

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

**République du Mali**  
**Un Peuple – Un But – Une Foi**

Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako.



**FACULTÉ DE MÉDECINE, ET  
D'ODONTO - STOMATOLOGIE**



**ANNEE UNIVERSITAIRE : 2013 – 2014N...../**

**TITRE DE LA THESE**

**ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES  
DE LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE AU C S REF CIV DU  
DISTRICT DE BAMAKO DU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2010 AU 31  
DECEMBRE 2012.**

Présentée et soutenue publiquement le ...../...../2014  
Devant la Faculté de Médecine et  
D'Odonto-stomatologie

**Par: Mr Séko HassaDembélé**

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

**Jury**

**Président :** Professeur Salif Diakité  
**Membre :** Docteur Boubacar Traoré  
**Co-directeur :** Docteur Diakaridia Koné  
**Directeur:** Docteur Moustapha Touré

## ***DEDICACES ET REMERCIEMENTS***

**A L'ETERNEL LE TOUT PUISSANT ET MISERICORDIEUX** pour m'avoir permis de mener à bien ce travail.

### **A mon Père Hassa Dembélé:**

Grâce à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, de la dignité, de la tolérance, de la probité, du respect de soi et des autres, de la rigueur et de la loyauté. Ton soutien moral, affectif et matériel ne m'a jamais fait défaut.

Je te suis reconnaissant pour toute la confiance que tu as placée à ma modeste personne depuis le début de mon cycle. Merci ! Pour ce que tu as fait et tout ce que tu feras encore pour moi. Tu pourras toujours compter sur moi, car je resterai toujours un enfant digne de toi et je me souviendrai toujours de tes sages conseils.

Que L'ETERNEL le Tout puissant te garde encore longtemps près de nous.

### **A ma mère Hanzoun Mounkoro:**

Ma chère maman ! Femme dynamique, joviale, généreuse, loyale, sociable, attentionnée et naturelle. Tes conseils, tes encouragements ne m'ont jamais fait défaut. Ce travail est le tien. Que le bon DIEU te donne encore longue vie.

### **A mes frères et sœurs :**

Plus particulièrement à **Moutian Dembélé.**

Vous m'avez toujours compris, conseillé, encouragé et entouré d'affection. Ce travail est le fruit d'un effort collectif auquel vous avez tous contribué de loin et de près. Que ce travail soit pour vous, toute l'expression de mon attachement fraternel.

**A mes cousins et cousines :**

Trouvez ici toute ma reconnaissance

Que la paix et l'entente règnent toujours entre nous.

**A mes tontons :**

J'ai eu la joie de vivre parmi vous durant des années, vous ne vous êtes jamais lassés de me soutenir autant sur le plan moral que sur le plan matériel. C'est une occasion pour vous adresser mes vifs remerciements et ma profonde gratitude. Ce travail vous appartient.

**A toutes mes tantes :**

Les mots me manquent pour vous remercier de votre engagement pour ma réussite. Durant mes études, je n'ai jamais cessé de bénéficier de vos sages conseils, de votre aide morale et matérielle. Puisse ce travail soulager vos sacrifices consentis.

**Aux familles Tounkara et Touré à Kalaban coura :**

De près comme de loin vous avez toujours été là pour m'encourager. Ce travail vous appartient.

Soyez remerciés sincèrement pour le soutien moral, matériel et les conseils prodigués.

**A mes maitres :** (Dr Amaguiré Saye, Dr Dessé Diarra, Dr Daouda Camara, Dr Dramane Haidara) et a **mes aînés** (Dr Bakary Yarro, Dr Bilali Coulibaly, Dr Boubacar Diarra, Dr Daouda Koné, Dr Lanseny Doumbia, Dr Sékou Dumbia, Dr samba Tounkara...).

Votre encadrement ne ma jamais fait défaut. Que le seigneur vous donne longue Vie.

## **REMERCIEMENTS**

**A tous mes collègues et amis :** Jean Gabriel Dembélé, Sokona Dembélé, Victoire Frédéric Dembélé, Abass Koné.

En souvenir de la solidarité et du courage dont nous avons fait preuve durant ces années d'études. Ensemble nous avons parcouru les chemins de la faculté qui ne sont pas sans embûches.

**A tous les faisant fonction d'interne en gynécologie obstétrique du C S Réf C IV :**

Rien ne vaut l'esprit d'équipe ; nous avons partagé ensemble tous ces moments pénibles, pour le travail mené ensemble dans la cordialité.

A tous mes cadets, courage et persévérance car la réussite est au bout du tunnel.

Mes remerciements sincères

**Aux sages femmes du C S Réf C IV :**

J'ai eu un grand plaisir de travailler avec vous et j'ai beaucoup appris. Je vous suis entièrement reconnaissant.

**Mes remerciements à tous le personnel du C S Réf C IV.**

**A l'Administration et au corps professoral de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie pour l'encadrement et la formation.**

*Hommages aux  
membres  
Du Jury*

**A notre Maître et Président du jury :**  
**Professeur Salif DIAKITE**

✓ **Professeur titulaire honoraire en gynéco-obstétrique**

Cher Maître,

Votre abord facile, votre disponibilité, vos qualités de maître et surtout votre abnégation nous ont séduits.

Vous êtes un modèle de simplicité, un homme de rigueur, de principe et de tradition.

La patience avec laquelle vous transmettez votre savoir tout en donnant des conseils de sage, nous fera toujours penser à vous en tant que père et grand père.

Recevez ici cher maître et cher père, l'expression véritable de notre profonde gratitude et de notre sincère reconnaissance. Que l'ETERNEL vous garde encore longtemps auprès de nous. Amen!

*A notre Maître et juge :*  
*Docteur Boubacar Traoré*

✓ Médecin chef du Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako.

✓ Gynécologue obstétricien au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako.

Cher Maître, la rigueur scientifique, la simplicité, et l'esprit de tolérance sont autant de qualité que vous incarnez et font de vous un encadreur exceptionnel.

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

Puisse DIEU vous garder et vous soutenir dans vos projets futurs.

**A notre Maître et Co-directeur de Thèse :**

**Docteur Koné Diakaridia**

- ✓ **Gynécologue obstétricien au Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District de Bamako.**
- ✓ **Médecin chef adjoint au Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District de Bamako.**
- ✓ **Chef de service de gynécologie obstétrique au Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District de Bamako.**

Cher Maître, nous sommes très honorés par votre présence dans ce jury de thèse malgré vos nombreuses tâches. Votre compétence, votre amour du travail bien fait, votre disponibilité, votre simplicité et votre caractère sociable font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.



**A notre Maître et Directeur de thèse :**  
**Docteur Moustapha TOURE**

- ✓ **Gynécologue obstétricien**
- ✓ **Chef du service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du Mali.**
- ✓ **Maître Assistant à la Faculté de médecine et d'Odonto -Stomatologie (FMOS)**
- ✓ **Diplômé d'échographie de la faculté de médecine de Brest,**
- ✓ **Titulaire d'un certificat du cours européen d'épidémiologie,**
- ✓ **Titulaire d'un certificat de fécondation in vitro de Hambourg en Allemagne.**
- ✓ **Chevalier de l'Ordre National du Mali.**

Cher maître, c'est un grand privilège pour nous d'être parmi vos élèves. Votre rigueur scientifique et la qualité de votre enseignement font de vous un maître de référence. Véritable bibliothèque vivante, vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, du travail bien fait et le respect de la vie humaine.

Merci cher Maître pour vos précieux conseils de formateur et d'éducateur qui ne cessent de nous guider.

Puisse le Seigneur vous accorder santé et longévité afin de rendre encore plus performante l'école malienne de gynécologie-obstétrique.

## I-INTRODUCTION

Le terme de grossesse extra-utérine (GEU), caractérisé par la localisation ectopique de l'œuf s'applique aux grossesses qui s'implantent et se développent en dehors de la cavité utérine. La très grande majorité des grossesses extra-utérines sont des grossesses qui s'implantent dans la trompe de Fallope ou grossesses tubaires, mais peuvent être abdominales ou ovariennes [10].

Elle (s) occupe (ent) une place privilégiée dans la littérature médicale [21].

La survenue d'une GEU compromet gravement l'avenir obstétrical de la femme, en effet 1/3 des nidations ectopiques surviennent chez des nullipares dont 50% resteront stériles [34].

La GEU demeure la première cause de décès maternel au cours du premier trimestre de la grossesse dans les pays en développement et industrialisés [14, 27] et représente près de 10% de mortalité maternelle.

Les formes cataclysmiques menaçant le pronostic vital sont en nette régression grâce aux possibilités de diagnostic précoce données par l'échographie et le dosage des HCG urinaires ce qui permet d'améliorer le pronostic fonctionnel [3].

La connaissance des facteurs de risque permet [21, 14] : une prévention primaire et secondaire de la G E U, et d'éviter les récives.

La GEU reste une affection grave [34], les erreurs de diagnostic pouvant mettre en péril la vie des patientes.

Cette pathologie reste potentiellement létale.

En Afrique le problème est crucial, lié à un retard de consultation (au stade de rupture), ce qui en fait une condition d'extrême urgence avec un pronostic maternel décevant [32].

En Afrique Occidentale notamment au Sénégal la GEU représentait 9,3% des laparotomies réalisées en urgence [27], avec une incidence de 0,8 pour 1000 grossesses. Elle représentait 39 % des activités de gynécologie obstétrique à Madagascar en Afrique du sud.

La GEU occupe le deuxième rang des urgences gynécologiques et obstétricales après la césarienne au Mali [13].

Au centre de santé de référence de la commune IV du District de Bamako une étude a déjà porté sur le sujet en 2005-2006. C'est pour une réévaluation de la situation que nous avons initié la présente étude qui a pour objectifs :

## **OBJECTIFS**

### **1. Objectif Général :**

Etudier les aspects épidémiocliniques et thérapeutiques de la GEU dans le service de gynécologie-obstétrique du CS Réf CIV du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 décembre 2012.

### **2. Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence de la GEU au CS Réf CIV
- Déterminer les caractéristiques socio-démographiques des patientes.
- Déterminer les facteurs de risque de GEU.
- Définir les moyens et les méthodes de la prise en charge de la GEU dans le service.
- Etablir le pronostic maternel.

## II-GENERALITES

### 1. Définition

La GEU se définit comme la nidation et le développement de l'œuf fécondé en dehors de la cavité utérine [46].

### 2. Historique :

La GEU, il ya un siècle, était considérée comme une fatalité. C'est Lawson Tait, en 1888 qui a été le premier auteur d'un nouveau concept : une intervention chirurgicale pourrait sauver la vie de la patiente. Cette technique consistait en une salpingectomie. Depuis le traitement de la GEU à évolué à travers le temps. En 1953 Stromme [13] montrait que le traitement conservateur de la GEU était possible par laparotomie.

Le traitement conservateur coelioscopique de la GEU à été proposé pour la première fois en 1977 par MANHES et BRUHAT. Depuis d'autres techniques, non plus chirurgicales, mais médicales sont apparues.

Aujourd'hui le traitement médical est utilisé dans les pays développés et en développement [13]. La première tentative à été rapportée en 1982 par TANAKA au Japon avec le methotrexate. Depuis, d'autres substances sont utilisées, notamment la **RU 486** et les prostaglandines dont les premiers essais ont été réalisés en coelioscopie par injection intra- tubaire et intra lutéale de prostaglandine F2 alpha.

### 3. Fréquence :

La GEU représente 1 à 2% des grossesses [3].

Sa fréquence augmente, passant dans une série de Sivin, d'un taux de 38 en 1965 à 133 en 1983 pour 100000 femmes de 15-44ans. Le taux de mortalité par grossesse ectopique à diminué dans les vingt dernières années [3].

C'est une affection assez fréquente, une étude de Cissé H au Mali à trouver une grossesse extra-utérine sur 300grossesses [8].

Dans ces 20 dernières années on assiste à un dédoublement de son incidence selon les rapports d'activités du service de gynéco-obstétrique du CHU de Cocody en côte d'ivoire.

#### **4. Rappels anatomiques et physiologiques [3]**

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

##### **4-1 L'utérus :**

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

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

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

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

##### **4-2 les trompes**

###### **a-Définition :**

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

###### **b-Description :**

Elles comprennent 4 segments anatomiques et fonctionnels qui sont de l'utérus vers l'ovaire:

- la partie interstitielle,
- la partie isthmique,
- la partie ampullaire,
- le pavillon ou infundibulum.

#### **c-Structure :**

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

**d-Rôle :** Les trompes jouent un triple rôle :

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

### **4-3 Les ovaires**

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

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

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

- l'appareil progestatif ou corps jaune.

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

## **5. Rappel physiologique de la fécondation et de la nidation de l'œuf :**

### **Cellules sexuelles :**

#### **5.1. Les cellules sexuelles mâles**

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

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

Ces transformations successives portent le nom de spermatogenèse.

#### **5.2 .les cellules sexuelles femelles**

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

#### **5.3. Fécondation :**

Pénétration des spermatozoïdes dans les voies génitales au moment de l'orgasme qui a lieu pendant le rapport sexuel, le sperme est projetée dans le cul de sac postérieur du vagin et sur le col de l'utérus.

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



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

#### **5.4. Nidation et implantation de l'œuf fécondé :**

La fécondation a lieu habituellement dans le tiers externe de la trompe, au niveau de l'ampoule tubaire. L'œuf va migrer dans la trompe pour arriver dans la cavité utérine au 4e jour.

La nidation dans l'endomètre a lieu au 6<sup>ème</sup> jour.

La nidation se fait grâce aux villosités trophoblastiques. Ces dernières vont également éroder des vaisseaux de la paroi dans laquelle s'implante l'œuf, cela vers le 10e jour, libérant dans la circulation maternelle des  $\beta$ -HCG en quantité suffisante pour être détectées.

Pour que le transit tubaire de l'œuf s'effectue correctement, il nécessite :

- une activité musculaire de la trompe ;
- un flux de liquide tubaire ;
- une activité correcte des cellules ciliées de la trompe, car le flux liquidien se dirige vers le pavillon, et les battements des cils se font vers l'utérus.

Chez la femme le trophoblaste s'implante au 6eme jour post ovulatoire, quelque soit le lieu où il se trouve (trompe, ovaire, péritoine ...).

La GEU survient lorsque l'œuf s'implante ailleurs que dans la cavité utérine, quelle qu'en soit la cause.

#### **6. Anatomie pathologie de la GEU :**

L'œuf ectopique est un œuf normal dont les villosités se fixent sur un tissu inapte à la nidation. La sécrétion d' HCG urinaire est fonction de la vitalité de l'œuf [3].

- Macroscopiquement : la grossesse extra-utérine réalise une voussure ovoïde rouge violacée.

-Microscopiquement : le processus de la nidation de la grossesse extra-utérine est le même que celui de la grossesse intra-utérine ; on trouve dans la zone d'insertion : - une musculature amincie et infiltrée ;

- des formations chorio-placentaires

## **7. Facteurs épidémiologiques :**

-le facteur de risque le plus important est la salpingite, celle-ci est en générale secondaire à une maladie sexuellement transmissible. La plus fréquente est l'infection à Chlamydia trachomatis (le risque est multiplié jusqu'à 7 fois) [16].

D'autres maladies sexuellement transmissibles sont également incriminées, dues au Mycoplasme, au Neisseria gonorrhoeae [3].

-le deuxième facteur de risque important est l'antécédent de chirurgie pelvienne. Toute chirurgie pelvienne peut être source d'adhérences péri-annexielles ou de réactions inflammatoires tubaires, d'autant plus qu'elle est pratiquée pour une pathologie tubaire (plastie tubaire).

Les autres facteurs de risque [16] sont :

- le tabac : toxicité directe de la nicotine par action anti-oestrogénique.

- le stérilet : Il augmente la fréquence des GEU, soit par les infections génitales hautes qu'il entraîne, soit par une action directe. En fait, le stérilet et la contraception hormonale préviennent mieux la grossesse intra-utérine que la GEU.

- Endométriose, malformations gynécologiques et tuberculose génitale

- les inducteurs de l'ovulation (citrate de clomiphène, anti-œstrogène agissant sur la motricité tubaire) et les techniques d'assistance médicale à la procréation (polyovulation et facteurs tubaires motivant celle-ci ; le traitement de la stérilité dans son ensemble est un facteur de risque, que ce soit par la chirurgie tubaire ou par l'induction de l'ovulation.

- Age maternel : en plus de la probabilité d'avoir accumulé avec les années d'autres facteurs de risque, il représente un risque à part entière [16,13].

## **8. Localisation de la GEU: [34, 22, 16, 77]**

Deux localisations sont possibles : tubaire (98%) et extra-tubaire.

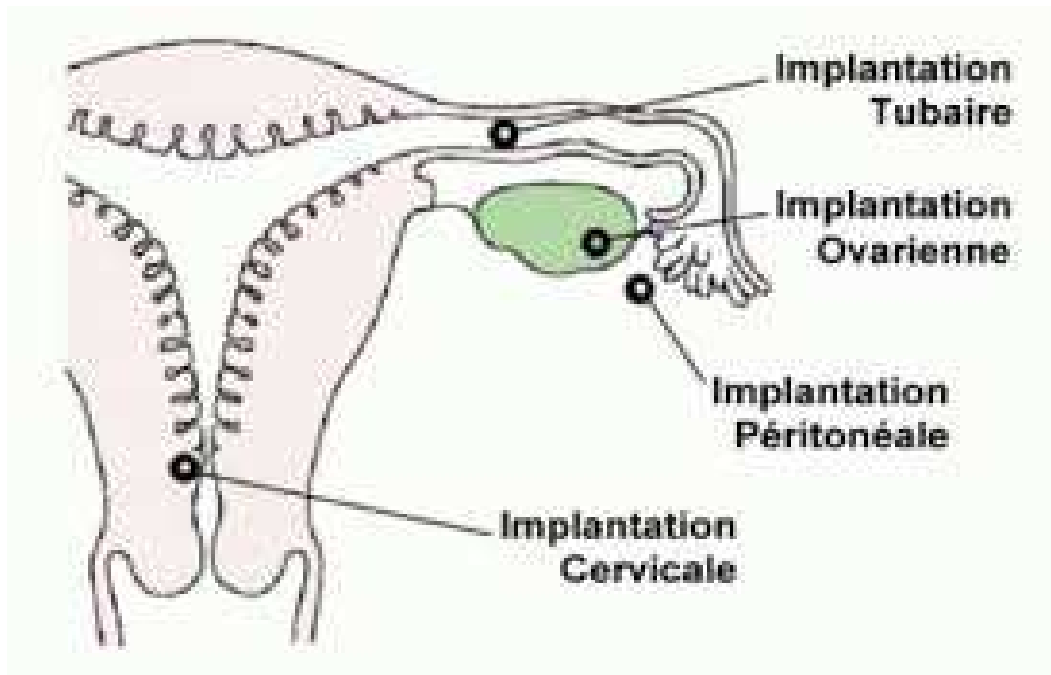
Parmi les localisations tubaires, il faut distinguer :

- les localisations proximales incluant les GEU interstitielles ou cornuales (4%),
- les localisations isthmiques (15%),
- les localisations distales représentées essentiellement par l'ampoule qui est le lieu privilégié des GEU (70%),
- les localisations pavillonnaires (environ 5%).

Les autres localisations incluent :

- les grossesses abdominales ou l'implantation se fait sur le mésentère ou sur l'intestin grêle pouvant permettre à l'extrême une évolution jusqu'à terme,
- les localisations ovariennes (environ 2%) des GEU, primitive ou secondaire à un avortement tubo-abdominal,
- la nidation peut avoir lieu sur l'ovaire (0,7%),
- sur le col : rare 1cas/15000 grossesses PAALMAN, Rothe
- Les localisations beaucoup plus rares comme l'atteinte cervicale ou d'autres organes de l'abdomen : foie et rate.

Il existe par ailleurs des GEU gémeillaires, bilatérales et hétérotopiques associant une GIU et GEU.



**Cranial**



Localisation de la GEU [51].

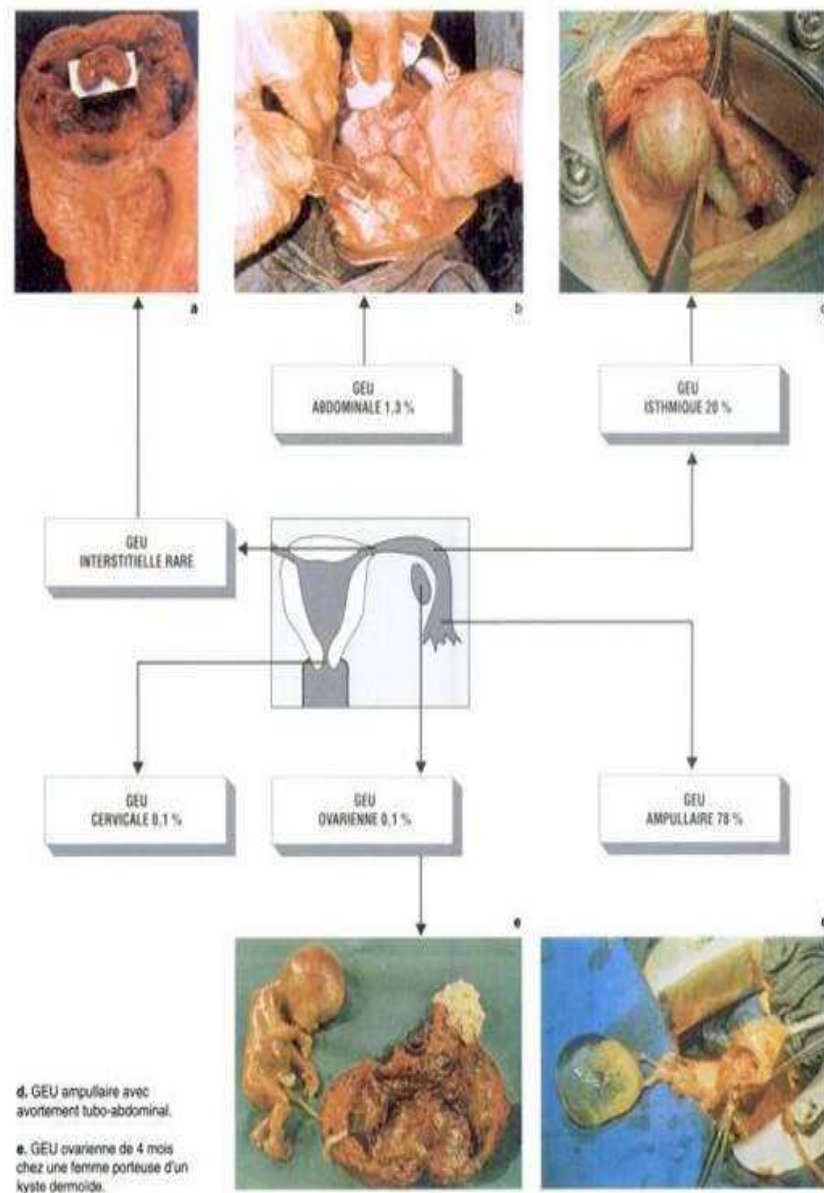


Grossesse ampullaire non rompue

**Antérieur**



Localisation de la GEU [14]



Localisation de la GEU [34].

## 9. Diagnostic

1-Symptomatologie clinique : les signes cliniques sont trompeurs ; la symptomatologie classique ne s'observe que dans les formes déjà évoluées [16].

Il s'agit d'une femme jeune en âge de procréation qui présente après une période de retard des règles de quelques jours à quelques semaines, des métrorragies peu abondantes ou des pertes sépia, ainsi que des douleurs pelviennes.

La triade classique douleurs-métrorragies-masse annexielle n'est observée que dans 45 à 50% des cas [34].

L'examen gynécologique révèle un col sain (parfois violacé gravide) et au TV une masse latéro-utérine ou une simple sensibilité d'un cul-de-sac, alors que l'utérus est normal ou ramolli et sensible à la mobilisation.

Cinq pour cent des patientes présentent actuellement un tableau clinique d'hémopéritoine et dans ce cas un simple dosage d'HCG qualitatif urinaire positif indique un traitement d'urgence sans autre examen complémentaire [16].

Tableau I: Fréquence des symptômes et signes physiques dans les grossesses extra-utérines [22].

Symptômes et signes physiques	fréquence (%)
Douleur-abdominale	87-99
Aménorrhée	61-79
Métrorragies	48 - 86
Signes sympathiques de grossesse	23
Syncope	6-37
Douleur scapulaire	5 - 22
Expulsion de la caduque	6-7
Douleur à la palpation abdominale	97-99
Douleur à la palpation annexielle	87-99
Signes d'irritation péritonéale	71 - 76
Masse annexielle	32-53
Augmentation du volume utérin	6-30
Choc	2-27

Dans 95%, l'ubiquité du tableau clinique impose la réalisation d'examens complémentaires [22].

## 10. Etude clinique de la GEU

**A. Type de description :** " Forme clinique typique de GEU au début"

a- Circonstance de découverte :

Il s'agit d'une femme jeune en période d'activité génitale qui se sait enceinte ou ignore sa grossesse et qui consulte pour douleurs pelviennes ou des métrorragies.

Les douleurs sont hypogastriques basses, unilatérales, à type de torsion, de coliques, très caractéristiques.

Les pertes sont constituées de sang noirâtre sépia peu abondant. Cette association grossesse, douleurs et métrorragies évoque la GEU.

b- L'interrogatoire : doit être méticuleux

Il précise la date des dernières règles, leur caractère normal ou non, tout en faisant le récapitulatif des cycles antérieurs. On précisera surtout les antécédents obstétricaux (fausses couches éventuelles) et les antécédents gynécologiques infectieux (salpingites). Le côté de la douleur, l'existence de scapalgies, ou une tendance lipothymique. On recherche dans les antécédents les facteurs de risque de GEU, sans oublier les maladies sexuellement transmissibles chez le ou les partenaires, l'infection pouvant passée inaperçue chez la femme.

c- Examen physique :

On retrouve une pâleur anormale, des lipothymies fréquentes, d'apparition récente.

L'examen des seins est généralement normal.

La palpation abdominale précise la région douloureuse.

Le col est normal ou violacé à l'examen au spéculum comme celui d'une femme enceinte, l'écoulement sanguin vient de la cavité utérine.

Le Toucher vaginal (TV) précise la taille et la mobilité de l'utérus, 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 mollesse mais fait essentiel, douloureuse.

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

L'inspection de la vulve peut retrouver des saignements sépia.

d- Les examens complémentaires



➤ L'hémogramme et le groupage rhésus :

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

➤ Le dosage hormonal :

Les hormones chorioniques gonadotrophiques (HCG) sont sécrétées précocement dans le sang maternel à partir du cytotrophoblaste. Il confirme l'existence d'une grossesse sans préjuger de sa localisation. Le dosage spécifique de l'HCG utilisant les anticorps monoclonaux, est plus sensible (HCG urinaire). L'HCG est retrouvé dans le sang maternel dès le 10<sup>ème</sup> jour post ovulatoire.

➤ La culdocentèse :

En présence d'une grossesse extra-utérine, le taux des hormones chorioniques du liquide péritonéal est supérieur au taux sérique alors qu'il reste faible en présence d'une grossesse intra-utérine. Malgré son intérêt diagnostique, la culdocentèse reste une technique peu utilisée.

➤ Dosage de la progestérone :

Durant les premières semaines de gestation, la progestérone est synthétisée par le corps jaune, stimulé par des facteurs lutéotrophiques émis par l'embryon implanté. Lorsque son taux est inférieur à 5ng/ml, elle permet d'exclure le diagnostic de grossesse intra-utérine évolutive.

➤ Echographie :

Essentielle, elle doit être réalisée au moindre doute.

Elle se pratique par voie sus-pubienne, puis par voie endovaginale.

L'échographie est confrontée à l'examen clinique et surtout à la biologie. On considère que l'on doit voir une image d'œuf intra-utérin à partir de 1 500 UI/l de  $\beta$ -HCG plasmatiques. Certains considèrent que la limite est à 1 000 UI/l.

Elle ne permet de conclure de façon formelle à une GEU qu'en présence des signes suivants :

- Utérus vide (absence de sac gestationnel),
- Masse latéro-utérine contenant un embryon vivant (activité cardiaque positive),
- Petite collection liquidienne rétro-utérine signant l'hémorragie intra-péritonéale.

## **A. Formes cliniques**

### **1. formes trompeuses**

#### 1.1. Formes pseudo-abortives :

Elles représentent une des difficultés diagnostiques majeures. C'est un tableau d'avortement spontané avec douleurs banales. L'échographie peut être trompeuse avec une image intra-utérine ronde, correspondant à un faux œuf, qui est en fait une hématométrie minime au sein de la caduque. Comme décrit plus haut, il faut se méfier des métrorragies abondantes de sang rouge associées à l'expulsion de la caduque, mimant une fausse couche spontanée.

#### 1.2. Formes pseudo-salpingitiques

Elles associent douleurs pelviennes, métrorragies et température à 37,8-38 °C. Le dosage de  $\beta$ -HCG et l'échographie rétablissent le diagnostic.

#### 1.3. Formes pseudo-appendiculaires

Elles sont dominées par des douleurs dans la fosse iliaque droite. Ici encore, la biologie et l'échographie rétabliront le diagnostic.

### **2. Formes selon le siège :**

- Elles sont tubaires dans plus de 95 % des cas et ampullaires dans 75 % des cas.
- Elles peuvent être extra-tubaires dans le reste des cas : ovarienne, abdominale (s'implantant sur l'épiploon et les anses digestives), cornuales (au niveau de la corne utérine) ou cervicales.

### **3. Formes selon le tableau clinique**

#### **3.1. GEU fissurée**

- Le tableau clinique est marqué par des douleurs pelviennes avec lipothymies et scapulalgies dans un contexte de retard de règles et de métrorragies.
- Le pouls est accéléré et la pression artérielle encore conservée.

- L'examen clinique trouve une vive douleur dans le cul-de-sac latéral concerné et un cul de sac de Douglas douloureux.
- L'échographie confirme le diagnostic ou, au moins trouve un épanchement intrapéritonéal et un utérus vide. Le dosage des  $\beta$ -HCG est positif.
- Le reste de la conduite à tenir consiste à prélever un bilan préopératoire et pré-transfusionnel et à organiser l'intervention. Le groupe phénotypé (Rhésus) et la recherche des Agglutinines Irrégulières (RAI) sont importants, car il s'agit d'une pathologie hémorragique.

### **3.2 Rupture cataclysmique de GEU**

- C'est une urgence chirurgicale.
- Cliniquement : hémopéritoine important, toucher vaginal très douloureux et signes de choc hémorragique : tachycardie, hypotension orthostatique, puis hypotension.
- La réanimation préopératoire est essentielle et immédiate :
  - Voie veineuse de gros calibre (16 gauge), de préférence double et périphérique.
  - Rétablissement d'une volémie et d'un état hémodynamique corrects (macromolécules puis sang) éventuellement aidés d'une pression veineuse centrale (PVC).
  - Prélèvement en urgence du groupe, rhésus phénotype, RAI et d'une numération sanguine de référence.
- Intervention chirurgicale en urgence, car le pronostic vital est en jeu.

### **C-Evolution**

Lorsque le diagnostic est posé au stade précoce, les possibilités de conservation chirurgicale sont meilleures.

Non traitée, la GEU évolue vers des complications hémorragiques ou rarement vers la résorption spontanée.

### **D- Traitement**

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

**2. Traitement curatif :**

**2.1. but :**

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

**2.2. Moyens:**

Les moyens thérapeutiques sont chirurgicaux ou médicaux.

Le traitement chirurgical peut être conservateur (salpingotomie et aspiration de l'œuf ou des débris trophoblastiques) ou radical (salpingectomie).

La cœliochirurgie a remplacé la laparotomie dans les pays développés.

La laparotomie n'est indiquée qu'en cas d'hémorragie interne abondante avec instabilité hémodynamique liée à la rupture de la GEU ou dans les cas exceptionnels où l'anesthésiste contre indiquerait la cœlioscopie.

Le traitement médical fait appel au méthotrexate, anti métabolite des acides nucléiques, soit par voie intramusculaire, orale ou locale.

**2.3. Indications :**

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

Un traitement chirurgical est proposé de première intention pour les GEU ayant un score >13. De même, un traitement chirurgical est proposé s'il existe une

contre indication au traitement médical principalement basé sur l'utilisation du méthotrexate (anomalies de la crase sanguine, une thrombopénie inférieure à 100000 par ml, une leucopénie inférieure à 1500 par ml, une élévation des transaminases hépatiques à plus de deux fois la normale, ou une créatininémie >130  $\mu\text{mol/l}$ ).

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

Par ailleurs le traitement médical est également contre indiqué lors de difficultés de compréhension du protocole par la patiente ou du fait d'un éloignement géographique. Les modalités du traitement et de sa surveillance doivent recevoir l'adhésion complète de la patiente.

Tableau II : Score de Fernandez pour le traitement médical de la GEU.

	1	2	3
Aménorrhée (jours)	>49	>42<49	<42
HCG (mUI/l)	<1000	1500-5000	>5000
Progestéronémie (ng/ml)	<5	5-10	>10
Douleurs	absentes	provoquées	spontanées
Hématosalpinx (cm)	<1	1-3	>3
Hémopéritoine (ml)	0	1-100	>100

✓ La cœlioscopie : permet de faire le diagnostic ainsi que le traitement.

Les premiers temps de l'intervention comprennent :

- l'exposition du pelvis ;

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

Après traitement conservateur, une surveillance du taux d'HCG à 48 h permet de déterminer un échec de la méthode estimé entre 5 et 10 %. La stagnation ou une ré-ascension du taux de HCG ou un taux à 48 h supérieur à 25 % du taux initial d'HCG observé avant le traitement chirurgical impose un traitement médical par injection intramusculaire de méthotrexate à la dose de 1 mg/kg ou de 50 mg/m<sup>2</sup>.

✓ Le traitement radical par salpingectomie :

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

✓ Chirurgie conservatrice :

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

✓ Traitement médical :

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

Le méthotrexate est généralement prescrit par voie intramusculaire.

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

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

✓ Le traitement par injection répétées :

Comporte quatre injections intramusculaires de 1 mg/kg de MTX à j0, j2, j4 et j6. Un contrôle des  $\beta$  HCG est réalisé à j14. Un échec est défini par un taux de  $\beta$ -HCG supérieur à 40% du taux initial.

✓ Le traitement par injection unique : est constitué d'une injection en intramusculaire à j1 de 50 mg/m<sup>2</sup>.

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

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

✓ Le traitement peut également être réalisé par injection in situ : sous

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

**L'Association MTX-mifépristone** : La mifépristone (RU 486) est un antiprogestéronique puissant utilisé dans les interruptions volontaires de grossesse du premier trimestre en association avec les prostaglandines. Utilisé seul, il ne permet pas de traiter les GEU. Il a été utilisé à la dose de 600 mg per os en association avec une dose de MTX de 50 mg/m<sup>2</sup>.

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

✓ Mesures de Réanimation

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

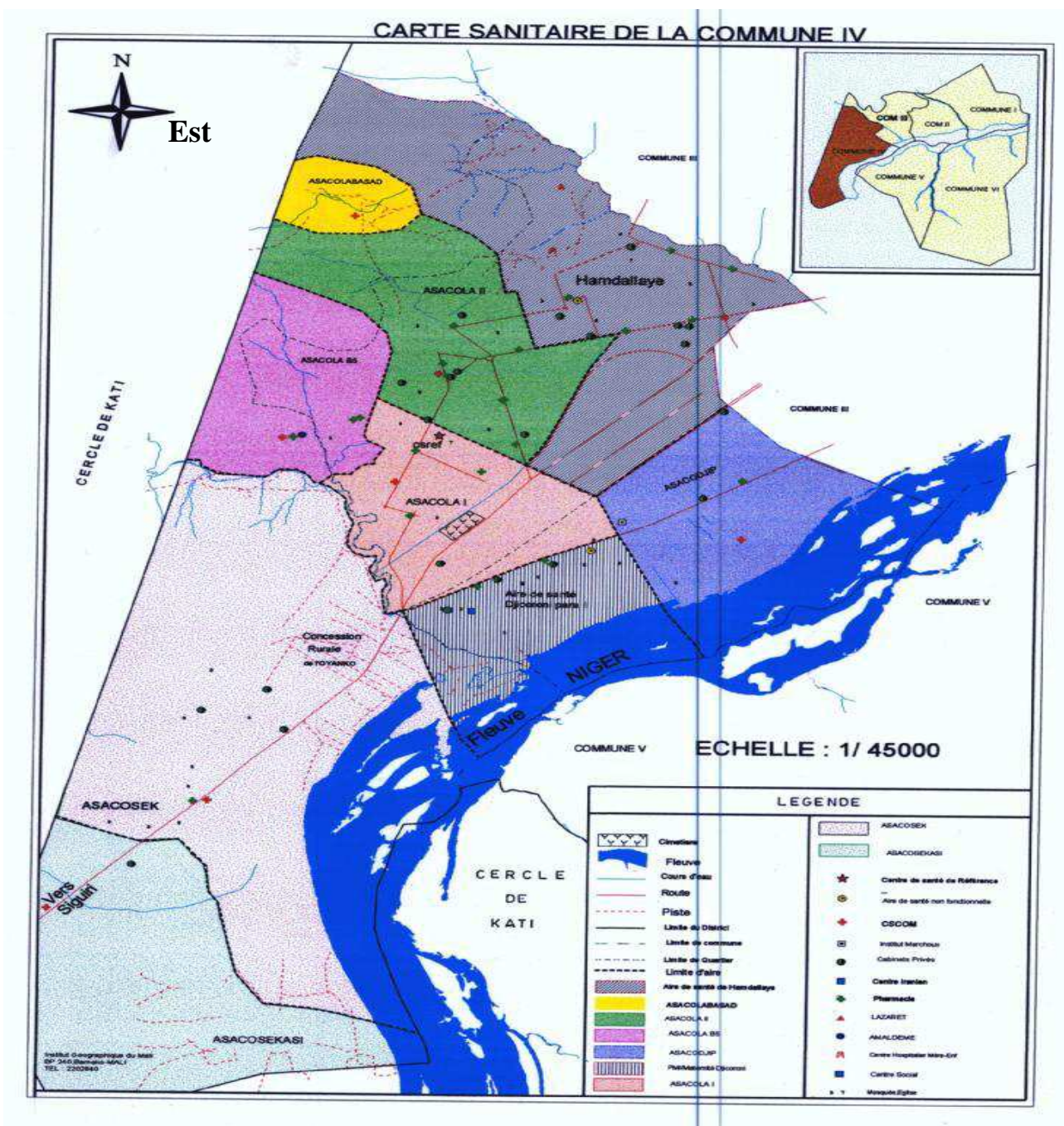
- Perfusion de macromolécules à défaut du sang.

2.4 Pronostic :

Le pronostic des femmes opérées de GEU est sombre : 30% resteront stériles, 70% auront 1 ou plusieurs enfants, 15-30% feront une 2<sup>eme</sup> GEU [30].



### III.METHODOLOGIE :



Source : (source PUS CIV mars 2001)

#### 1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune IV du district de Bamako.

### **1.1. Historique de la commune IV :**

La commune IV fut créée par l'ordonnance 78-34 / CMLN du 18 Août 1978 et placée sous la tutelle du Gouverneur du district de Bamako. Elle est constituée par 8 quartiers dont le plus ancien est Lassa et le tout nouveau, Sibiribougou.

La commune IV du District de Bamako a une superficie de 37,68 Km<sup>2</sup> pour une population actualisée de 252294 habitants (source DNSI, recensement 2009).

Elle est limitée :

A l'Ouest par la limite ouest du district de Bamako qui fait frontière avec le cercle de Kati ;

A l'Est et au Nord par la partie ouest de la commune III ;

Au Sud le lit du fleuve Niger et la limite ouest de la commune III (source PUS CIV Mars 2001).

#### ❖ Le centre de santé de référence de la commune IV

Le Centre de Santé de Référence est situé en plein cœur de la Commune IV, d'abord Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Lafiabougou érigée en centre de santé de référence pour répondre aux besoins de santé des populations de la commune.

#### ❖ Les locaux du centre de santé de référence de la commune IV

Le Centre de Santé de Référence comporte :

- ✓ Un bureau des entrées
- ✓ Une unité de développement sociale
- ✓ Une unité de gynéco obstétrique,
- ✓ une unité de chirurgie générale,
- ✓ une unité de médecine générale,
- ✓ une unité d'ophtalmologie,
- ✓ une unité d'ORL,
- ✓ une unité de pédiatrie,
- ✓ une unité de soins d'animation et de conseils (USAC),
- ✓ un bloc des urgences,

- ✓ un bloc opératoire,
- ✓ une unité d'anesthésie,
- ✓ une salle d'accouchement,
- ✓ une unité d'hospitalisation comportant douze salles dont six salles pour la gynécologie obstétrique avec 24 lits, deux salles pour la chirurgie générale avec six lits, deux salles pour la médecine générale et deux salles pour la pédiatrie,
- ✓ une unité de consultation prénatale,
- ✓ une unité de consultation postnatale,
- ✓ une unité PEV,
- ✓ un cabinet dentaire,
- ✓ un laboratoire,
- ✓ un dépôt de médicaments essentiels,
- ✓ une unité chargée de la prise en charge des malades tuberculeux (DAT),
- ✓ une unité de prise en charge de la lèpre,
- ✓ une unité de dépistage du cancer du col,
- ✓ deux salles de soins infirmiers,
- ✓ une unité de brigade d'hygiène,
- ✓ une morgue,
- ✓ une mosquée.

❖ Personnel du centre de santé de référence de la commune IV :

- deux pédiatres dont un est le médecin chef,
- trois médecins gynécologues obstétriciens,
- un médecin ophtalmologiste,
- deux assistants médicaux en ophtalmologie,
- un médecin spécialiste en ORL,
- cinq médecins généralistes,
- dix-neuf sages-femmes,
- neuf infirmières obstétriciennes,

- quatre anesthésistes réanimateurs dont un médecin et trois assistants.
- deux assistantes médicales en ORL,
- trois techniciens supérieurs de laboratoire,
- deux techniciens supérieurs en odontostomatologie,
- dix aides-soignants,
- une gérante de pharmacie,
- sept manœuvres,
- cinq chauffeurs,
- quatre gardiens dont un de la morgue,
- deux comptables,
- une secrétaire administrative, un coursier,
- quatre infirmiers aides de bloc opératoire.

A ceux-ci s'ajoutent des DES<sub>3</sub> en rotation, des médecins généralistes stagiaires et un nombre variable de FF

#### ❖ Fonctionnement du service de Gynéco Obstétrique

Les consultations gynéco-obstétriques sont faites trois fois par semaine (lundi, mercredi, vendredi)

Les consultations prénatales sont quotidiennes.

Le service est doté de deux ambulances assurant la liaison des CSCOM vers le CSRéf CIV et du CSRéf CIV vers les CHU et le CNTS.

Le service de garde dispose entre autre de :

- ❖ trois tables d'accouchement ;
- ❖ deux salles d'opération,
- ❖ un dépôt de sang,
- ❖ des kits de médicaments d'urgence pour les césariennes et leurs

Complications.

Un staff a lieu tous les jours à partir de 8 heures 00 mn dirigé par un gynécologue Obstétricien. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés pendant la garde.

Il y a deux (2) jours de programme opératoire en dehors des urgences durant la semaine.

Une visite est faite tous les jours après le staff.

❖ Les autres structures sanitaires de la commune IV sont :

ASACOSEK ; ASACOLA I ; ASACOLA B5 ; ASACOLA II ; ASACODJIP ; ASACOLABASAD ; ASACOSEKASI ; ASACODJENEKA ; Maternité René Cissé d'Hamdallaye ; ASACOHAM. Outre ces centres cités ; il y a aussi des cabinets et cliniques privés et des officines.

## **2. Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive portant sur les cas de GEU pris en charge dans le service.

## **3. Période d'étude :**

L'étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 décembre 2012.

## **4. Population d'étude :**

L'étude a porté sur des femmes admises et prises en charge pour affections gynécologiques dans le service de Gynéco-obstétrique du CS Réf CIV pendant la période d'étude.

## **5. Echantillonnage :**

### **a-Critères d'inclusion :**

Toutes les patientes reçues et traitées dans le service pour GEU durant la période d'étude

### **b- Critères de non inclusion :**

Patientes présentant une GEU mais non prises en charge dans le service.

Patientes opérées de GEU dans d'autres services mais vues au centre pour d'autres motifs.

Les patientes dont les dossiers sont inexploitables et les patientes non incluses dans la période d'étude.

## **6-Collecte des données :**

Les données ont été recueillies à partir de fiches d'enquête portées en annexe , les dossiers, le registre de compte rendu opératoire, les registres d'admission des urgences et les registres de consultations gynécologiques.

## **7-Traitement informatique des données :**

Le traitement a été fait sur Word et les données ont été saisies et analysées dans Epi info version 6.0

## IV Résultats

### 1. Fréquence de la grossesse extra-utérine dans le service :

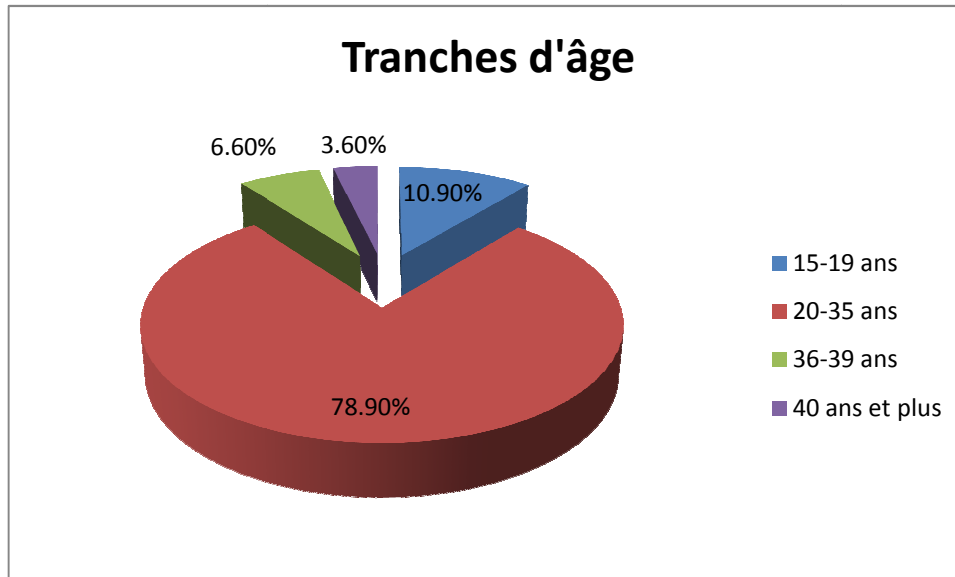
Du 1<sup>er</sup> Janvier 2010 au 31 Décembre 2012, nous avons recensé dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako **138** cas de grossesses extra-utérines sur 9955 cas de consultation en gynéco-obstétrique soit une fréquence de 1,38%.

**Tableau I** : Répartition de la GEU selon la fréquence par année.

<i>Année</i>	<i>Nombre de GEU</i>	<i>Nombre de consultation en Gynéco- obstétrique</i>	<i>GEU/ consultation en Gynéco- Obstétrique</i>	<i>Pourcentage</i>
<b>2010</b>	<b>58</b>	<b>3412</b>	<b>58/3412</b>	<b>1,70%</b>
2011	32	3243	32/3243	0,98%
2012	48	3300	48/3300	1,45%
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>9955</b>	<b>138/9955</b>	<b>1,38%</b>

## 2. Les caractéristiques socio démographiques des patientes :

**Figure 1** : Répartition des patientes selon la tranche d'âge





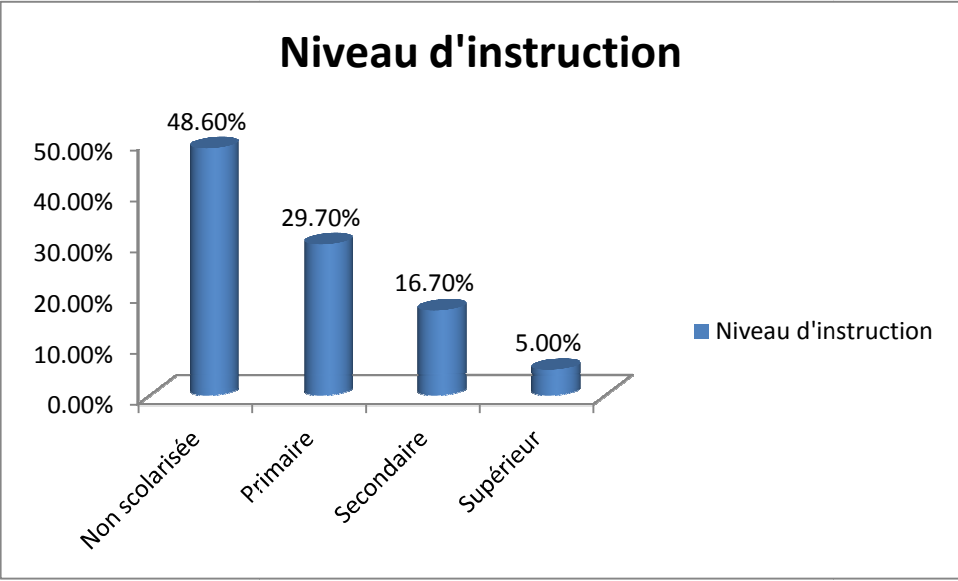
**Tableau II : Répartition des patientes selon l'ethnie**

<i>Ethnie</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Bambara	34	24,6%
Peulh	23	16,7%
<b>Malinké</b>	<b>46</b>	<b>33,3%</b>
Sarakolé	7	5,1%
Bobo	6	4,1%
Dogon	4	2,9%
Autres	18	13,3%
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100%</b>

**Tableau III : Répartition des patientes selon l'aire de santé**

<i>Adresse</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
<b>Commune 4</b>	<b>90</b>	<b>65,2</b>
Hors commune 4	48	34,8
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100</b>

**Figure 2:** Répartition des patientes selon le niveau d'instruction



**Tableau IV : Répartition des patientes selon la profession**

<i>Profession</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
<b>Ménagère</b>	<b>89</b>	<b>64,5%</b>
Fonctionnaire	9	6,5%
Autres	40	29,0%
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100%</b>

**Tableau V: Répartition des patientes selon le statut matrimonial**

<i>Etat matrimonial</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
<b>Mariée</b>	<b>113</b>	<b>81,9%</b>
Célibataire	24	17,4%
divorcée	1	0,7%
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100%</b>

### 3. Antécédents chirurgicaux des patientes :

**Tableau VI :** Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

<i>Antécédents Chirurgicaux</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
appendicectomie	2	1,5%
cure de GEU antérieure	11	7,9%
péritonite	1	0,7%
kystectomie	1	0,7%
césarienne	5	3,7%
<b>Néant</b>	<b>118</b>	<b>85,5%</b>
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100%</b>

### 4. Antécédents gynéco-obstétricaux des patientes

**Tableau VII :** Répartition des patientes selon la gestité

<i>Gestité</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Pimigeste	20	14,5%
Paucigeste	79	57,2%
Multigeste	28	20,4%
Grande multigeste	11	7,9%
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100%</b>

**Tableau VIII : Répartition des patientes selon la parité**

<i>parité</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Nullipare	29	21%
Primipare	34	24,6%
<b>Paucipare</b>	<b>59</b>	<b>42,8%</b>
Multipare	10	7,2%
Grande multipare	6	4,4%
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100%</b>

**Tableau IX : Répartition des patientes selon les antécédents gynéco-obstétricaux**

<i>Antécédents</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Avortement	34	24,6%
IST	101	73,2%
Traitement pour stérilité	3	2,2%
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100%</b>

**Tableau X** : Répartition des patientes selon la cure de salpingectomie antérieure en fonction de la tranche d'âge.

<i>Tranche d'âge</i>	<i>Cure de GEU antérieure</i>				Total	%
	Oui	%	Non	%		
15-19 ans	0	0	138	100	0	0%
20-35 ans	10	7,3	128	92,7	138	73 %
36-39 ans	1	0,7	137	99,3	138	27 %
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>8%</b>	<b>127</b>	<b>92%</b>	<b>138</b>	<b>100%</b>

**Chi-carré= 32,3590    df= 26                    P=0,1815 qui est statistiquement non significatif.**

Tableau XI : Répartition des patientes selon les antécédents d'IST en fonction du niveau d'instruction.

<i>Niveau d'instruction</i>	<i>IST</i>				Total	%
	Oui	%	Non	%		
primaire	31	75,6	10	24,4	41	29,7%
secondaire	15	65,2	8	34,8	23	16,7%
supérieur	5	71,4	2	28,6	7	5,1%
non scolarisée	50	74,6	17	25,4	67	48,5%
Total	101	73,2%	27	26,8%	138	100%

**Chi-carré= 0,9489      df= 3      P=0,8136 qui est statistiquement non significatif**

Tableau XII : Répartition des patientes selon la méthode contraceptive utilisée

<i>Méthode contraceptive</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
pilule œstroprogestative	17	12,3%
DIU	1	0,7%
dépôt provera	14	10,1%
néant	106	76,9%
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100%</b>

Tableau XIII : Répartition des patientes selon l'utilisation des inducteurs d'ovulation

<i>Inducteurs d'ovulation</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Oui	1	0,7%
Non	137	99,3%
<b>Total</b>	138	100%



## 5. Mode d'admission des patientes

Figure 3 : Répartition des patientes selon le mode d'admission

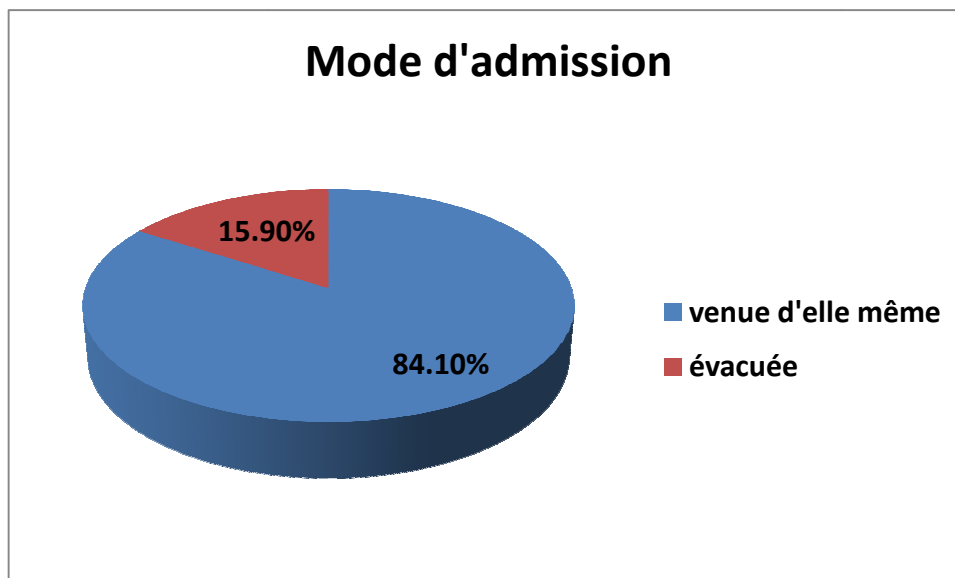


Tableau XIV : Répartition des patientes selon le motif d'évacuation

<i>Motif d'évacuation</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Algies pelviennes sur retard des règles	1	4,5%
Douleurs abdominales au niveau de la fosse iliaque	1	4,5%
Epanchement liquidien du Douglas et des espaces parieto-coliques échographiques	1	4,5%
GEU droite rompue	1	4,5%
GEU échographique	5	23%
GEU gauche rompue échographique	1	4,5%
GEU monofoetale abdominale arrêtée échographique à 26 SA	1	4,5%
GEU rompue échographique	5	23%
inflammation pelvienne aigue échographique	1	4,5%
masse latero-utérine droite avec douleur	1	4,5%
Métrorragie sur une grossesse d'environ 5 SA	1	4,5%
Mort fœtale in utéro échographique	1	4,5%
Pâleur conjonctivale et des téguments	1	4,5%
Suspicion de GEU (produit anesthésique non disponible)	1	4,5%
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

Tableau XV: Répartition des évacuations selon le moyen de déplacement utilisé

<i>Moyen de déplacement utilisé</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Ambulance	5	22,7%
Taxi	10	45,5%
Véhicule personnel	7	31,8%
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

Tableau XVI: Répartition des évacuations selon l'agent qui a évacué

<i>Qualification de l'agent qui a évacué</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Médecin	18	81,8%
Sage femme	2	9,1%
Infirmier	2	9,1%
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

## 6. Examen clinique des patientes

Tableau XVII: Répartition des patientes selon les signes fonctionnels

<i>Signes cliniques</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Notion de retard des règles / d'aménorrhée	105/138	76,1%
douleurs pelviennes spontanées	134/138	97,1%
métrorragies	83/138	60,1%
lipothymie et syncopes	6/138	4,3%
signes sympathiques de grossesse	23/138	16,7%
Nausées	20/138	14,5%
Vomissements	17/138	12,3%
Tension mammaire	2/138	1,4%
constipation	1/138	0,7%
Fièvre	6/138	4,3%

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon les signes physiques observés

<i>Signes physiques</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
signe de flot positif	85/138	61,6%
météorisme	1/138	0,7%
Cri de l'ombilic positif	117/138	84,8%
Cri du douglas positif	117/138	84,8%
masse latero-utérine	33/138	23,9%

## **7. Examens para cliniques**

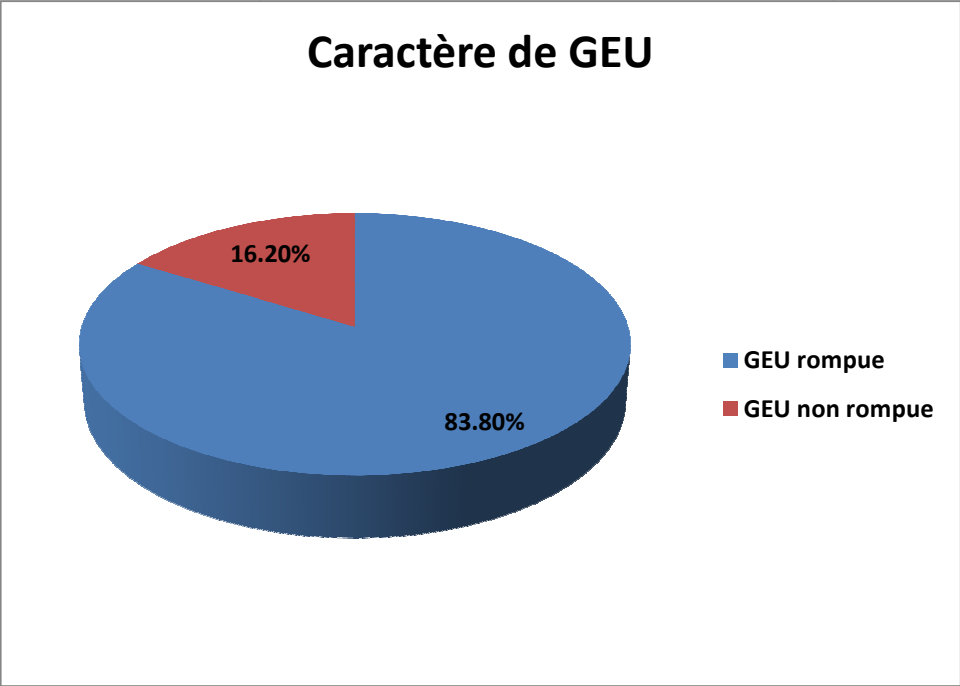
Tableau XIX: Répartition des patientes selon les examens complémentaires

<i>Examens complémentaires</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Test HCG urinaire positif	136/138	98,6%
Dosage $\beta$ HCG plasmatiques	11/138	8 %
Echographie pelvienne	123/138	89,1%

Tableau XX: Répartition des patientes selon les signes échographiques

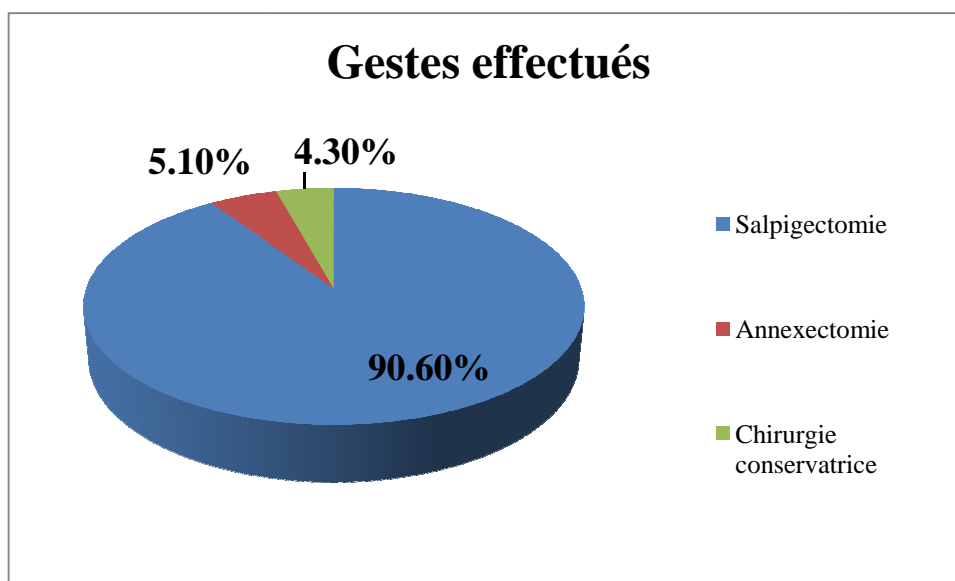
<i>Signes échographiques</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Masse annexielle	115/138	83,3%
Hémopéritoine	99/138	71,7%
Grossesse hétérotopique	4/138	2,9%

**Figure 4 :** Répartition des patientes selon le type de GEU.



## 8. Prise en charge des patientes :

**Figure 5:** Répartition des patientes selon les gestes effectués



**Tableau XXI:** Répartition des patientes selon la localisation de la GEU

<i>Localisation</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
droite	74	55,6%
gauche	59	44,4%
<b>Total</b>	133	100%

Tableau XXII: Répartition des patientes selon le siège de la nidation

<i>siège de la nidation</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
interstitiel	2	1,4%
pavillonnaire	4	2,9%
ampulo-isthmique	2	1,4%
<b>ampullaire</b>	<b>113</b>	<b>81,9%</b>
isthmique	8	5,8%
ovarien	4	2,9%
abdominal	5	3,7%
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100%</b>

Tableau XXIII: Répartition des patientes selon la nature des lésions

<i>Nature des lésions</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
rupture ou fissuration de la paroi tubaire	117	84,8%
avortement tubo-abdominal complet ou en cours	7	5,1%
intégrité de la paroi tubaire	5	3,6%
hematosalpinx	9	6,5%
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100%</b>



Tableau XXIV: Répartition des patientes selon l'état du pelvis et de la trompe controlatérale à la laparotomie

<i>Etat du pelvis et de la trompe controlatérale à la laparotomie</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Ovaire et trompe controlatérale sains	113	81,9%
trompe unique	6	4,3%
adherentielle	16	11,6%
inflammatoire	3	2,2%
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100%</b>

Tableau XXV : Répartition des patientes selon la réalisation de l'examen anatomo-pathologique

<i>Anatomie pathologie</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Pourcentage</i>
Oui	80	58%
Non	58	42%
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100%</b>

**Tableau XXVI** : Répartition selon le résultat de l'examen anatomo-pathologique de la GEU

<i>Résultats Anatomopathologie</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Pourcentage</i>
Salpingite chronique	71	<b>88,75%</b>
Fibrose inflammatoire du produit de conception	8	10,00%
Etiologie inconnue	1	1,25%
Total	80	100%

## 9. Traitement post opératoire

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon la transfusion sanguine en per ou post opératoire

<i>Transfusion</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Oui	27	19,6%
Non	111	80,4%
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100%</b>

## 10. Les complications

Tableau XXVIII: Répartition des patientes selon les complications observées

<i>Complications</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Anémie	41	29,7%
Surinfection	1	0,7%
Aucune	96	69,6%
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100%</b>

Tableau XXIX: Répartition des patientes selon les affections associées

<i>Affections associées</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
HTA	1	0,7%
Kyste de l'ovaire	5	3,7%
Myome utérin	2	1,4%
Non	123	89,1%
Obstruction tubaire	1	0,7%
Paludisme	3	2,2%
VIH	3	2,2%
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100%</b>

## 11. Hospitalisation :

Tableau XXX : Répartition des patientes selon le séjour hospitalier

<i>Nombre de jours d'hospitalisation</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
13	1	0,7%
2	42	30,4%
3	70	50,7%
4	17	12,5%
5	3	2,2%
6	2	1,4%
7	1	0,7%
9	2	1,4%
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100%</b>

## 12. Pronostic obstétrical

Tableau XXXI : répartition des patientes selon le pronostic obstétrical.

<i>Pronostic obstétrical</i>	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>
Bon	113	81,9
Moyen	19	13,8
Mauvais	6	4,3
<b>Total</b>	<b>138</b>	<b>100%</b>

## V. Commentaires et discussion :

### 1. Fréquence de la GEU

Du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 décembre 2012, nous avons enregistré dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako **138** cas de grossesses extra-utérines. Pendant la même période, nous avons effectué **9955** Consultations en Gynéco-obstétrique soit une fréquence de **1,38%**.

**KEITA. M A [32]** dans son étude au CS Réf CIV en 2006 a trouvé une fréquence de 1,4%.

**DEMBELE Y [13]** a rapporté une fréquence de 1, 89% au CS Réf CV de 2005-2006 ;

**GUENDEBA. D [27]** en 2005 a trouvé une fréquence de **3%** au CHU Gabriel Touré.

**SANOGO. B D [44]** a trouvé dans son étude au centre de santé de référence de la commune VI en 2012 une fréquence de GEU de 0,75%.

**BAMBI. B [1]** en 1980 à l'hôpital du Point G, a trouvé une fréquence de **1%**.

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

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

**JOB-SPIRA** de 1992- 1999 a trouvé une fréquence de **2%** en France [**30**].

L'âge moyen de nos patientes a été de 24 ans avec des extrêmes de 15 et 40 ans.

**S. DIARRA [16]** a rapporté que les adolescentes de 16 à 19 ans représentaient 16,50%.

**SANOGO. B D [44]** a trouvé dans son étude au CSREF CVI une tranche d'âge comprise de 30-40ans soit un taux de 50%.

Dans notre étude, nous avons trouvé 10,90 % des adolescentes de 15 à 19 ans ;  
Ce qui compromet leur pronostic obstétrical.

La tranche d'âge la plus touchée dans notre étude est celle de 20 à 35 ans avec 78,90%. Cette tranche d'âge est identique à celle trouvée par :

**S. DIARRA [16]** en 2012 et **DEMBELE. Y [13]** en 2005 au CS Réf de la CV et **GUEDEBA [27]** en 2005 au CHU Gabriel Touré.

Dans l'étude de Keita. M A [32] en 2006 la tranche d'âge la plus représentée était celle de 19-33 ans, soit une fréquence de 66,14% des cas.

## **2. Mode d'admission :**

Dans notre étude 84, 10% des patientes sont venues d'elles mêmes tandis que 15,90% ont fait l'objet d'une évacuation pour une prise en charge.

**S. DIARRA [16]** en 2012 au CSREF de la commune V a trouvé que 65% des patientes ont été évacuées tandis que 35% sont venues d'elles-mêmes. La plupart des patientes venues d'elles-mêmes ont bénéficié de la prise d'une voie veineuse, le groupage rhésus, et le taux d'Hb au CSREF.

Ces chiffres montrent une grande différence entre les deux études pouvant s'expliquer par le niveau d'instruction de nos patientes.

Le non conditionnement des patientes entraine un retard à la prise en charge dans le service d'accueil et compromet sérieusement le pronostic vital surtout si elles sont reçues dans un état de choc.

## **3. Les facteurs de risque :**

### **3.1. Antécédents gynécologiques :**

#### **✓ Antécédent d'avortement :**

Nous avons noté un antécédent d'avortement chez 24%.

**KEITA. M. A [32]** en 2006 a trouvé un antécédent d'avortement de 42,52%.

**S. DIARRA [16]** en 2012 au CSREF de la commune V a rapporté que 8,23% avaient un antécédent d'IVG avec curetage.

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

### ✓ **Les infections pelviennes et IST :**

Dans notre étude 73,2% des patientes présentaient les IST et 97,1 % des douleurs pelviennes spontanées.

Plusieurs études ont montré une relation entre antécédent d'infection génitale et fréquence accrue des GEU.

Ainsi pour **DIQUELOU** et **DUBUISSON** la sérologie Chlamydia est positive dans 52 à 69, 5% des cas de GEU.

**KEITA. M.A** a trouvé un antécédent d'infection génitale dans 55,11% des cas.

Les antécédents d'infection à Chlamydia trachomatis semblent multiplier par deux le risque de GEU [17,20].

**MEYE. J [37]** note que l'augmentation des GEU en SUEDE entre 1960 et 1970 a coïncidé avec l'augmentation de l'incidence des salpingites.

Pour **MEYE. J [37]**, 69% des pièces opératoires analysées, présentent une atteinte inflammatoire d'origine infectieuse.

### ✓ **Le traitement de stérilité :**

Dans notre étude 3 patientes sur 138 avaient été traitées pour stérilité soit 2,2%.

**S. DIARRA [16] et KEITA. M. A [32]** ont trouvé respectivement 8,2% et 13,39% des patientes avec antécédent de traitement pour stérilité.

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

**JUDLIN [31], VITSE [48] et WEINTSEIN** ont trouvé respectivement 18% ; 15,82% et 8,2% de traitement de stérilité.

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

### ✓ **La Contraception**

Dans notre étude 23,2% des patientes faisaient une contraception parmi lesquelles 12,3% de pilule Œstro-progestative ; 10,1% de Dépôt Provera, et 0,7% de DIU.

76,8 % des patientes n'utilisaient pas de méthode de contraception

**S. DIARRA [16]** en 2012 au CSREF de la commune V a rapporté que

10 patientes sur 85 qui utilisaient une contraception par voie orale ont fait une GEU après arrêt de la contraception soit 11,77%, et 5 patientes sur 85 qui utilisaient la voie parentérale ont fait une GEU soit 5,88%.

Dans l'étude de **KEITA. M. A [32]** 35,43% des patientes avaient un antécédent de contraception.

A noter que 70 sur 85 de ses patientes n'utilisaient pas une méthode de contraception soit 82,35%.

### **3.2. Autres facteurs de risque**

#### ✓ **Antécédents obstétricaux :**

La GEU semble être associée à une faible parité dans notre série.

Les nullipares et les primipares ont représenté respectivement 21% et 24,6% par contre, les multipares et les grandes multipares sont les moins affectées 5,8% et 1,4%.

Dans la littérature, on remarque une fréquence plus élevée des GEU chez les multipares que dans la faible parité [48, 28].

**KEITA. M.A [32]** a rapporté que les multipares constituaient dans sa série la classe prédominante avec un total de 40,94%, suivies par les primipares ce qui sous-entend que la grossesse extra-utérine peut survenir quelque soit la parité.

#### ✓ **Antécédents chirurgicaux :**

Les antécédents chirurgicaux ont été notés chez 20 cas de nos patientes, parmi lesquels nous avons noté 11 cas de salpingectomie pour GEU soit 55%, 5 cas de césarienne soit 25%, 2 cas d'appendicectomie soit 10%, 1 cas pour kystectomie (5%) et 1 cas pour péritonite (5%).

Nous avons trouvé un taux de récurrence de GEU de 7,9% supérieur à celui de S. DIARRA : 4,71%.

Ceux de **BAMBI. B [1]** en 1980, **ISABELLE B [28]** en 1992 et de **GUENDEBA. D [27]** sont respectivement de 12,4% ; 8,45% et 3,6%.

L'antécédent d'intervention chirurgicale sur le petit bassin a été notée chez 6 des patientes dans notre série. Cette intervention favorise la survenue de GEU par les adhérences dont elle est génératrice.

#### **4. Les manifestations cliniques :**

Les patientes consultent en général lorsque l'évolution de la grossesse est anormale.

Les douleurs sont signalées par 97,1% des patientes et les métrorragies par 60,1% des patientes. Lorsque la consultation se fait tardivement, les complications surviennent.

Ainsi 83,8 % des GEU étaient rompues avec 29,7% de cas d'anémie, et 19,6% de cas de transfusion sanguine dans notre étude,

**S. DIARRA [16]** en 2012 a trouvé que 92,9% des GEU étaient rompues à la laparotomie et 18,82% des patientes étaient en état de choc hypovolémique.

**MOREAU JC [39]** à Dakar en 1995, **DEMBELE Y [13]** au CS Réf de la CV en 2005 et **GUENDEBA D [27]** au CHU GT en 2007 ont trouvé respectivement 90,3% ; 79,7% et 24,4% de cas de GEU rompue à la laparotomie.

#### **5. Les examens paracliniques :**

Le test urinaire à l'HCG couplé à l'échographie abdominale ont été les deux (2) examens paracliniques de première intention.

L'échographie abdominale a été réalisée dans 89,1%. Elle évoquait un sac gestationnel en dehors de la cavité utérine dans 115/138 cas soit 83,3%, l'hémopéritoine dans 99/ 138 cas soit 71,7% et 4 cas de grossesse hétérotopique soit 2,9%.



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

**SANOGO. B D [44]** a trouvé que 100% des patientes avaient un test urinaire de grossesse positif.

Ce qui explique que l'HCG et l'échographie restent des examens fiables pour le diagnostic de la GEU.

Il est à noter que le test urinaire de grossesse a été nécessaire pour une confirmation biologique dans certains cas après les résultats d'échographie douteux.

## **6. Aspects opératoires**

### **6.1 Localisation**

La GEU était tubaire dans 89,1% des cas, ovarienne dans 2,9 % des cas, abdominale dans 3,7% des cas et la grossesse hétérotopique dans 2,9 % des cas.

La localisation était plus fréquente à droite (55,6%) qu'à gauche (44,4%) sans qu'on ne puisse donner une explication scientifique.

**S. DIARRA [16]** en 2012 a trouvé que la localisation était plus fréquente à droite (62,35%) qu'à gauche (38,82%).

### **6.2 Siège de la nidation**

Dans notre étude la nidation était ampullaire dans 89,1%, isthmique dans 5,8%, et interstitielle dans 0,7% des cas, pavillonnaire dans 2,9% et ampulo-isthmique dans 1,4%.

Cette tendance a été notée par **GUENDEBA [27]** avec 92,8% et **DEMBELE Y [13]** avec 91,4%.

Selon **COHEN. J [9]** et **SETOUANI. A [45]** les grossesses abdominales restent exceptionnelles dans les pays à faible densité médicale. Sa fréquence est de 1 grossesse abdominale pour 7000 à 15000 accouchements dans les pays développés.

Pour **GUENDEBA. D [27]** elle est de 1 pour 1380 accouchements. Quand à

**DEMBELE.Y [13]**, il a trouvé 1 grossesse abdominale pour 6784 accouchements.

## **7. Traitement**

Le traitement a été chirurgical pour les 138 patientes soit 100% des cas. La laparotomie demeure le moyen thérapeutique largement utilisé en Afrique. La coeliochirurgie, traitement de référence de la GEU dans les pays développés, reste de pratique limitée en Afrique en raison du sous équipement et du recours tardif aux soins entraînant le diagnostic de GEU au stade de complication.

Dans notre étude la salpingectomie totale a été effectuée dans 90,60% des cas.

**KEITA. M.A [32]** a trouvé une fréquence de salpingectomie de 90,4%.

**SANOGO. B D [44]** a rapporté un taux de 100%.

**S. DIARRA [16]** en 2012 a trouvé 96,4% de cas de Salpingectomie totale.

Cette technique est la plus pratiquée selon plusieurs auteurs [**1, 27, 28**].

Elle est de 2,4% pour **GUENDEBA D [27]**, 8,6% pour **BAMBI. B [1]**, et 11,32% pour **ISABELLE B [28]**.

L'annexectomie a été réalisée dans 5,1% des cas.

Elle est de 16,9% pour **GUENDEBA [27]** ; **1,88%** pour **ISABELLE B [28]** et 1,2% pour **S. DIARRA [16]**.

La transfusion a été nécessaire dans 19,6% des cas parce que le taux d'hémoglobine était compris entre 4 et 7 g/dl.

## **8. Suites opératoires**

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

La présence permanente d'une équipe opérationnelle dans le service et la mise en place d'un kit de GEU ont joué un rôle fondamental dans la prise en charge

immédiate de nos urgences. Les délais d'accès aux soins ainsi réduits ont amélioré le pronostic vital.

**GUENDEBA. D [27]**, n'a pas enregistré de cas de décès. Par contre **BAMBI. B [1]** a enregistré 1,92% de taux de mortalité et **DEMBELE. Y [13]** 0,8%.

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

Un déparasitage systématique a été effectué dans certains cas.

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

Les suites post opératoires ont été simples chez les 138 patientes.

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 6 jours.

L'examen anatomopathologique a été réalisé chez 80 patientes soit 58%.

Dans notre étude, le résultat de l'examen anatomo-pathologique a montré que la pathologie tubaire était en cause dans 98,75% des cas notamment la salpingite chronique soit 88,75% et de fibrose inflammatoire du produit de conception avec 10% des cas.

Aucune cause n'a été retrouvée dans 1,25% des cas.

Dans la plupart des cas le produit de conception était constitué de plages de caillots sanguins parsemés de villosités placentaires de taille variable et de cellules déciduales sans atypies cytonucléaires et souvent des infiltrations de polynucléaires neutrophiles associées à des hémorragies.

Dans notre étude, 42% des patientes n'ont pas bénéficié d'examen anatomopathologique.

La principale raison de non réalisation de cet examen évoquée est le manque de moyen financier.

### **9. Le pronostic obstétrical :**

La trompe controlatérale était porteuse d'anomalie (séquelles de salpingite 2,2%, adhérences 11,6%, trompe unique 4,3%)

En ce qui concerne la fertilité ultérieure, son étude reste difficile car la plupart des patientes sont perdues de vue après leur sortie du Centre. Dans la littérature le taux de fertilité après GEU varie de 20 à 60% [35].

Six (6) de nos patientes étaient à leur deuxième Salpingectomie ce qui compromet sérieusement leur avenir obstétrical

## **VI. Conclusion et recommandations**

### **A. Conclusion**

La grossesse extra-utérine (GEU) par sa fréquence, son diagnostic tardif dans notre contexte, son risque souvent mortel et le traitement chirurgical qu'elle impose constitue un problème de santé publique dans notre pays.

La fréquence de la GEU a diminué entre 2010 et 2012 dans le service allant de 1,70%- 1,38% (fréquence actuelle).

Elle peut l'être davantage si une attention particulière est accordée aux facteurs de risque.

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

Le dépistage précoce et la prise en charge par la cœliochirurgie dont le besoin se fait sentir dans le service permettrait d'augmenter les chances de conservation tubaire des patientes prises en charge pour GEU.

## **B. RECOMMANDATIONS**

### **A. A l'endroit du personnel :**

- Assurer le dépistage et la prise en charge correcte des IST.
- Penser à la GEU devant tout trouble du cycle menstruel.
- Instaurer un traitement médical de la GEU dans ses indications.
- Renforcer la surveillance des facteurs favorisant la survenue de GEU.

### **B. A l'endroit des autorités :**

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

### **C. A l'endroit de la population :**

- Consulter pour tout cas d'IST.
- Eviter l'automédication en cas d'IST.
- Consulter précocement dès constatation de troubles du cycle menstruel afin d'éviter à la femme, le tableau d'urgence avec les hémorragies cataclysmiques.

## VII. References bibliographiques

1. **Bambi. B** : la grossesse extra-utérine en milieu noir africain à propos de 104 cas observés à Bamako. Thèse de médecine, Bamako, année 1980 M2.
2. **Beral (V)**: An epidemiological study of recent Trends in Ectopic Pregnancy Br J obstet Gyn, 1975, 82, 775- 782
3. **Bernard. blanc / Boubli. I** /préface de Roger henrion : gynécologie : ISBN2-907516-03-5 (édition pradel), 2-89130-177-x(Edisem)
4. **Berger. MJ,Taymor ML**: Simultaneous intra uterine and tubal pregnancies following ovulation induction. Am J obstet gyn, 1975, 82, 775-782.
5. **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.
6. **Bruhat. Ma, Mage. G., Pouly. JL, Manhes. H., Canis M., Wattiez A.**  
Operative laparoscopy. Medsi Mac Grew Hill 1992.
7. **Bouyer J., Coste. J, Fernandez. H., Pouly JL., Job-spira N.**  
Sites of pregnancy a 10 year population based study of 1800 cases Hum Reprod 2002; 17; 3224- 30.
8. **Cissé. H** : Etude épidemio-clinique des grossesses extra-utérines au CRéf CIV du District de Bamako : à propos de 175 cas. Thèse médecine, Bamako 2007. M148

- 9. Cohen. J, Quist. CH :** Grossesse extra utérine et intra utérine simultanées après induction de l'ovulation. Rev Franc Gynec, 1977, 72, 2, 121- 125.
- 10. Coste. J., Bouyer. J., Germain E., Ughetto S., Pouly JL., Job-spira N.**  
Recent declining trend in ectopic pregnancy in France: evidence of two clinic Epidemiologic entities fertile steril 2000, 74, 881- 6.
- 11. Coste J., Job-spira N., Aublet-cuveller B., German E., Glowac zower E., Fernandez H., Pouly. JC.**  
Incidence of ectopic pregnancy, first results of a population- based register in France Human Reprod 1994; 9: 742- 5
- 12. Coste J., Job-spira N., Fernandes H., Papiernik E., Spira A.**  
Risk factors for ectopic pregnancy a case control study in France, with special Locus on infectious factor. Am J epidemiology 1991, 133,839-49.
- 13. Dembélé. Y:** Grossesse extra-utérine : Aspects épidémiologique, Clinique, diagnostique, thérapeutique et pronostique de la grossesse extra-utérine au CS Réf V. Thèse Med, Bamako, 2006. M- 242.
- 14. Desolle, Detchev. R, Darai. E :** chirurgie de la grossesse extra-utérine. Encycl Méd Chir (éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, tous droits réservés), techniques chirurgicales. Gynécologies, 41-530,2002, 11p.



- 15. Diallo. FB., Idi N., Vangeender huysen C:** La grossesse extra utérine à la maternité de référence de Niamey (NIGER), Aspects: diagnostic, Thérapeutique et pronostique. Med Afr, Noire 1998; 45 : 365- 332.
- 16. Diarra. S :** Aspects épidémiologique, Clinique et pronostic de la GEU au CSREF de la CV. Thèse médecine 2012, N° 12M 137.
- 17. Diquelou Jy, Pia P., Tesquier L., Henry- suchet. J :** La place de Chlamydia trachomatis dans l'étiologie infectieuse des grossesses extra-utérines. Gynécol. Obstet Biol. Reprod, 1988, 17, 325-332
- 18. Doyle. MB, Decherney AH., Diamond MP:** Epidemiology and etiology of ectopic pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am 1991; 18; 1- 17.
- 19. Dubuisson. JB, Aubriot. FX, Cardon. V:** Laparoscopic salpingectomy for ectopic pregnancy. Fertile Steril, 1987, 47: 225- 8.
- 20. Dubuisson. jb, Chapron. C:** la revue du praticien (paris) 1998,48
- 21. Dupuis. o, Camagna. o, Benifla. Jl, Batallan. A, Dhainaut-Renolleau C, Madelona. P :** grossesse extra-utérine, encyl méd chir(édition scientifique et médicale Elsevier SAS), gynécologie obstétrique, 5-032-A-30, 2001, 18p
- 22. Fernandez. H :** gynécologie-obstétrique B 161 (la revue du praticien 2000,50)

- 23. 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.
- 24. Franklin EW, Zeiderman A, Laemmie P. Tubal ectopic pregnancy:**  
Etiology and Obstetric and Gynecologic sequelae.
- 25. Goldner TE. Lawson HW. Xia Z., Atrasch HK:** Surveillance for ectopic pregnancy- United States, 1970- 1989. MMWR 1993; 42: 73-35.
- 26. Grubert. K, Gelven. PL., Austin. RM.**  
Chorionic villi or trophoblastic tissue in uterine samples of for women ectopic pregnancies International journal of gynecological pathology 1997; 16: 28- 32.
- 27. Guendeba. D :** La GEU dans le service de Gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré. Thèse Med, Bamako, 2007. M-101.
- 28. Isabelle. B :** Avenir obstétrical des patients opérés de grossesse extra utérine à propos de 106 cas. Thèse médecine, Bamako ; 1992.
- 29. Janecek. P., De grandi P.**  
Chirurgie restauratrice d'emblée dans le traitement des grossesses extra utérines. J.Gynécol Obstet Biol Reprod, 1978, 71261-1267.
- 30. Job-spira N., Fernandez H., Bouyer J., Pouly JL., Germain E., Coste J.** Ruptured tubal ectopic pregnancy: risk factors and reproductive outcome: results of a population based study in France. Am J. Obstet Gynecol 1999; 180 (4): 938- 44.

- 31. Judlin P., Leguin T., Zaccabri A., Landes. P : Avenir génital après GEU. A propos d'une série continue de 330 cas. J. Gynécol obstet Biol. Reprod, 1986, 58- 59s.**
- 32. Keita M A : aspects épidémio-clinique et thérapeutique des grossesses extra-utérines au centre de santé de référence de la commune IV a propos de 127 cas. Thèse Médecine, Bamako, 2006.69P-6M258.**
- 33. Kitchin (JD.), Wein (RM.), Nley (WC.), Thiagarajah (S.), Thornton (WN.): Ectopic pregnancy: current clinical trends Am J Obstet Gynecol, 1979,134, 8, 870- 876**
- 34. Lansac J., Lecomte P. : Gynécologie pour le praticien (3eme édition- ISBN2-85334-304-9)**
- 35. Lawson. TL: Ectopic pregnancy criteria and accuracy of ultra sonic diagnosis. Am J Roentergenol 1978: 153- 156?**
- 36. Manhes. H., Mage G., Pouly JL., Robert JF, Bruhat MA.**  
Traitement coelioscopique de la grossesse tubaire non rompue ;  
Améliorations techniques. Presse Médicale, 1983, 12, 1431.
- 37. Meye. J F., Adieu Sima-Zue, Boniface So, Eric Kendjo, Toussaint Engougah. Aspects actuels de la grossesse extra utérine à Libreville (Gabon): A propos de 153 cas. Cahier de Santé 2002, 12, 405-408.**
- 38. Mol Bwj., Ankun WM., Bossuyt PM., Kau Derveen F.**  
Contraception and the risk of ectopic pregnancy; a meta-analysis.

Contraception 1995; 52; 337- 41.

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

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

**40. 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 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2007. thèse médecine Bamako, FMPOS 2009 ; n527.

**41. Naett M, Treisser A :** Grossesse extra utérine ; étiologie, diagnostic, évolution, pronostic et principes du traitement. Rev Prat 1992 ; 42 ; 97-100.

**42. Paalman. RJ., Mcelin. TW:** Cervical pregnancy: review of the literature and presentation of cases.  
Amer. J. obstet Gynecol, 77, 317, 1959.

**43. Pouly JL., Chapron C., Mage C., Manhes H., Canis M., Wattiez A., Bruhat. MA:** Multifactorial analysis of fertility following conservative laparoscopic treatment of ectopic pregnancy through a 223 cases series. Fertile Steril, 1991, 56: 453- 60.

**44. SANOGO. B D :** aspects épidémiologiques et anatomopathologiques de la grossesse extra-utérine au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako. Thèse Médecine Bamako, FMPOS 2012.  
12m147.

- 45. Setouani. A, Shaibi. A, Boutaleb .Y :** La grossesse abdominale. A propos de 7 cas colligés de 1978 à 1986. *J. Gynecol Biol Reprod*, 1989, 18, 177- 180.
- 46. Sidibé .S :** GEU : Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques au CS Réf CVI du District de Bamako à propos de 128 cas. thèse médecine Bamako, FMPOS 2009, 12M58.
- 47. Straumme:** Salpingectomy for Tubal pregnancy reprint of a successful case *obstet Gynecol clin*, 1976, 48, 2 241- 244.
- 48. Vitse :** Aspect épidémiologique de la GEU. *J. Gynecol Obstet Biol Reprod* 1998 ; 17 : 991-1001
- 49. 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.  
*J. Gynécol Obstet Biol Reprod*, 1978, 7 1261- 1267.
- 50. Yang C-P., Chow WH., Daling JR., Weiss NS. Moore. DT.**  
Does prior infertility increase the risk of tubal pregnancy? *Fertil Steril* 1987; 48; 62-8
- 51.** [http//e-santé.Futura-sciences.Com/grossesse-fiv-enfanta.html](http://e-santé.Futura-sciences.Com/grossesse-fiv-enfanta.html)

## VIII. Annexes

Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques de la grossesse extra-utérine au C S Réf CIV du district de Bamako du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 décembre 2012.

### Fiche d'enquête

Fiche N° :-----

Année : -----

#### **I-Données sociodémographiques**

1-Nom : -----

2-Prénom : -----

3-Age : -----

4-Ethnie:

(1=Bambara, 2=Sarakolé, 3=Sonrhäi, 4=Peulh, 5=Malinké, 6=Dogon ,7=Bowa, 8= Bowa, 9=autres)

5-Adresse :  (1= Lafiabougou, 2= Sébénicoro, 3= Djicoroni-para, 4= Hamdallaye, 5= Badialan, 6= Samé, 7= Talico, 8= kanadjiguila, 9=kalabambougou, 10=autres quartiers)

6-Niveau d'instruction :  (1=supérieur, 2= secondaire, 3= primaire, 4= non scolarisée)

7-Profession :  (1= ménagère ; 2 = fonctionnaire ; 3= élève, 4= étudiante, 5= autres)

8-Etat matrimonial :  (1= Mariée, 2= célibataire, 3= Divorcée, 4 =Veuve)

#### **II-Antécédents**

1 Médicaux :

9 HTA :  (1=oui ; 2=non)      10 diabète :  (1=oui ; 2=non)

11 drepanocytose :  (1=oui ; 2=non)    12 asthme :  (1=oui ; 2=non)

13 bilharziose :  (1=oui ; 2=non)

2 Chirurgicaux :

14 Appendicectomie :  (1=oui ; 2=non)

15 Plastie tubaire :  (1=oui ; 2=non)

- 16 Cure de GEU antérieure :  (1=oui ; 2=non)
- 17 Péritonite :  (1=oui ; 2=non)
- 18 Kystectomie :  (1=oui ; 2=non)      19 Césarienne :  (1=oui ; 2=non)
- 20 Chirurgie des voies urinaires :  (1=oui ; 2=non)
- 21 Chirurgie conservatrice des trompes :  (1=oui ; 2=non)
- 22 Autres :  (1=oui ; 2=non )
- 3 Gynéco-obstétricaux :
- 23 Ménarche :  (1=oui ; 2=non)      24 cycles :  (1=oui ; 2=non)
- 25 Durée des règles :.....
- 26 dysménorrhée  (1=oui ; 2=non)
- 27 gestités :  (1=oui ; 2=non)
- 28 parités :.....
- 29 Avortement :  (1=oui ; 2=non)
- 30 fausse couche :  (1=oui ; 2=non)
- 31 IVG :  (1=oui ; 2=non)      32 Annexite :  (1=oui ; 2=non)
- 33 Traitée pour stérilité :  (1=oui ; 2=non)
- 34 stérilité tubaire :  (1=oui ; 2=non)
- 35 Contraception :  (1=pilule oestroprogestative ; 2= pilule progestative ; 3=DIU ; 4=dépôt provera ; 5=pilule du lendemain ; 6=implant de jadelle)

### **III-Mode d'admission :**

9-Date d'admission :

- 36 Venue d'elle-même :  (1=oui ; 2=non)
- 37 référée /évacuée:  (1=oui ; 2=non)
- 11-Motif d'évacuation :  (1= GEU rompue échographique, 2= GEU non rompue échographique, 3= douleurs pelviennes, 4= métrorragies)
- 12- Moyen de déplacement utilisé :  (1=taxi, 2=motocyclette, 3=véhicule personnel, 4=autres)

13- Qualification de l'agent qui a évacué :  (1= médecin, 2=sage femme, 3=infirmier)

#### **IV-Données cliniques à l'admission**

14-Signes fonctionnels :

Notion de retard des règles / d'aménorrhée :  (1=oui ; 2=non)

Douleurs pelviennes spontanées :  (1=oui ; 2=non)

métrorragies :  (1=oui ; 2=non)

Hyperthermie :  (1=oui ; 2=non)

Lipothymie et syncopes :  (1=oui ; 2=non)

Signes sympathiques de grossesse

Sialorrhée:  (1=oui ; 2=non)

nausées :  (1=oui ; 2=non)

Vomissement :  (1=oui ; 2=non)

tension mammaire :  (1=oui ; 2=non)

Constipation :  (1=oui ; 2=non)

**15-Signes physiques :**

Pâleur :  (1=oui ; 2=non)

Fièvre :  (1=oui ; 2=non)

Signe de flot :  (1=oui ; 2=non)

Cri de l'ombilic :

(1=oui ; 2=non)

Météorisme :  (1=oui ; 2=non)

Cri du Douglas :

(1=oui ; 2=non)

Masse latéro-utérine :  (1=oui ; 2=non)

16-Examens para cliniques :

Groupage Rhésus

NFS

HCG urinaire :  (1=oui ; 2=non)

béta HCG plasmatique :  (1=oui ; 2=non)

Echographie pelvienne

**V-Diagnostic retenu :**

GEU :  (1=rompue ; 2=non rompue)



## **VI-Traitement de la grossesse extra-utérine**

17-Evacuation à l'échelon supérieur :  (1=oui, 2=on)

Motif : .....

Moyen

utilisé : .....

Qualification de l'agent qui a évacué : .....

18-Chirurgie radicale :  (1=oui ; 2=non)

Annexectomie :  (1=oui ; 2=non)

Salpingectomie :

(1=oui ; 2=non)

19-Chirurgie conservatrice :  (1=oui ; 2=non)

Chirurgie tubaire partielle :  (1=oui ; 2=non)

Chirurgie tubaire totale :

(1=oui ; 2=non)

## **VII-4-Aspects per opératoires :**

20-Localisation :  (1= droite, 2= gauche)

21-Siege de la nidation :  (1 = Interstitiel, 2 = Ampulo-isthmique, 3 = Ampullaire, 4 = Isthmique, 5 = Ovarien, 6= Cervical, 7 = Abdominal)

GEU bilatérale :  (1=oui ; 2=non)

GEU+GIU :

(1=oui ; 2=non)

22-Nature des lésions :  (1= rupture ou fissuration de la paroi tubaire, 2 =Avortement tubo-abdominal complet ou en cours, 3 =Intégrité de la paroi tubaire, 4 =Hemosalpinx, 5 =Hématocèle retro-utérine)

23-Etat du pelvis et de la trompe controlatérale à la laparotomie :  (1 =

Trompe controlatérale saine, 2 =Trompe unique, 3 =adhérent e,

4=inflammatoire)

24-Etat de l'ovaire controlatéral :  (1 = bon, 2 = mauvais)

**VIII-Anatomie pathologie :**  (1=oui, 2=non)

## **IX-Autres traitements :**

Antibiotiques :  (1=oui ; 2=non)

Antalgiques

(1=oui ; 2=non)

Anti-inflammatoire :  (1=oui ; 2=non)  
(1=oui ; 2=non)

Transfusion :

**X-Evolution et suites opératoires :**

25-Complications :  (1=oui ; 2=non)

26-Affections associées :  (1=oui ; 2=non)

27-Nombre de jours

d'hospitalisation : .....

28-Etat à la

sortie : .....

Autres : .....

## **Fiche signalétique**

Nom : Dembélé

Prénom : Séko Hassa

Titre : Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques de la grossesse extra-utérine au C S Réf CIV du district de Bamako du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 décembre 2012.

Année universitaire : 2013-2014

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : bibliothèque de la faculté de médecine et d'odonto-Stomatologie (FMOS).

Secteur d'intérêt : gynécologie-obstétrique.

N° tél : 64757962 / 79188144

E-Mail : dsekohas @yahoo.fr

### ***Résumé :***

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive qui a porté sur les cas de GEU pris en charge dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 décembre 2012 soit une période de 3 ans.

Sur une période de 3 ans nous avons recensé 138 cas de GEU. Durant la même période, notre étude nous a permis de déterminer :

- la fréquence de la GEU dans le service,
- les complications ;
- les moyens et méthode de diagnostic et de prise en charge.

Le facteur de risque principal retrouvé demeure l'IST.

La majorité de nos patientes ont consulté au stade tardif de rupture avec comme complications immédiates l'hémorragie l'anémie et un pronostic obstétrical moyen.

Le principal moyen thérapeutique au niveau du C S Réf reste malheureusement la chirurgie radicale.

**Mots clés :** GEU, facteurs de risque, pronostic obstétrical et maternel.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès 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 !