traitement de stérilité :** □ **1.Oui** □ **2. Non** □

__**Ty**pe de Stérilité □ 1. Primaire □ 2. Secondaire □

Cure de chinegie □ FIV □ Induction d'ovulation □

+ IST :

1. Oui □ 2. Non □ 3. Indéfinie □

- Annexite □ - Cervicite □
- Salpingite □ - Endométriose □
- Tuberculose génitale □

+ Contraception :

DUI □ Hormonothérapie □ LRT □ Jadel □

+ Autre facteurs de risque :

- Tabagisme : □ 1.Oui □ 2.Non □ 3.Indéfinie □

  Actif □ Passif □
- Douche Vaginale □

ATCD de GEU : □

1. Oui : □ 2. Non : □ Siege :□ 1.Droite □ 2.Gauche □

III. Méthode Diagnostic :

1- Interrogatoire :

Notion d'aménorrhées □ Date :……

Première manifestation:……

2- Clinique

a) Signes généraux :

Etat général :……

- T° : …… Fièvre □ Apyrexie

- TA : Hypo tendue □ Normo tendue □ Imprenable□

- Pouls : normal □ filant □ Imprenable □

- **Etat des conjonctives :**

- colorées □ Moyennement colorées □ Pales □

b) Signes fonctionnels :

- Douleur pelviennes □ - Métrorragie □
- Retard des règles □ - Etat de choc □
- Association: Douleur pelvienne + Métrorragie + Retard des règles □
- Signes Sympathiques de grossesse : - Nausées □ - Vomissement □ Vertige □
- Tension mammaire □ - Sialorrhées □ - Météorisme □
- Absence de signes sympathiques □

c) Signes physiques :

+ Examen abdominal :

- Abdomen souple □ - cris de l'ombilic □
- Abdomen sensible □ - Abdomen fluctuant □
- Défense abdomino-pelvienne □

+ TV :

- Douloureux Oui □ ou Non □

1) Etat du col:

- Douloureux : Oui □ Non □
- Fermé □ Ouvert □ Non apprécier □

2) Taille utérine :

Augmentée □ Normal □ Non apprécier □

3) Etat des annexes :

Normal □ M L U : □ Gauche □ Droite □

Taille de la masse.....mm

Empattement annexial □

Cul de sac bombant : □ 1 : Oui 2 : Non

· Douloureux Oui □ ou Non □

+ TR : Oui □ Non □

Cris du douglas : □ 1 : Oui 2 : Non □

3- Traitement antérieur :

- Anti douloureux □ 1 : Oui 2 : No

IV. Examens complémentaires :

1. Taux d'Hb : mg/100ml

2. Réaction immunologique de la grossesse dans les urines □

1 : Oui 2 : Non

Positive □ Négative □

3. Dosage de BHCG plasmatique □

1 : Oui 2 : Non

Quantité : …… UI/L

4. Echographie □

1 : Oui 2 : Non

Sus pubienne □ Endo vaginale □

* Taille utérine augmentée □ normale □

Utérus vide □ Sac gestationnel □ pseudo sac □

* **Masse latero-utérine**

Siege : Gauche □ Droite □

Taille :

Echo structure : **Non** précisée □ Inférieur à 4 cm □ Supérieur à 4 cm □

Sac embryonnaire avec embryon vivant :□ 1. Oui □ 2. Non □

Sac gestationnel : □ 1. Avec embryon : □ 2. Sans embryon : □

Activité cardiaque : □

1 : Oui 2 : Non

* **Hemopéritoine** □ **1 : Oui** 2 : Non

Grande abondance : □ Moyenne :□ Minime :□

5. **Culdosentèse** Oui □ Non □

Positive □ Négative □

6. **Ponction Trans pariétale :** □ **1. Oui** □ **2. Non** □

Positive :□ Négative :□

7. **Cœlioscopie** Oui □ Non □

- Hématosalpinx □
- Dilatation tubaire □
- Avortement tubo-abdominal □

V. Traitement

A- **Abstention thérapeutique** : □

B- Traitement médicale : □

Méthotrexate

1. Voie d'administration : en IM

-Dose unique : 1 mg / kg

-Double dose

2. Evolution du traitement médical

2 - 1. Evolution clinique

J 0 à J 4 : □ 1. Simple □ 2. compliquée : rupture tubaire □ J 4

à J7 : □ 1. Simple □ 2. Compliquée : rupture tubaire □

Sortie à J 7 1. Oui □ 2. Non □

2.2 Evolution biologique des BHCG

J 0.....UI /L

J 4.....UI /L

J 7.....UI/L

2-2-1. Evolution à J 7 :

Bonne. □ 1 : Oui 2 : Non

∗ Si bonne : surveillance hebdomadaire

dosage des BHCG à J 30 :……..

- Délai de négativation des BHCG :……..

∗ Si mauvaise : 2 ième dose de méthotrexate

- Nombre de dosage des BHCG :…….
- Délai de négativation des BHCG :…….

2-2-3. Echec du traitement médical, conversion en :

a) Cœlioscopie : □ 1. Oui 2. Non

Si oui, indication :

……

b) Laparotomie : □ 1. Oui 2. Non

Si oui,

indication :……

…

Si transfusion..... nombre de poches

2 -2- 4. Complications

- ✓ Décès : □ 1. Oui 2. Non
- ✓ Etat à la sortie : □ 1. Bon 2. Satisfaisant

C-Traitement coelio chirurgical : □

- ✓ Préparation de la malade :

∗Mise en condition : remplissage □ transfusion préopératoire □

- ✓ Exploration et aspects opératoires :

1-Situation anatomique de la GEU :

- ➢ Gauche □
- ➢ Droite □
- ➢ Tubaire :
  - Ampullaire □ - Interstitielle □
  - Infundibulaire □ - Isthmique □
- ➢ Tubaire sans précision : □
- ➢ Ovarienne : □
- ➢ Abdominale : □
- ➢ GEU + GIU : □

2-Nature des lésions :

- ~ Hémopéritoine : □ abondance : …….
- ~ Rupture tubaire : □
- ~ Fissuration tubaire : □

~ Avortement tubo – abdominal complet ou en cours : □

~ Hématosalpinx : □

~ Taille : ……

~ Hématocèle : □

3- Associations pathologiques :

∗ Endométriose : □ ∗ Fibrome : □ ∗ Kyste ovarien : □

∗ Pyosalpinx : □ ∗ Hydrosalpinx : □ ∗ Hématosalpinx : □

∗ Adhérences pelviennes : □ ∗ Vésicules à Chlamydia : □

∗ Perihépatite : □ ∗ Fibrome : □

∗ Appendice d'aspect inflammatoire

4- Séquelles infectieuses et inflammatoires :

∗Trompe homolatérale : -Saine : □ - Boudinée de mauvaise qualité : □

∗ Trompe controlatérale : - Absente : □ - Saine : □ - Lésée : □

Dilatée des franges phimosées :□ Aspect inflammatoire :□ Aspect endométriosique : □ Prise dans un magnent adhérentiel :□

<u>Temps opératoire</u> :

1. Geste chirurgical réalisé :

a. Chirurgie conservatrice :

- Conservation tubaire totale :
  - Expression tubaire : □
  - Salpingotomie : □
  - Aspiration des débris placentaire : □

- Conservation tubaire partielle :
  - Salpingectomie partielle : □
  - Ovariectomie par

b. Chirurgie radicale

- Salpingectomie totale : □
- Annexectomie : □

C.Indication :……

2. Résultats :

a. Succès : □ 1. Oui : □ 2. Non : □

b. Conversion en laparotomie : □ 1. Oui : □ 2. Non : □

- Voie d' abord :

∗ IMSO : □ ∗ Pfannenstiel : □

- Indication :

∗ Difficulté d'hémostase et hémorragie incontrôlable : □

∗ Hémopéritoine de grande abondance gênant l'exploration : □

∗ Instabilité hémodynamique : □

∗ Difficultés technique : □

∗ Localisation interstitielle ou cornuelle :

c.Complications peropératoires : ……

d. Transfusion en per – opératoire : ……

V I. Les suites post - opératoires immédiates :

1. Suites simples : Oui : □ Non : □

2. transfusion post –opératoire : Oui : □ Non : □

3. Complications :

3.1 Complications nécessitant une laparotomie secondaire

- Hémorragie secondaire : Oui : □ Non : □
- Persistance trophoblastique : Oui : □ Non : □

3.2. Autres :

- Septicémie : Oui : □ Non : □
- Infection de la paroi : Oui : □ Non : □
- Anémie : Oui : □ Non : □
- Infection urinaire : Oui : □ Non : □
- Thrombophlébite : Oui : □ Non : □
- Décès : Oui : □ Non : □

V II. Examen anatomopathologique :……

V III. Devenir obstétrical :

- Grossesse ultérieure :
  - ~ Avortement : □
  - ~ Grossesse intra – utérine : □
  - ~ GEU : □
- Infertilité : □
- Perdue de vue : □

Fiche signalétique

Nom : BAH

Prénom : Mohamed dit Bablé

Titre de la thèse : Aspect Epidémio-Clinique Thérapeutique et Pronostic de la grossesse extra-utérine dans le service de gynécologie obstétrique du CHU du Point « G »

Année universitaire : 2021 - 2022

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : République du Mali

Secteur d'intérêt : Santé publique, Gynécologie Obstétrique

Résumé : il s'agit d'une étude transversale réalisée au service de gynécologique obstétrique du CHU du Point « G » du 1ER Janvier 2009 au 31 décembre 2014 soit 6 ans

L'objectif principal était d'étudier les aspects épidémio-clinique thérapeutique et pronostic de la grossesse extra-utérine dans le service de gynécologie obstétrique du CHU du point G.

Durant la période d'étude nous avons enregistré 10251 admissions en obstétrique dont 183 cas de grossesse extra-utérine soit une fréquence de 1,8 %.

Le traitement médical par le méthotrexate à raison de 1mg / kg a concerné 29 cas de GEU soit 16 % dont 9 cas d'échec par rupture tubaire.

Le traitement cœliochirurgical a concerné au départ 19 cas soit 10 %. A cela s'est ajouté 3 cas après échec du traitement médical. Le traitement radical a concerné 141 patientes soit 77 % de l'effectif.

Aucun cas de décès n'a été noté dans notre série.

Mots clés : grossesse extra-utérine : urgence médico-chirurgicale

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je Le Jure !