

Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

ANNEE -1985

N° _____

Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine (A propos de 100 cas)

THESE

Présentée et soutenue publiquement le _____ 1985 devant l'Ecole Nationale de Médecine
et de Pharmacie du Mali.

Par Modibo Traoré

pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine**
(Diplôme d'Etat)

Examineurs :

PRESIDENT :	Professeur Mamadou Dembélé
MEMBRES :	Professeur Mamadou Lamine Traoré
	Docteur Amadou Ingré Dolo
	Docteur Salif Diakité

CHARGES DE COURS

Docteur Gérard TRUSCHEL
Docteur Boukassoum HAIDARA
Professeur N'Golo DIARRA
Professeur Souleymane TRAORE
Professeur Niamanté DIARRA
Docteur Boubacar KANTE
Professeur Bouba DIARRA
Docteur Abdoulaye DIALLO
Docteur Bakary SACKO
Docteur Souleymane DIA
Docteur Modibo DIARRA
Docteur Jacqueline CISSE
Docteur Check Tidiani TANDIA
Docteur Ibrahima CAMARA
Docteur Sory Ibrahima KABA

Anatomie-Sémiologie-Chirurgicale
Galénique
Botanique
Physiologie Générale
Mathématiques
Galénique
Parasitologie
Gestion
Biochimie
Pharmacie Chimique
Biochimie Nutrition
Biologie Animale
Hygiène du Milieu
Hygiène du Milieu
Santé Publique

PROFESSEURS TITULAIRES RESIDANT A BAMAKO

Professeur Aliou BA	Optalmologie
professeur Bocar SALL	Orthopédie-Traumatologie
Professeur Philippe RANQUE	Parasitologie
Professeur Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Professeur Souleymane SANGARE	Pneumo-Physiologie
Professeur Ag RHALY	Médecine Interne
Professeur Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Professeur Mamadou KOUREISSY TOURE	Cardiologie
Professeur Yaya FOFANA	Hématologie
Professeur Mahamane MAIGA	Néphrologie
Professeur Mamadou Lamine TRAORE	Chirurgie Générale- Médecine Légale
Professeur Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale - Anatomie
Professeur Bréhima KOUMARE	Microbiologie
Professeur Siné BAYO	Histo-Embryologie - Anatomie - Pathologie
Professeur Bouba DIARRA	Bactériologie
Professeur Moussa ARAMA	Chimie Organique - Analytique
Professeur Niamanto DIARRA	Mathématiques
Professeur N'Golo DIARRA	Botanique
Professeur Salikou SANOGO	Physique
Professeur Mamadou KOUMARE	Pharmacologie Matières Médicales
Professeur Sidi Yaya SIEMAGA	Santé Publique
Professeur Souleymane TRAORE	Physiologie Générale
Professeur Yéya Tiémoko TOURE	Biologie
Professeur Amadou DIALLO	Génétique Zoologie

ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Abdrahamane Sideye MAIGA		Parasitologie
Docteur Sory Ibrahima KABA		Santé Publique
Docteur Balla COULI ALY		Pédiatrie
Docteur Boubacar CISSE		Dermato-Léprologie
Docteur Issa TRAORI		Radiologie
Docteur Sidi Yéya TOURE		Anesthésie-Réanimation
Docteur Baba KOUMARE		Psychiatrie
Docteur Jean Pierre COUDRAY		Psychiatrie
Docteur Aly Nouhoum DIALLO		Médecine Interne
Docteur Mamadou Marouf KEITA		Pédiatrie
Docteur Toumani SIDIBE		Pédiatrie
Docteur Moussa TRAORE		Neurologie
Docteur Eric PICHARI		Sémiologie Médicale-Hématologie
Docteur Gérard GROSSETE		Dermato-Léprologie
Docteur Marc JARRAU		Gynéco-Obstétrique
Docteur Bénétiéni FOFANA		Gynéco-Obstétrique
Docteur Mme SY Aida SOW		Gynéco-Obstétrique
Docteur Amadou Ingré DOLO		Gynéco-Obstétrique
Docteur Kalilou OUATTARA		Urologie
Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA		Stomatologie
Docteur Mar saoulé SAMAKE		Gynéco-Obstétrique
Docteur Salif DIAKITE		Gynéco-Obstétrique
Docteur Abdou Alassane TOURE		Chirurgie-Sémio-Chirurgicale
Docteur Djibril SANGARE		Chirurgie
Docteur Sambou SOUMARE		Chirurgie
Docteur LE DU		Parasitologie
Docteur Moussa Issa DTRA		Biophysique
Docteur Mme THIAM née Aïssata SOW		Biophysique
Docteur Abdoulaye KOUMARE		Chimie Générale-Organique- Analytique
Docteur Daouda DIALLO		Chimie Minérale
Docteur Hama CISSE		Chimie Générale
Docteur Sanoussi KONATE		Santé Publique
Docteur Georges SOULA		Santé Publique
Docteur Pascal		Santé Publique
Docteur Boubacar CISSE		Toxicologie
Docteur Elimane MARIKO		Pharmacodynamie

Je dédie cette thèse

- A mes grands Parents
IN MEMORIAN

- A mon père et à ma mère

Mes frères et moi n'oublierons jamais que nous vous devons tout. Vous avez travaillé durement toute votre vie sans ménager les sacrifices pour que vos enfants puissent affronter sereinement la vie en responsable.

Vous avez été et êtes pour nous un exemple de courage, d'honnêteté et d'humilité.

Je vous dedie ce modeste travail en témoignage de mon filial attachement, de ma profonde affection et de ma grande reconnaissance.

- A mon père dont les souvenirs seront toujours gravés dans nos mémoires ; que la terre lui soit légère. Amen.

- A ma chère épouse

Nous avons choisi une carrière difficile mais noble qui demande beaucoup de sacrifices. Que notre amour nous soutienne tout au long du chemin que nous avons à parcourir ensemble.

- A mes frères et soeurs

Pour le courage et la volonté que vous mettez à poursuivre chacun votre voie. Que se ressente d'avantage l'attachement fraternel que nous nous portons.

- A ma grande soeur Oumou

Malgré votre absence à jamais, vous avez laissé en nous des souvenirs gravés dans nos coeurs en lettre indélébile. Que votre âme repose en paix. Amen.

- A mes enfants

Le travail créateur anobli l'homme

- A mes grands pères

Soudjé	DIARRA
Feu. Moussa	DIARRA
Feu. Yacouba	DIARRA
Bafing	DIARRA
Ouariké	DIARRA
Fagnon	DIARRA
Sékou	DIARRA
Abdoulaye	DIARRA

En témoignage de ma grande affection et de mon profond respect.

- A mes Oncles et Tantes

Baba	DIARRA
Youssouf	DIARRA
Mme Wassa	TRAORE
Mme Kafouné	TRAORE
Mme DIARRA	Jeanne

Toute mon affection.

- A Tonton Karim DIARRA

Tu as été pour nous un parent.

Tu nous a toujours aidé dans les moments difficiles.

Reçois ici l'expression de notre profonde gratitude.

- A Mr. Yaya BAGAYOKO

En témoignage de notre grande reconnaissance

- A Mr. Béo SOME

Toute notre affection et notre sincère reconnaissance

- A mes cousins

Bafing	DIARRA
Lassana	DIARRA

Pour votre aide inestimable

- A Tous mes amis

Oumar	SOME
Tiéfolo	FANE
Morifing	KONE
Bounafou	TOURE
Kassim	SIDIBE
Boubacar	TRAORE
Adama	COULIBALY
Abdoulaye	DIARRA
Moctar	CAMARA

En témoignage de notre reconnaissance et de notre profonde gratitude.

- A Monsieur le Professeur J. GUELLAIN. Biologiste des hôpitaux des Armées.
services d'histopathologie-Marseille.

Puis ce travail être le témoignage de ma grande affection et de mon profond respect.

- A Monsieur le Docteur Massaoulé SAMAKE

Vos remarques pertinentes, votre esprit critique et votre constante disponibilité à faire partager une si grande expérience dont vous êtes pétri, m'ont, une fois de plus, stimulé dans l'élaboration de ce travail.

Veillez croire à notre sincère reconnaissance.

- A Monsieur le Professeur Siné BAYO

Vous nous avez conquis par votre amour de la recherche et votre rigueur scientifique et vous nous avez toujours accueilli à bras ouvert.

Nos sincères remercements pour l'honneur que vous nous faites de siéger dans notre jury.

- A tous les Docteurs de l'H.G.T.

En particulier :

Docteur Valentina

-"- Cathérine

-"- OUATTARA

Ce travail est aussi le votre. C'est l'occasion pour moi d'exprimer toute ma reconnaissance, ma grande affection et mon profond respect.

- A tous les Chirurgiens de l'H.G.T. et de l'H.Pt-G.

Pour votre précieuse collaboration.

Nous vous exprimons ici nos sincères remerciements.

- Au Docteur Alou MACALOU

Toute notre reconnaissance et notre sincère remerciement pour votre franche collaboration à l'élaboration de ce modeste travail.

- A Monsieur le Docteur Sambou SOUMARE

C'est le moment de vous exprimer l'admiration silencieuse que nous portons pour vous depuis que nous vous avons connu ainsi que notre profond respect.

Pour votre aide inestimable à l'élaboration de ce travail ; veuillez recevoir ici, l'expression de notre grande reconnaissance et de notre profond gratitude.

- A mes maîtres de l'école fondamentale et en particulier :

- Mrs : Amadou Daouda DIALLO

- Karim TRAORE

qui ont contribué à notre formation.

- A tout le personnel de l'I.N.R.S.P. en particulier le service d'hysto-anapath.

Mes très sincères remerciements.

A NOS JUGES

- A Monsieur le Professeur Mamadou Lamine TRAORE

Chef de service de Chirurgie

Hôpital Point-G Bamako

Nous avons effectué notre premier stage de chirurgie dans votre service où nous avons pu apprécier la concision et la clarté de votre enseignement ainsi que l'habileté dans votre travail qui a toujours été précis et minutieux.

En nous honorant de faire partie de notre jury de thèse, veuillez accepter nos sincères remerciements.

- A Monsieur le Docteur Amadou Ingré DOLO

Chef de service de gynéco-obstétrique

Hôpital Point-G Bamako.

Vous nous avez accueilli avec simplicité dans votre service où vous nous avez fait bénéficier de votre enseignement très riche d'expérience.

Vous nous avez fait l'honneur de juger ce modeste travail, veuillez croire à notre sincère reconnaissance.

- A Monsieur le Docteur Salif DIAKITE

Chef de service gynéco-obstétrique de l'Hôpital Gabriel TOURE

Dès mon arrivée dans votre service, vous m'avez fait confiance et pris en charge.

Je vous ai toujours admiré, pour votre simplicité, votre honnêteté et votre habileté au travail.

Veuillez croire en ma profonde gratitude et en mon amitié sincère.

- A VOTRE DIRECTEUR ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Mamadou DEMBELE
Chef de service de chirurgie A de l'Hôpital du Point-G

MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES

Vous nous avez confié ce sujet de thèse et avez accepté de diriger ce travail qui est aussi le vôtre.

Malgré vos multiples occupations, vous êtes toujours resté affable et disponible.

C'est le moment de vous rendre l'hommage mérité.

Durant des années passées auprès de vous, nous avons su apprécier et admirer le Maître que vous êtes tant par votre humanité que par votre science et votre conscience professionnelle.

Aussi est-il de notre devoir de suivre dans l'honneur et la dignité le chemin que vous nous avez tracé.

Veillez recevoir ici, le témoignage de notre reconnaissance, de notre fidèle attachement et de notre profond respect./.

I INTRODUCTION

La grossesse extra-utérine est une urgence chirurgicale et demeure l'une des préoccupations majeures des services de chirurgie à Bamako.

Au Mali les Grossesses extra-utérines occupent le 2e rang du tableau des urgences gynéco-obstétricales après les césariennes.

L'hémorragie cataclysmique qu'elle entraîne met en jeu le pronostic vital et pose le problème thérapeutique engouassant à deux points de vue :

1°) La réanimation massive pré-opératoire coordonnée avec un traitement chirurgical urgent.

2°) L'hémorragie tarie ; comment préserver l'avenir gynécologique de la femme.

La G.E.U. mérite une attention particulière de la part des médecins ;
- d'une part, les manifestations cliniques de cette pathologie sont variées d'où un diagnostic difficile et souvent tardif.

Ceci a pour corollaire d'imposer un traitement chirurgical "mutilant" qui influe directement sur l'avenir gynéco-obstétrical de nos malades.

- D'autre part, il est possible de prévenir un certain nombre de G.E.U.

L'intérêt de notre étude est :

- d'établir un diagnostic précoce en milieu médical malien
- instituer un traitement à "moindre frais" pour l'avenir gynéco-obstétrical de la femme.
- Cerner les facteurs favorisants au Mali
- Dégager les moyens de prévenir la maladie

En effet, ; le Mali pays essentiellement rural où l'on peut constater :

- une insuffisance d'infrastructure médical en brousse et en ville
- Peu de consultation médicalisée

Les structures médico-chirurgicales peu développées ne permettent pas d'envisager les meilleures thérapeutiques.

Pourtant, en milieu malien, une grossesse menée à terme donne un cachet social particulier à la femme.

Cette étude est un aperçu des problèmes que pose cette maladie dans notre milieu hospitalier. Ce travail nous a en outre donné l'occasion d'analyser 100 cas de grossesse extra-utérine et de nous pencher sur les incidences, les conséquences maternelles et foetales de cette affection à travers la littérature africaine et mondiale.

D E F I N I T I O N

La Grossesse extra-utérine est la nidation et le développement de l'oeuf hors de la cavité utérine. Cette nidation peut se faire :

- . soit dans la trompe réalisant ainsi une grossesse tubaire (éventualité de loin la plus fréquente 95 % des localisations ectopiques).
- . soit rarement dans la cavité abdominale : 3 - 4 %
- . soit de façon exceptionnelle sur l'un des ovaires : 1 - 2 %

Au niveau de la trompe l'oeuf peut se nider soit :

- dans le pavillon réalisant une grossesse infundibulaire
- dans l'ampoule = grossesse ampullaire
- dans l'isthme = grossesse isthmique
- dans la portion interstitielle = grossesse interstitielle

On distingue deux types de grossesses tubaires :

- . grossesse tubaire à développement interne
- . grossesse tubaire externe.

- La grossesse tubaire interne : c'est celle développée dans le segment étroit et peu extensible de la trompe. Elle est responsable des ruptures précoces avec hémorragie dramatique.

- La grossesse tubaire externe : elle se développe dans le segment extensible de la trompe et peut atteindre un volume considérable avant de se rompre. Au stade de complication, elle donne lieu à des hémorragies modérées par apoplexie ovulaire et décollement placentaire réalisant la formation d'un hématosalpinx. Puis le sang s'écoule goutte à goutte dans le péritoine par le pavillon resté couvert. Cet avortement tubaire ou tubo-abdominal aboutit progressivement à la formation d'une hématoécèle.

- La grossesse abdominale : on lui reconnaît deux formes.

1°) La grossesse abdominale primitive : dans ce cas, la fécondation de l'ovule se fait pendant sa migration intra-péritonéale. La nidation a lieu d'emblée sur le péritoine. Variété la plus rare (4 cas dans la série d'ARMSTRONG soit 0,83 % des grossesses abdominales).

En 1968, KORNBLATT a retrouvé 8 cas de grossesse abdominale primitive après hystérectomie totale dont la fécondation était nettement postérieure à l'intervention. Mais VEIT, en 1903, en avait déjà donné les critères anatomo-histologiques au nombre de trois :

- . Absence de toute lésion des trompes et des ovaires
- . Existence d'une relation vivante entre l'oeuf et le péritoine avec réaction déciduale.

- . Présence d'un oeuf vivant lors de la greffe.

Cependant, STUDDIFORD en 1942 les modifie et, depuis, tous les auteurs y font appel :

- . Trompes et ovaires intacts, sans lésion ancienne ou récente
- . Absence de fistule utéro-péritonéale
- . Présence de la grossesse en relation exclusive avec le péritoine, relation suffisamment récente pour éliminer la possibilité d'une implantation secondaire à une nidation tubaire primitive.

2°) La grossesse abdominale secondaire : La nidation primitive se fait dans la trompe puis secondairement l'oeuf migre vers la cavité abdominale. Elle est due soit à :

- . un avortement tubo-abdominal
- . une rupture tubaire à bas bruit
- . une rupture de grossesse ovarienne
- . une brèche utérine.

.../...

///)///) ADMINISTREL //E T ///)///) ETHODOLOGIE

Nous avons suivi les patientes au cours de leur séjour hospitalier ; un soin particulier a été apporté au recueillement des pièces opératoires en vue de faire l'examen anatomopathologique dans les meilleures conditions.

RAPPEL / :

PHYSIOLOGIE DE LA FÉCONDATION ET DE LA DIVISION DE L'ŒUF FÉCONDE

Le pavillon tubaire et la frange tubo-ovarienne sont directement appliqués à la surface de l'ovaire par la contraction de leurs éléments musculaires.

Lors de la rupture du follicule de De Graaf, l'ovule est immédiatement recueilli par le pavillon lorsque celui-ci coiffe l'ovaire, ou guidé par un courant séreux vers la trompe, l'ovule reste dans la portion ampullaire de la trompe, lieu de la fécondation. Mais il ya des fois ou l'ovule ne tombe pas dans le pavillon mais il est repêché par le péristaltisme tubaire et les mouvements vibratiles des plateaux ciliés de l'épithélium.

Dans l'un ou l'autre cas, il ya une dépression et un courant liquidien dirigé vers la trompe.

La fécondation à lieu dans la portion externe ou ampullaire de la trompe. L'oeuf résultant est propulsé par les contractions tubaires. Ces contractions diminuent d'intensité quelques heures après l'ovulation.

Durant sa migration, l'oeuf commence déjà sa multiplication cellulaire,

C'est ainsi que, quatre jours après la fécondation, l'oeuf se transforme en blastocyte, il s'entoure de cellules crampons ou trophoblastes.

Il va donc se nider pour survivre.

L'implantation fait intervenir des processus enzymatiques localisés au niveau des enveloppes de l'oeuf qui sont la membrane pellucide et la gangue albumineuse.

La membrane pellucide est modifiée par les sécrétions tubaires au niveau de la région juxta-ovarienne.

La guangue albumineuse protège l'oeuf contre les adhérences et est sécrétée au niveau de la région juxta-utérine.

Si l'oeuf est en retard, il ne sera pas protégé par la guangue et dès qu'il aura fini de résorber sa membrane pellucide, il mourra et contractera des adhérences.

On voit ainsi que les sécrétions tubaires jouent un rôle important dans la formation de membrane et l'ovulation de l'oeuf.

Tout affection tubaire modifiant ces sécrétions peut être à l'origine d'une grossesse extra-utérine.

Vers le 6e jour, l'oeuf arrive dans la cavité utérine et la nidation lieu dans les deux jours qui suivent si non l'oeuf meurt.

Tout retard à la migration dû à l'une quelconque des causes que nous avons étudiées, entraîne soit la mort de l'oeuf ou sa nidation extra-utérine.

PHYSIOPATHOLOGIE DE LA GROSSESSE EXTRA-LTERINE

L'oeuf ainsi nidé en lieu ectopique se développe et s'entoure de membranes choriales, d'une enveloppe d'origine maternelle et d'aspect variable suivant le lieu de nidation.

Les phénomènes hormonaux de la grossesse commencent et toute la sphère génitale en subit l'effet. Ce qui explique les troubles sympathiques fréquemment rencontrés sur le plan clinique. L'utérus augmente de volume. Cette augmentation est d'autant plus importante que la nidation est proche de l'utérus.

Il devient mou. Sa muqueuse subit une transformation déciduale et devient une caduque. En début de grossesse, les villosités se repartissent sur toute la surface du chorion, à un stade plus avancé elles se trouvent sur un pôle seulement. Ces villosités s'enfoncent dans la paroi musculaire de la trompe.

Plusieurs éventualités sont possibles au cours de l'ovulation : soit

- la paroi surdistendue éclate et provoque ainsi une hémorragie cataclysmique.
- Soit ces villosités érodent une artère et entraînent la survenue d'une hémorragie.
- Soit enfin, la réaction pariétale en face du lieu de nidation étant

déficiente, il se produit une hémorragie. On aboutit progressivement au décollement de l'oeuf. L'oeuf ainsi privé de vascularisation sera infarci, ce qui aboutit à l'apoplexie ovulaire. La date d'apparition de l'apoplexie varie de quelques semaines à plusieurs mois suivant les conditions anatomiques locales.

La grossesse abdominale : en cas de grossesse abdominale l'oeuf s'entoure d'un faux sac fait d'anses grêles, d'épiploon de mésos très vascularisés.

Le chorion de l'oeuf se recouvre de villosités.

Deux mécanismes permettent d'expliquer la localisation primitive ou secondaire des grossesses abdominales.

. On a soit une fécondation de l'ovule dans le péritoine et fixation à ce même niveau.

. Soit fixation secondaire d'un oeuf préalablement tubaire qui a avorté de la trompe, ou un oeuf ovarien et qui survit grâce à sa nouvelle nidation dans le péritoine.

MOULONGUET cite que LOCERNE par l'étude d'un oeuf très jeune ont montré que cette grossesse est en réalité une grossesse infundibulaire (69).

Cet oeuf contracte rapidement des adhérences précoces avec tous les organes voisins, ce qui rend l'opération délicate avec tous les risques de léser l'intestin, le rectum ou la vessie lors des manipulations.

Quant aux grossesses abdominales secondaires, elles surviennent soit par avortement tubaire, soit par rupture tubaire à bas bruit.

La distinction entre avortement tubaire et rupture tubaire est souvent facile. Selon CLARK et GUY cités par RENAUD lors de l'avortement, l'oeuf tombe dans le cul de sac de Douglas, le placenta s'y insère et s'y développe déplaçant l'utérus vers le haut qui est distinct de la masse foetale. Là le col est en arrière de la symphyse pubienne.

Dans la rupture tubaire à bas bruit, le placenta garde des attaches avec la trompe et souvent avec le fond utérin.

L'utérus est basculé en bas mais n'est pas distinct de la masse foetale.

Il arrive ainsi que l'oeuf fasse issue à travers une brèche utérine.

Ailleurs, il s'agit plus rarement de l'issue abdominale d'une grossesse primitivement intra-utérine devenue abdominale par rupture d'une cicatrice d'hystérotomie (césarienne antérieure, myomectomie, salpingectomie, ...).

Des cas ont été aussi rapportés après rupture d'utérus malformés (43).

HUBINONT en 1952 a publié un cas de grossesse abdominale à terme secondaire à une rupture de cicatrice de myomectomie (44).

TAN lui aussi rapporte un cas de grossesse abdominale secondaire à une rupture de fond utérin.

D'autres auteurs de Dakar (Sénégal) rapportent deux cas de grossesses abdominales secondaires à la déhiscence d'un utérus cicatriciel.

Ils expliquent ce mécanisme par l'existence de facteurs favorisants qui sont :

1°) Les villosités choriales érodent progressivement la cicatrice et entraînent ainsi une solution de continuité.

2°) l'infection : elle est responsable de la désunion de beaucoup de cicatrice d'hystérotomie. Ce facteur vient d'ailleurs en première position ou le cadre peu stérile dans lequel s'effectuent beaucoup de nos césariennes et ruptures utérines dans les centres de Santé ruraux.

3°) Enfin il faut signaler la faiblesse des cicatrices de césariennes corporeales et segmento-corporeales.

L'évolution de ces grossesses aboutit presque toujours à la mort de l'oeuf. C'est le cas d'une observation de l'Hôpital Gabriel TOURE où un foetus de 7 mois vivant devait mourrir quelques heures après la laparotomie.

Par contre dans certains cas si le foetus est de petit volume, il sera résorbé ; si son volume est assez important, il se comporte comme un corps étranger, il apparait alors une intolérabilité du foetus en rétention.

Dans certains cas, ce foetus mort est parfaitement toléré et se transforme en lithopédion.

AIT-OUYAHIA en 1977 nous rapporte un cas (20).

ROUVELX a apporté deux cas dont le premier fut une découverte chirurgicale chez une femme stérile, le deuxième toléré pendant six ans est accompagné de deux grossesses normales.

Le foetus pétrifié est en général bien toléré. Il se produit ainsi une calcification du foetus appelé lithopédion ; et une calcification du sac amniotique appelée lithokeliphos, réalisant ainsi la forme complète : lithokeliphopédion.

Les phénomènes de calcification regroupent trois processus :

- 1°) une imprégnation calcaire intéressant l'amnios, le placenta, le foetus
- 2°) un métamorphisme osseux : transformation de la substance collagène en osseine.
- 3°) une métaplasie osseuse vraie par transformation du mésenchyme en tissu osseux complet.

Grossesses ovariennes : Le mécanisme exact n'a pas pu être explicité. Nous disposons surtout d'hypothèses.

Deux hypothèses tentent d'expliquer cette nidation.

- a) un ovule non expulsé de l'ovaire est fécondé : on peut avoir soit
 - une fécondation intra-folliculaire d'un ovule, le follicule n'étant pas rompu.
 - une fécondation intra-folliculaire sur follicule rompu.
 - une fécondation extra-folliculaire d'un ovule expulsé sur le stroma ovarien.

Ces différents mécanismes aboutissent à la formation d'une grossesse ovarienne primitive.

- b) Un ovule expulsé est fécondé en dehors de l'ovaire se réimplante au niveau de l'ovaire. La réimplantation peut se faire soit à la surface, soit dans le stroma ovarien. C'est la grossesse ovarienne secondaire.

RICHARD et BORONOV d'après une revue de la littérature tirent la conclusion suivante : il est très difficile de concevoir une fécondation intra-folliculaire car le spermatozoïde ne peut pénétrer dans un follicule de DE GRAAF non rompu, et aussi la maturation de l'ovule après la deuxième division n'est jamais complète à l'intérieur du follicule.

L'achèvement de cette maturation est toujours extra-ovarien.

En conclusion la plupart des grossesses ovariennes sont extra-folliculaires au départ. Elles sont soit :

- . Juxta-folliculaires

- . Interstitielles
- . Corticales
- . Superficielles

On rencontre aussi des grossesses ovariennes intermédiaires ou tubo-ovariennes.

. Cas particulier de G.E.U. sur moignon de trompe : Il ya deux hypothèses pour expliquer le mécanisme de ces grossesses.

- soit que l'ovule fécondé proviendrait de l'ovaire opposé après traversée de la trompe saine et de l'utérus.

- soit qu'il y aurait une repermeabilisation de la portion tubaire sectionnée posant ainsi le problème de la fécondation au niveau d'une trompe sans pavillon.

ANATOMOPATHOLOGIE

I - Grossesse tubaire rompue

Selon le siège de la G.E.U. nous avons plusieurs aspects anatomopathologiques

A. - Grossesse ampullaire

1°) Aspect macroscopique

- L'ampoule longue de 7 à 8 cm
- La trompe est très vascularisée avec une congestion atteignant aussi les régions avoisinantes, pavillon, mésosalpinx.

La rupture intéresse une branche de l'artère tubaire avec présence de fissure au niveau de la zone d'implantation de l'oeuf d'où s'écoule un sang noirâtre lorsque la rupture est ancienne ; parfois on voit apparaître une sérosité de couleur chocolat. La trompe est de consistance molle.

Lorsque la fissure est importante, ou en cas de rupture complète on voit apparaître quelques débris placentaires selon l'âge de la grossesse tubaire.

2°) Aspect microscopique : Il est marqué par :

- une hypervascularisation
- on trouve de dedans en dehors des formations chorio-placentaires, actives dans des lacunes vasculaires et une couche spongieuse sans caractère réel de caduque, enfin une musculature amincie et infiltrée.

B. - Grossesse Isthmique : C'est la portion étroite et rigide de la trompe.

1°) Aspect macroscopique : on note ;

- un éclatement de la paroi tubaire plus ou moins infarcté ;
- si la rupture intéresse une branche de l'artère tubaire, interne, c'est le tableau de l'hémorragie cataclysmique.
- si la rupture est punctiforme, ce sera une hémorragie progressive et continue à partir de la fissuration.

2°) Aspect microscopique : les coupes examinées montrent de dehors en dedans :

- une couche externe faite d'une musculature, amincie, laminée et plus ou moins dissociée par des cellules inflammatoires de type monocytaire.
- une couche interne faite d'une muqueuse décidualisée (couche déciduale) dissociée par des dépôts de fibrines.

C. - Grossesse Interstitielle : elle est la plus exceptionnelle des grossesses tubaires puisqu'elle ne s'observe guère dans plus de 1 à 2 % des cas.

L'évolution de cette grossesse se fait ici encore vers la rupture dont certains auteurs ont souligné le fait qu'elle n'était pas nécessairement très précoce.

1°) Aspect macroscopique : Un signe morphologique permet de différencier la grossesse interstitielle de la grossesse angulaire :

L'écart important existant entre les points d'implantation de la trompe et du ligament rond sur l'utérus.

2°) Aspect microscopique : Le véritable test est d'ordre histologique :

Il repose sur la constatation, à la périphérie de l'oeuf, d'une couche bien individualisée de fibres musculaires utérines sans interposition de caduque.

D. - Grossesse Infundibulaire :

1°) Aspect macroscopique : La nidation s'effectue originellement sur les franges du pavillon tubaire.

L'évolution d'une telle grossesse se fait en règle vers l'avortement tubo-abdominal ou vers la grèffe abdominale secondaire.

On note un aspect turgescence des franges, un épanchement hémorragique correspondant à une rupture vasculaire tubaire.

2°) Aspect microscopique : Les coupes examinées montrent :
- au niveau de la zone d'implantation la présence des franges tubaires laminées ; tassement de la muqueuse atrophique et début de décidualisation des cellules du chorion.

II. - Grossesse tubaire non rompue

A. - Aspect macroscopique : Les aspects de la trompe varient :

On note une trompe à peine gonflée ; elle se présente comme un boudin rougeâtre souvent bleuâtre et turgescence de 7 à 8 cm de longueur.

De consistance molle. Une congestion s'étendant à toute la trompe.

L'implantation tubaire se fait de deux façons :

1°) une implantation superficielle : 60 % des cas.

Dans cette implantation, on a une adhérence de la paroi superficielle ; adhérence sur la muqueuse tubaire sans pénétration du trophoblaste.

L'embryon est rarement retrouvé dans ce cas.

2°) Une implantation intra-murale : 30 % des cas.

Ici les trophoblastes colonisent les vaisseaux de la paroi tubaire qui se développent se transforment en vaisseaux tubo-placentaires.

L'embryon est retrouvé dans 50 % des cas.

B. - Aspect microscopique :

En dehors de la zone d'implantation, toutes les couches tubaires montrent une congestion diffuse avec dissociation des fibres musculaires ; les franges turgescences montrent souvent une transformation déciduale, particulièrement en périphérie des vaisseaux distendus à paroi hyalinisée.

Dans 50 % des cas on a un aspect décidual de la muqueuse utérine.

C'est un excellent signe de grossesse ectopique, mais il n'est pas pathognomonique.

El peut se voir dans certaines tumeurs ovariennes ou en cas de corps jaune persistant.

En l'absence de ce signe, ARIAS-STELLA décrit d'autres signes :

à l'examen des débris expulsés ou ramenés par curetage, on retrouve :

- des cellules épithéliales très volumineuses de la muqueuse utérine
- des noyaux hyperchromatiques, gigantesques avec des formes bizarres.
- un cytoplasme vacuolaire et spongieux.

Cet aspect se rencontre dans 42 % des cas de grossesses tubaires mais n'est pas aussi caractéristique d'une G.E.U.

Cette réaction peut s'observer en cas de grossesse intra-utérine interrompue ou même en dehors de toute gravidité.

Les coupes au niveau de la trompe montrent plusieurs aspects très caractéristiques :

- dans certains cas on voit comment se fait la nidation au milieu des franges de la trompe.

On individualise les villosités embryonnaires qui s'enfoncent petit à petit dans la paroi de la trompe et provoquent à la longue sa perforation et le saignement dans le péritoine.

- Dans d'autres cas on a :

- . un trophoblaste à peine différencié très caractéristique.

Les cellules trophoblastiques s'infiltrent dans le tissu conjonctif de la trompe.

. Une vascularisation importante du stroma de la trompe gravide expliquant l'abondance des hémorragies rencontrées dans la clinique.

- Quand la grossesse a assez évoluée, on reconnaît :

- . les cellules de Langhans disposées en une couche
- . le syncytium qui les recouvre .

Les coupes des parois de l'hématocèle montrent des villosités choriales bien individualisées, greffées sur les tissus maternels.

Ces villosités peuvent subsister pendant plusieurs mois.

III.- Grossesse abdominale

A.- Aspect macroscopique :

- Le sac ovulaire : il est mal limité avec présence d'un oligo-amnios responsable des malformations foetales.

- Le placenta : son insertion peut-être localisée au niveau de la trompe ou diffuse dans la cavité péritonéale difficile à extraire.

- Le foetus : le plus souvent hypotrophique, malformé et petit.

B.- Aspect microscopique :

Depuis 1903 Veit a mis au point trois critères anatomo-histologiques permettant le diagnostic surtout des grossesses abdominales primitives.

Ces critères sont :

! "absence de toute lésion de la trompe et des ovaires"
! existence d'une relation vivante entre l'oeuf et le péritoine, avec réaction déciduale.

. Présence d'un oeuf vivant lors de la greffe".

En 1942 STUDDIFORD modifie les critères et depuis tout le monde y fait appel (33) :

- trompes et ovaires intacts sans lésions récentes ou anciennes
- absence de fistule utéro-péritonéale
- présence de la grossesse en relation exclusive avec le péritoine, relation suffisamment récente pour éliminer la possibilité d'une implantation secondaire à une nidation tubaire primitive.

Et depuis 1968 Friedrich et RENKIN ajoutent un critère de plus :

âge de la grossesse égal au moins douze semaines.

IV - La grossesse ovarienne : elle s'observe dans 1 à 2 % des cas :
C'est une curiosité anatomique et clinique.

Pour être admise, la grossesse ovarienne doit répondre à des critères précis macroscopiques et microscopiques.

A.- Aspect macroscopique : son diagnostic repose essentiellement sur les critères de VON-SPIEGELBERG qui sont :

- une trompe intacte et distincte de l'ovaire
- un sac amniotique occupant l'emplacement normal de l'ovaire,
- un sac amniotique relié à l'utérus par le ligament utéro-ovarien,
- un tissu ovarien mis en évidence sur les parois du sac.

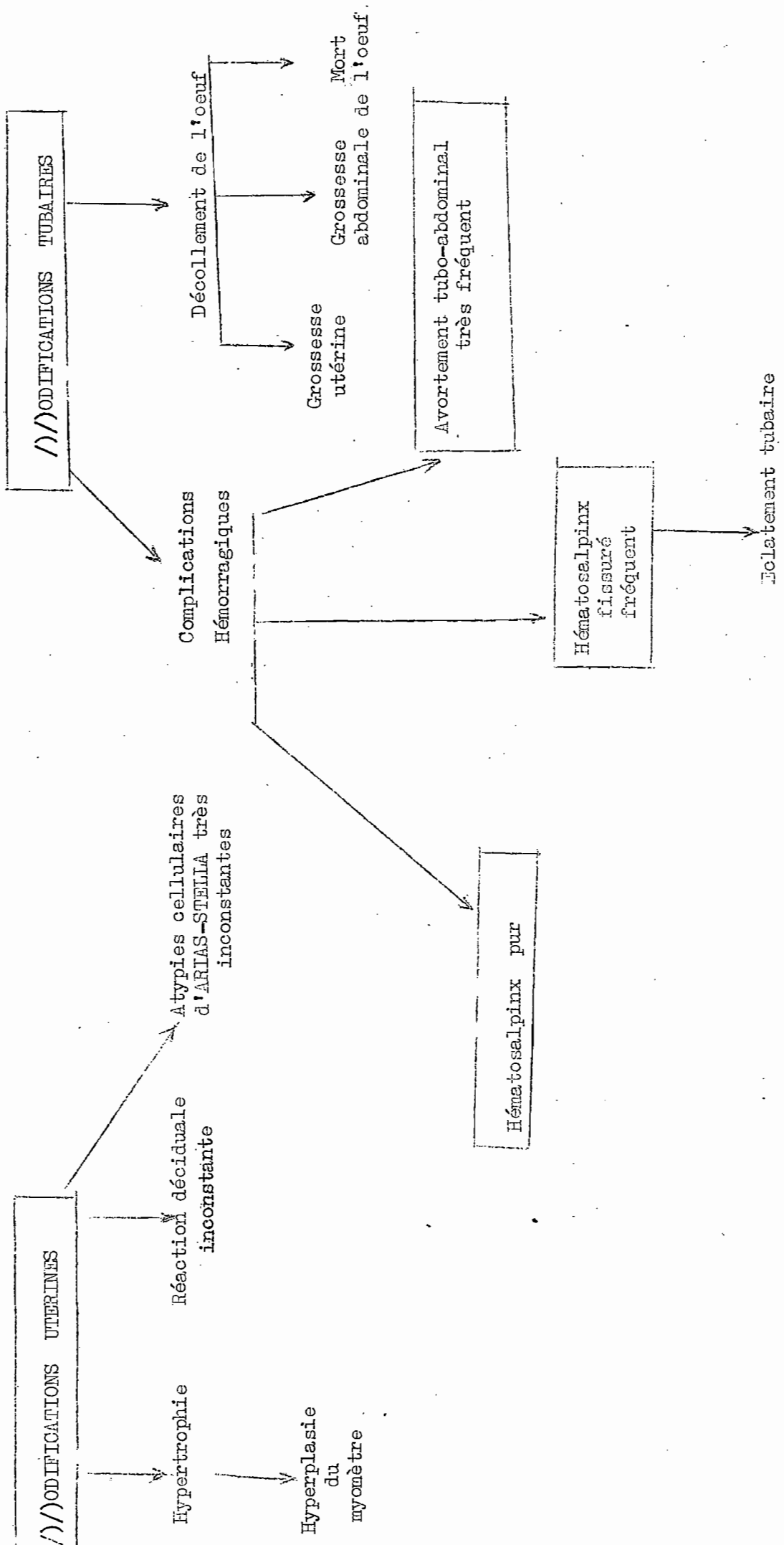
M. DEFFELLE dans un cas publié à Bamako a mis l'accent sur l'importance de ces critères (34).

B.- Aspect microscopique :

Selon TAN (19) l'examen microscopique révèle en plus :

- des villosités choriales en dehors des limites de l'albuginée de l'ovaire
- une albuginée plus ou moins épaissie
- des signes inflammatoires plus ou moins importants à distance du sac ovulaire
- une décidualisation au niveau de l'endroit de la nidation
- des structures foetales fraîches ou en histolyses sous forme d'organes foetaux
- des structures ovariennes au niveau de la paroi
- un hématome plus ou moins frais
- un corps jaune.

.../...



IV) Etiologies : Les causes de la G.E.U. sont multiples.

Nous essayerons de les classer en quatre groupes :

- les grossesses ectopiques par anomalie ovulaire
- les grossesses dues à un retard à la captation ovulaire
- les grossesses dues à un ralentissement de la migration
- enfin les facteurs hormonaux.

1°) Les G.E.U. par anomalies ovulaires : elles sont rares et mal connues. Il s'agit en fait d'une hypothèse qui n'a jamais été démontrée.

2°) Les G.E.U. dues à un retard à la captation ovulaire :

elles représentent 10 à 20 % de l'ensemble des G.E.U.

Ce retard est dû à des troubles de motilité de la musculature tubaire.

ce sont des hypokinésies qui se rencontrent particulièrement chez les hypothyroïdiennes ayant un contexte hyperfolliculinique ou hypolutéinique.

3°) Les G.E.U. par ralentissement de la migration ovulaire

le ralentissement relève de causes locales très multiples.

c'est la pathogénie la plus communément admise et qui groupe, selon toute vraisemblance, le plus fort contingent de G.E.U ; 60 à 80 % environ.

Dans ce cadre on distingue :

• Les lésions séquellaires d'une salpingite bactérienne à pyogène banal (gonocoque ou autre) :

- L'infection gonococcique : est une cause assez fréquente de G.E.U.

SCHAUTA affirme que 2/3 des G.E.U sont dus aux séquelles de cette infection. Les cils vibratiles de l'épithélium tubaire sont ici détruits en partie ou en totalité.

Le flux séreux péritonéal et l'action conjuguée du péristaltisme tubaire seraient impuissants à porter l'oeuf, dans des délais normaux, jusqu'à sa destination utérine. 50 % environ des G.E.U relèveraient de cette étiologie par le truchement d'une salpingite interstitielle ou folliculaire (3).

Parmi les causes habituelles de salpingite, à côté de l'avortement provoqué septique, et de l'infection puerpérale négligée (traitement insuffisant ou insuffisamment prolongé) on a récemment insisté sur deux étiologies particulières :

- l'interruption volontaire de grossesse : qui pour certaines multiplierait par dix les risques de G.E.U ultérieures.

Certains auteurs ont constaté que près de la moitié des G.E.U. ont suivi un avortement.

.../...

En Russie la fréquence des grossesses ectopiques a augmenté depuis la libération des avortements provoqués.

- Les dispositifs intra-utérins : bien que les statistiques ne soient pas toutes concordantes, il semble que la fréquence des G.E.U. tubaires ait nettement augmenté depuis l'extension de ce mode de contraception.

Cela est probablement dû aux infections faisant suite à la pose de stérilet sans précaution d'asepsie ou au séjour très prolongé du stérilet dans la cavité-utérine.

HALLAT dans sa statistique constate que sur 70 G.E.U. sur stérilet les 2/3 sont survenus sur des dispositifs intra-utérins en place depuis deux ans.

- L'endométriose tubaire ou endosalpingiose : la colonisation de la muqueuse tubaire par l'endomètre est une cause classique et logique de survenue d'une G.E.U.

Elle peut être difficile à reconnaître histologiquement sur une trompe grávide qui est le siège de remaniements locaux plus ou moins importants.

Il semble que 10 à 20 % des G.E.U. puissent reconnaître une telle origine. On imagine les implications thérapeutiques, préventives d'une récurrence, voire prophylactiques d'une première grossesse ectopique que la reconnaissance d'une telle étiologie pourrait imposer.

- Les plasties tubaires : elles constituent un groupe étiologique homogène, d'importance variable en fonction du recrutement de chacun. La fréquence des G.E.U. est ici bien connue :

le traumatisme opératoire, si minime soit-il, vient ajouter ses effets aux lésions originelles tubaires, responsables selon les cas d'une G.E.U. antérieure ou d'une stérilité.

- Les spasmes tubaires : ils entrent dans le cadre des troubles neuro-végétatifs qui affectent incontestablement certaines femmes présentant une G.E.U. On n'arrive pas à expliquer exactement leur mécanisme.

Ce sont de simples constatations. C'est le cas de certaines femmes qui après plusieurs années de mariage demeurent stériles.

Puis brusquement après adoption d'un enfant dans la famille, elles développent une G.E.U. Là on évoque les spasmes, les tensions nerveuses.

C'est le cas également des veuves, des filles célibataires chez qui la vie sexuelle est défendue ; alors du fait de l'émotion il y a blocage de l'équilibre neuro-végétatif et blocage de l'oeuf dans sa migration.

- Les malformations tubaires : ce sont essentiellement les diverticules saculaires qui emprisonnent l'oeuf, le cloisonnement et les pavillons accessoires.

- Diverticulose tubaire : beaucoup d'auteurs pensent avec PERSAUD (37) et PAUERSTEIN (36) qu'une telle dysmorphie est plus le reflet d'une séquelle de salpingite inflammatoire que le témoin d'une malformation congénitale vraie.

DARGENT en 1974 a rapporté deux cas de G.E.U. sur corne utérine rudimentaire ne communiquant pas avec l'utérus qui est uni-corne (30).

- Les pavillons accessoires : peuvent siéger sur toute la longueur de la trompe, en particulier dans la région ampullaire et pré-ampullaire, parfois sur le toit de la paroi tubaire, parfois sur la partie inférieure.

Les franges de ces pavillons sont généralement peu volumineuses et l'on trouve difficilement leur ostium.

- La tuberculose annexielle : parfois la tuberculose est une découverte d'examen anatomopathologique :

Tuberculose méconnue, active, ou, au contraire spontanément guérie, mais responsable de la G.E.U.

La recherche d'une telle étiologie, pour délicate qu'elle soit, se doit d'être toujours présente à l'esprit, comme le soulignent J.SENEZE et R.HENRIION (35).

Sa découverte impliquera outre l'adjonction d'une thérapeutique spécifique au traitement habituel, une évaluation pronostique très défavorable quant à l'avenir obstétrical de la femme.

- La bilharziose annexielle : beaucoup de travaux africains ont permis d'affirmer que la bilharziose joue un rôle non négligeable dans la survenue des G.E.U.

- Les antibiotiques et les anti-inflammatoires :

le traitement des salpingites par les antibiotiques et les sulfamides joue un rôle sur la fréquence des grossesses ectopiques.

En effet ces produits administrés à dose insuffisante peuvent arrêter le processus de l'infection aiguë sans que la guérison complète soit obtenue.

- Le fibrome utérin : dans les cas où il oblitère ou déforme la trompe, il peut-être responsable d'une nidation extra-utérine.

4°) Les facteurs hormonaux : dès 1963, Leslie IFFLY (41) a eu le mérite de proposer une conception étiopathogénique toute nouvelle de la G.E.U. faisant intervenir l'influence de divers facteurs hormonaux.

Pour cet auteur, un grand nombre de G.E.U. relèverait de l'association de trois éléments :

- une ovulation et une conception tardives

- la survenue de règles authentiques, quoique d'aspect variable, quelques jours plus tard;

- enfin, l'arrêt ou le rejet dans la trompe par le flux menstruel d'un oeuf libre au moment précis où il est prêt à s'implanter.

5°) Les causes d'origine iatrogène: ces causes sont surtout à l'origine des récurrences de G.E.U.

- La salpingectomie partielle avec conservation de la portion interstitielle :

heureusement que cette technique est abandonnée.

- L'énucléation.

C'est pourquoi il faut toujours pratiquer une résection cunéiforme en cas de salpingectomie totale.

On ne saurait clore l'étude de ces principales étiologies sans évoquer brièvement la notion de G.E.U. "accident" et de G.E.U. "maladie".

a) Grossesse tubaire "accident" : elle survient chez une femme féconde, ne présentant pas d'antécédents infectieux chargés et dont le dernier accouchement est relativement récent. Un fait intéressant a été noté par BREMOND, MAGNIN et BONVALLOT (135) : pour 5 G.E.U. sur stérilet, dont une abdominale, les 4 patientes ayant présenté une grossesse tubaire furent toutes enceintes ultérieurement. Ceci semble montrer qu'il s'agit donc bien de G.E.U. accident et non de G.E.U. maladie liée à une atteinte pathologique de la muqueuse tubaire. Tout se passe comme si la cause ayant été supprimée, l'effet a disparu.

b) Grossesse tubaire "maladie" : elle survient chez une femme lors de sa première grossesse. Il s'agit le plus souvent d'une femme jeune et infectée.

Une sur deux est exposée à la G.E.U. et parmi elles une sur dix fera une grossesse normale ultérieurement.

D I A G N O S T I C **D** E S **G** R O S S E S S E S - **E** X T R A

L T E R I N E S

Nous envisageons dans ce chapitre l'étude clinique de la grossesse tubaire avant la complication ; la grossesse tubaire compliquée ; la grossesse abdominale ; la grossesse ovarienne.

I) La grossesse tubaire non compliquée

La symptomatologie clinique de cette grossesse est très variée.

Elle peut aller des manifestations cliniques les plus bruyantes avec tous les signes au maximum, à la latence totale qui est le cas des femmes présentant un tableau d'hémopéritoine franc et qui pourtant prétendent n'avoir eu aucun retard de règles, ni de douleurs pelviennes.

Entre ces deux tableaux extrêmes, plusieurs tableaux intermédiaires peuvent être rencontrés.

A) L'interrogatoire : il doit être minutieux et bien conduit

Cet interrogatoire doit préciser les signes suivants :

- la douleur
- l'amenorrhée
- les métrorragies
- l'irrégularité menstruelle

Accessoirement certaines femmes consultent pour douleurs épigastriques ; nausées ; vomissements ; troubles du transit à type de diarrhée, ténésmes, éblouissements ; vertiges ; lipothymie.

On terminera l'interrogatoire :

- en précisant les antécédents pathologiques généraux et plus spécialement gynécologiques (notion de stérilité antérieure, traitée ou non, notion de G.E.U. antérieure, notion d'avortement spontané ou d'interruptions volontaires de grossesses...).

a) La douleur : la douleur est toujours présente dans la G.E.U.

Elle est due à la distension de la trompe sous l'effet de la poussée de l'oeuf.

C'est elle qui conduit la femme à la consultation.

Habituellement il s'agit d'une douleur pelvienne prédominant dans une fosse iliaque, irradiant dans tout le petit bassin.

Cette douleur est d'intensité variable. Dans certains cas elle est sourde ne cédant ni au repos ni aux antalgiques banaux.

Dans d'autres cas la douleur est aiguë, déchirante, parfois suivie d'une perte momentanée de la conscience.

Souvent elle se manifeste sous forme de crampes unilatérales irradiant vers les lombes, la région sacrée, la région périméale, simulant ainsi une colique néphrétique.

Rarement elle se manifeste comme une simple pesanteur.

La durée de cette douleur est variable. Souvent elle est courte, intense, calmée par l'écoulement de sang. Parfois elle est longue et profonde.

Ailleurs, on a des douleurs de décompression continues et étalées.

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

b) L'amenorrhée : elle est retrouvée dans la majorité des cas.

Il faut s'efforcer de mettre en évidence cette amenorrhée aussi minime soit - elle.

Elle n'exclue pas pour autant la possibilité d'une G.E.U.

La durée de cette amenorrhée est variable d'une semaine à plusieurs mois.

Elle est souvent accompagnée de classiques signes sympathiques de grossesse : nausées, vomissements, tension mammaire.

Parfois notés par les patientes (surtout s'il s'agit de multipares) ces signes ont une valeur certaine d'orientation dans la mesure où l'on garde en mémoire que la grossesse normale est indolore et ne s'accompagne, sauf exception d'aucun saignement.

c) Les métrorragies : ces métrorragies sont faites de sang noirâtre, sale, couleur chocolat appelées "pertes sépia". Ce sont en général des pertes distillantes, spontanées.

En fait tous les types d'hémorragies peuvent se rencontrer :

- . quelques gouttes de sang pouvant passer inaperçues.
- . hémorragie abondante faisant penser à un avortement et imposant un curetage.
- . hémorragie très précoce, coïncidant avec la période des règles et faisant croire à la femme que ce sont des règles normales.

Ces 4 signes fonctionnels sont souvent associés. L'association la plus fréquente est douleurs pelviennes plus métrorragies.

LILIAN FARRAR dans sa statistique de 183 cas retrouve :

- 74 fois douleur associée à un saignement important
- 58 fois douleur sans saignement
- 47 fois douleur plus saignement minime
- 4 fois saignement sans douleur.

d) L'irrégularité menstruelle : il faut la rechercher avec au tant de précision que l'amenorrhée. La femme africaine en général connaît mal la date exacte de ses règles et surtout pour les cycles antérieurs. Elle sait tout au plus situer approximativement la période d'amenorrhée suivant les mois lunaires.

Dans de rares cas on retrouve une notion d'irrégularité menstruelle révélée par un léger retard de 2 ou 3 jours ou par une arrivée prématurée des règles pendant le cycle précédent. L'irrégularité menstruelle s'observe dans 80 à 90 % des cas ; elle a d'autant plus de valeur qu'elle est observée chez une femme antérieurement bien réglée. Il peut s'agir :

- D'une anomalie dans le temps

- . avec un léger retard (c'est très classique)
- . avec quelques jours d'avance (c'est peut-être plus fréquent).

- D'une anomalie dans la durée :

- . très courte
- . ou au contraire anormalement prolongé (l'écoulement sanguin est alors presque toujours irrégulier).

- Surtout d'une anomalie de l'aspect ; bien différent dans le cas typique du flux menstruel habituel :

- . pertes distillantes, noirâtre ou sépia

Ces anomalies menstruelles peuvent :

- . exister isolément ou être groupées de façon diverse.

Aucune d'entre elles n'est constante ou absolument caractéristique.

Ces principaux signes fonctionnels peuvent être associés à des signes accessoires :

- . des signes sympathiques de grossesse (nausée, vomissement, vertige ou lipothymie, tension mammaire).

B) Examen physique : l'examen physique va fournir, dans les cas typiques des éléments importants en faveur du diagnostic. Il doit être doux pour ne pas précipiter la rupture.

Il faut répéter cet examen car le diagnostic n'est jamais certain avec le seul premier examen.

1°) Inspection : l'inspection ne montre aucune anomalie. Cependant en cas de grossesse avancée on peut noter une paroi abdominale soulevée par un utérus augmenté de volume ; augmentation ne correspondent pas à l'âge de la grossesse.

2°) Palpation : elle est pratiquée après avoir vidé la vessie et le rectum.

A la palpation, l'abdomen est souple, dépressible. Il n'y a ni défense ni contraction. Les fosses iliaques sont sensibles. Souvent on a une douleur provoquée à la décompression.

3°) L'examen sous spéculum : montre un col sain gravidique d'aspect violacé.

4°) Le toucher vaginal : temps capital pour l'affirmation du diagnostic.

Il sera combiné au palper hypogastrique. On perçoit un col ramolli, gros, souvent entr'ouvert. Le corps utérin est mou, gros et cela d'autant plus que la nidation est proche de l'utérus. Au niveau du cul-de-sac en avant et en arrière de l'utérus, près de l'arcade crurale, on peut percevoir une petite masse douloureuse ; c'est la "petite chose latéro-utérine" de Mondor (18).

Dans certain cas on ne perçoit pas cette masse. Il ne faut pas prolonger ce toucher pour ne pas précipiter la rupture.

5°) Le toucher rectal : il confirmera l'existence de la masse molle, douloureuse latéro-utérine. Au terme de cet examen, il faut mettre la patiente au repos et sous surveillance stricte. Il faut également mettre en route les examens complémentaires pour confirmer le diagnostic et intervenir avant toute complication.

En conclusion : devant une grossesse tubaire non compliquée :

- un interrogatoire précis évoque le diagnostic, l'examen physique, surtout le toucher vaginal, permet de le confirmer.

II) La grossesse tubaire compliquée : Les complications sont toujours d'ordre hémorragique.

On distingue plusieurs tableaux :

- un tableau de rupture cataclysmique
- les hémorragies aiguës à deux temps ou à trois temps
- l'hématosalpinx
- les hématoécèles

1°) Les ruptures cataclysmiques :

a) Mécanisme : elles surviennent par éclatement ou ouverture des gros vaisseaux. Elles donnent lieu à des inondations péritonéales.

Elles sont en général le fait des grossesses intestitielles.

b) Clinique :

- leur diagnostic est habituellement facile
- leur survenue peut-être très précoce avant tout retard de règles.
- l'interrogatoire retrouve une douleur vive, brutale en coup de poignard, accompagnée d'une perte de connaissance.

À l'examen, on note des signes d'hémorragie interne :

- la pâleur cadavérique,
- la décoloration des conjonctives
- le pouls petit, rapide, filant, mal frappé, perçu seulement au niveau des carotides ou des artères fémorales signe d'une chute tensionnelle importante.

À la palpation, l'abdomen est souple, dépressible, légèrement sensible.

On a une matité déclive dans les flancs à la percussion.

Parfois l'abdomen est un peu météorisé.

Le toucher vaginal donne le meilleur signe : le "cri" du Douglas.

En effet la palpation profonde du cul-de-sac de Douglas réveille une douleur vive qui arrache un cri à une femme en inondation péritonéale et semi consciente. Ce signe est toujours présent dans les hémorragies par rupture de grossesse-extra-utérine.

En définitive le diagnostic d'inondation péritonéale est fait devant la fameuse triade de PROUST regroupant :

- douleur pelvienne
- signe d'hémorragie interne
- douleur dans le Douglas.

.../...

Souvent un autre signe appelé douleur tardive élevée de LAFFONT est retrouvée chez ces femmes. C'est une douleur sus-ombilicale : épigastrique, dorsale ou scapulaire. Il y a toujours un intervalle libre entre la douleur pelvienne et la douleur haute. Elle est très fréquente et est en rapport avec la distension du Douglas ou l'irritation du nerf phrénique. On retrouve ce signe même en cas d'épanchement minime, mais il n'est pas pathognomonique des G.E.U.

Elle peut persister après l'intervention chirurgicale s'il reste un épanchement sanguin résiduel intra-péritonéal.

Les hémorragies intra-péritonéales massives peuvent se voir en dehors de toute rupture tubaire, par simple écoulement sanguin par le pavillon resté ouvert.

2°) Les hémorragies aiguës à plusieurs temps :

a) Mécanisme : ces hémorragies sont le fait de grossesses isthmiques ou de grossesses ampullaires.

1°) En cas de grossesse isthmique, on a un éclatement de la trompe.

Les vaisseaux étant de calibre réduit, l'hémorragie est moins abondante.

L'organisme a le temps de préparer sa défense.

Ainsi l'intestin grêle, le côlon et l'épiploon vont se coller à la trompe et arrêter temporairement l'hémorragie.

2°) S'il s'agit de grossesse ampullaire, l'hémorragie survient par avortement tubo-abdominal. Dans ce cas également l'hémorragie est minime et l'organisme peut encore préparer sa propre défense.

L'hémorragie sera endiguée pendant un temps variable ; puis à l'occasion de la reprise de l'activité, elle se réveille.

b) Clinique : l'histoire clinique révèle :

- une période d'amenorrhée plus ou moins prolongée.
- des métrorragies peu abondantes
- une douleur d'intensité variable, mais constante.

A la palpation on note une douleur à la décompression de l'abdomen due à la réaction péritonéale. Parfois on a une défense localisée.

L'examen sous spéculum montre un col sain de grossesse.

Le toucher vaginal fait percevoir un cul-de-sac empaté ; une masse latéro-utérine molle, douloureuse à contour irrégulier ; une douleur au contact du cul-de-sac de Douglas.

Cet examen ne doit pas être trop insistant pour ne pas réveiller l'hémorragie temporairement endiguée. On note fréquemment :

- des signes d'amenie (paleur des muqueuses et des conjonctives)
- un pouls accéléré
- un subictère
- une sensation de vertige

- une élévation modérée de la température
- une chute tensionnelle lors d'examens répétés.

En Conclusion : ce sont les signes d'anémie qui doivent attirer l'attention sur une rupture de G.E.U. à plusieurs temps.

3°) Les hémorragies enkystées :

- Les hématoécèles :

a) Mécanisme : l'hématoécèle est une hémorragie intra-péritonéale qui survient a bas bruit et se collecte tôt. Elle est le plus souvent secondaire à un avortement tubo-abdominal qui s'est déposé au niveau du cul-de-sac de Douglas formant ainsi une poche de sang ; cette poche finie par comprimer le rectum en arrière, la vessie en avant.

Si le diagnostic intervient tardivement, l'hématoécèle finit par s'infecter.

Actuellement c'est un accident de plus en plus rare à cause de la précocité de diagnostic des G.E.U.

b) Clinique :

L'histoire clinique se déroule en plusieurs épisodes :

- retard de règles
 - petites hémorragies de sang couleur chocolat.
 - douleur pelvienne regressant rapidement avec sensation de vertiges.
 - des signes rectaux et vésicaux (ténésmes et épreintes) d'apparition progressive.
- Au toucher vaginal : montre une masse cartonnée dure refoulant le rectum en arrière et l'utérus en avant.

Il y a toujours un subictère et une anémie modérée.

Dans certains cas la température est élevée oscillant entre 38° et 39°C.

Elle est due à la résorption sanguine.

Variétés anatomiques :

- Hématoécèle retro-utérine : c'est la variété anatomique la plus fréquemment observée. Il s'agit d'un épanchement de sang collecté autour de l'utérus dans les parties déclives du pelvis.

Au toucher vaginal on perçoit dans le cul-de-sac postérieur une masse dure qui fait penser à un fibrome enclavé dans le Douglas.

Une telle hématoécèle au cours de son évolution entraîne une retro-flexion irréductible et douloureuse de l'utérus, une sclérose secondaire fait basculer le fond utérin dans le Douglas et a pour conséquence une dyspareunie et des névralgies pelviennes, secondairement s'installe une stérilité.

- Hématoécèle anté-utérine : elle est perçue comme une masse retro-pariétale sus-pubienne repoussant le col en arrière et masquant le corps utérin.

Ces hématoécèles ont principalement une repercussion sur la vessie.

On peut également rencontrer des hématoécèles latérales plus fréquemment à gauche.

L'infection des hématoécèles n'est pas exceptionnelle et ne survient que si le diagnostic est posé tardivement. Cette infection se fait soit :

- par voie sanguine
- par voie génitale
- par contact avec un appendice enflammé.

- L'hématosalpinx :

a) Mécanisme : c'est une hémorragie intra-tubaire avec infarctus de l'oeuf.

L'oeuf se décolle rapidement, cesse de se développer et réalise une masse intra-tubaire.

b) Clinique : sur le plan clinique, on trouve :

- un retard de règles
- des métrorragies
- des douleurs pelviennes peu intenses

Le toucher vaginal perçoit une masse latéro-utérine qu'on confond souvent avec un kyste de l'ovaire, mais la coelioscopie établit le diagnostic de certitude.

Conclusion : les hémorragies enkystées sont d'un diagnostic clinique peu parlant.

Elles exigent toute la perspicacité du clinicien et nécessitent bien souvent une coelioscopie complémentaire.

4°) Les formes cliniques de la grossesse tubaire compliquée :

Elles sont nombreuses et sont à l'origine des erreurs de diagnostic.

On distingue :

- une forme pseudo-péritonéale
- une forme pseudo-occlusive
- une forme pseudo-appendiculaire
- une forme pseudo-abortive
- une forme pseudo-salpingienne

a) Forme pseudo-péritonéale :

Dans cette forme l'histoire clinique se résume en une douleur vive en coup de poignard, diffuse, une hyperthermie ; des vomissements.

L'examen physique montre :

- une hyperesthésie cutanée
- une contracture. En effet cette contracture n'est pas aussi importante

que dans les péritonites vraies.

Devant ces différents signes on pense soit à une péritonite, soit à une pelvi-péritonite ou à une G.E.U.

L'intervention chirurgicale redresse le diagnostic.

b) Forme pseudo-occlusive :

Les principaux signes rencontrés ici sont :

- la douleur
- les vomissements
- l'arrêt des matières et des gaz
- un météorisme souvent assez important
- une hypersonorité péri-ombilicale avec anses grêles distendues.

Il n'y a pas de signes d'anémie.

Devant un tel tableau chez une femme supposée en état de grossesse, il faut penser à la possibilité d'une G.E.U. surtout à une grossesse abdominale.

c) Forme pseudo-abortive :

En général on se trouve en présence d'une femme qui consulte pour :

- retard de règles
- douleur pelvienne vive survenue brutalement et qui s'est accompagnée

d'un écoulement de sang parfois de caillots et même expulsion d'une sorte de caduque. L'examen physique montre simplement un subictère avec parfois une légère fièvre. Devant ces signes, avant de pratiquer un éventuel curetage, il faut penser à la possibilité d'un avortement tubaire ou tubo-abdominal surtout quand la douleur est unilatérale.

d) Forme pseudo-salpingienne :

Les signes fonctionnels sont :

- une irrégularité menstruelle
- des coliques salpingiennes intermittentes.

A l'examen le toucher vaginal découvre une masse latérale, douloureuse avec un empâtement diffus péri-utérin. Dans ce cas il est très difficile de se prononcer entre une salpingite ou une G.E.U.

Le signe de MARD aide au diagnostic : c'est la constatation à jour frisant d'une voussure sous-ombilicale unilatérale devant une affection aiguë récente.

Cette voussure signe presque toujours une hématocele.

e) Forme pseudo-appendiculaire :

Les signes prédominants dans cette forme sont :

- une douleur dans la fosse iliaque droite.
- une pseudo-contraction
- une constipation
- des vomissements.

Le seul signe pouvant orienter le diagnostic vers une G.E.U. est la notion d'aménorrhée. Certains cas posent quand même des difficultés.

Ce sont les associations.

- G.E.U. plus abcès de l'appendice
- hématosalpinx plus appendice rempli de pus.

Dans tous les cas lorsque le doute existe, il faut pratiquer une ponction du Douglas qui redresse le plus souvent le diagnostic.

III) La grossesse abdominale :

La grossesse abdominale au début présente les mêmes signes cliniques qu'une grossesse tubaire, c'est à dire :

- aménorrhée
- métrorragie de sang sépia
- douleur abdominale peu intense

Ces manifestations s'estompent quand la grossesse avance en âge :

- un signe important ; c'est le développement du terme de la grossesse.
- les douleurs deviennent paroxystiques
- les vomissements apparaissent
- on a une alternance de diarrhée et de constipation
- des métrorragies irrégulières.

L'examen physique révèle :

- un abdomen augmenté de volume
- une hauteur utérine anormale par rapport à l'âge de la grossesse
- les bruits du coeur foetal sont bien frappés
- la masse foetale est mal limitée avec un foetus tantôt perçu sous la peau, tantôt disparaissant sous les anses intestinales et l'épiploon.

Le toucher vaginal combiné au palper abdominal retrouve un col long, petit, fermé, dur ou un peu ramolli, refoulé en haut et très en avant sous la symphyse par la présentation qui tombe dans le cul-de-sac de Douglas.

L'utérus est distinct de la masse foetale abdominale.

MICHEL EID (136) dans sa thèse effectuée à Dakar insiste pour affirmer que la grossesse est abdominale sur :

- la superficialité des parties foetales
- la présentation haute transversale
- l'absence des ligaments ronds à la palpation
- le col plaqué en avant sous la symphyse
- la perception d'un petit utérus.

Evolution de ces grossesses abdominales :

Dans la plupart des cas, au terme de la grossesse, on a apparition d'un "faux travail" et mort du foetus avec rétention placentaire parce que ces femmes pour la plupart vivent en milieu rural et ne sont pas généralement suivies pendant leur grossesse.

Au cours de ces grossesses abdominales JEANTY retrouve 54 % de faux travail (4).

Dans d'autres cas apparaît un trouble du transit à type d'occlusion intestinale permettant ainsi le diagnostic.

En effet devant tout syndrome occlusif chez une femme enceinte, il faut penser à la possibilité d'une grossesse abdominale ; de même devant tout dépassement du terme, non perception des mouvements foetaux et faux travail.

IV) La grossesse ovarienne :

Cliniquement il est impossible de distinguer une grossesse ovarienne d'une grossesse tubaire. On retrouve les mêmes signes :

- douleur abdominale
- amenorrhée
- métrorragie
- masse pelvienne.

En cas de rupture on retrouve les signes d'hémorragie intra-abdominale associés à un choc important.

Seul l'examen histologique peut faire le diagnostic ; cet examen doit être pratiqué systématiquement sur toutes les pièces opératoires en cas d'hémorragie avec participation ovarienne.

Il faut remarquer que les grossesses ovariennes peuvent évoluer jusqu'au terme.

Selon BADEN, 75 % de ces grossesses se terminent au bout de 3 mois.

12,2 % se terminent au cours du deuxième trimestre

12,2 % atteignent le troisième trimestre.

Quelques rares cas de grossesse ovarienne arrivée à terme ont été publiés dans la littérature (à propos de 4 cas de grossesse ovarienne à terme de RICHARD C ; BORONOV M.D et Coll).

V) Les formes cliniques, selon le terrain, méritent d'être bien connues :

1°) Les formes survenant chez la femme ayant des antécédents de plasties tubaires (après intervention conservatrice sur trompe gravide ou après intervention pour cure de stérilité) : elles sont relativement fréquentes, surtout dans le dernier cas. Un détail séniologique mérite d'être connu à leur propos : la rareté des phénomènes douloureux qui accompagnent la G.E.U.

Aussi, doit-on systématiquement suspecter une G.E.U. chez toute femme enceinte, ayant des antécédents de plastie tubaire et qui présente des métrorragies isolées.

2) Les formes survenant chez la femme ayant des antécédents de fausses couches provoquées, ou d'interruption volontaire de grossesse.

3) Les formes survenant chez la femme porteuse d'un stérilet : elles sont loin d'être exceptionnelles puisque, dans plusieurs statistiques, il apparaît que 5 à 10 % des femmes présentant une G.E.U. sont porteuses ou ont été récemment porteuses d'un stérilet.

Sur le plan séméiologique, un point mérite d'être souligné : c'est la rareté relative avec laquelle la femme signale des phénomènes douloureux pelviens.

Au total, et pour avoir les meilleurs chances d'assurer un diagnostic précoce de la G.E.U.; il paraît prudent de demander systématiquement une réaction immunologique de grossesse chez toute femme porteuse d'un stérilet qui présenterait soit une anomalie du flux menstruel, soit des phénomènes douloureux pelviens (trop facilement mis sur le compte d'une infection de voisinage ou d'une intolérance au D.I.U.).

4°) Les formes survenant chez la femme ayant, dans ses antécédents, une ligature ou une électrocoagulation des trompes, à visée stérilisatrice : elles sont classiques, d'observation exceptionnelle, mais très trompeuses (intérêt de la résection tubaire associée de principe).

5) En fonction de l'âge ; on doit opposer :

- Les formes de la très jeune femme, quasi inaugurales de la vie de reproduction, aux formes de la femme de la quarantaine : elles sont rares et leur diagnostic se trouve volontiers retardé à cet âge où; devant l'apparition d'anomalies menstruelles, on est plus tenté d'évoquer un trouble du fonctionnement ovarien ou une complication d'un fibrome, qu'une G.E.U.

C'est surtout dans ces formes qu'il faut demander une hystérosalpingographie ; elle découvrira alors une grossesse ectopique à laquelle on n'avait pas songé.

L'échographie plus facile à pratiquer est un examen utile au diagnostic.

6) En fonction de la parité :

- 25 % environ des femmes font une G.E.U. à l'occasion de leur première grossesse.
- 25 % seulement des femmes présentant une G.E.U. ont déjà eu deux enfants et plus.
D'où l'aphorisme de H.G ROBERT (45) soulignant :

« une femme a d'autant moins de chance de faire une G.E.U. qu'elle est mère d'un plus grand nombre d'enfants ».

Au chapitre des curiosités ; on peut encore citer :

- les G.E.U. sur môle (comportant les mêmes impératifs de surveillance biologique que la môle sur grossesse intra-utérine),
- les G.E.U. bilatérales simultanées,
- les G.E.U. tubaires sur oeuf gemellaire (presque toujours monozygotes),
- l'association d'une G.E.U. tubaire et d'une grossesse normale.

Cette dernière association est plus intéressante dans la mesure où sa fréquence paraît très notablement augmentée depuis l'utilisation des inducteurs de l'ovulation (un cas sur 100 au lieu d'un cas sur 10.000 grossesses).

BERGER et TAYLOR, qui en ont rapporté récemment plusieurs cas ont noté l'absence habituelle de métrorragies, d'où le retard accru au diagnostic et au traitement.

VI°) Diagnostic différentiel

- grossesse tubaire

A°) Avant la complication : la démarche est simplifiée par l'introduction dans la pratique courante, du dosage rapide des H.C.G. plasmatiques.

Un certain nombre de diagnostics seront donc évoqués avant l'obtention des résultats ou si les circonstances n'ont pas permis de demander cet examen.

a°) Avortement spontané précoce :

Dans certain nombre de cas de fausses couches, surtout si elles surviennent tôt, il peut exister une symptomatologie évoquant une G.E.U. : en effet une aménorrhée même courte, des métrorragies et des douleurs pelviennes parfois d'interprétation difficile, font également penser à la G.E.U.

b°) Une grossesse anulaire : là on a un signe de HEGAR au T.V.

Le ligament rond se trouve en dehors de la tuméfaction, de plus la masse latérale utérine est antérieure dans ce cas.

c°) Salpingite : lorsque la douleur est de prédominance unilatérale, que la fièvre est modérée, que le tableau se complète d'une métrorragie en relation avec l'endométrite et éventuellement d'une masse, on ne pourra pas ne pas évoquer le diagnostic.

Mais le plus souvent le context infectieux est en premier plan avec :

- des antécédents d'annexites
- leucorrhée fétide et cervico-vaginite.
- Notion de contagé.

Parmi les examens complémentaires, la NFS et la VS peuvent laisser un doute mais les H.C.G., elles, seront négatives.

d) Kyste de l'ovaire :

• Les kystes fonctionnels : les kystes folliculaires et les kystes lutéiniques ont en commun avec la grossesse extra-utérine, une symptomatologie faite de douleurs, d'anomalies du cycle (aménorrhée franche ou métrorragies) et de masse annexielle sensible.

• Les kystes folliculaires : prêtent peu à confusion car dès l'examen clinique, on retrouve une glaire particulièrement abondante et filante.

La température est au dessous de 37°C ; à l'échographie on retrouve un utérus avec une ligne de vacuité nette et une image ovarienne vide d'échos, parfaitement liquidienne et de taille variable. Le dosage des H.C.G. est inutile.

- Les kystes lutéiniques : au contraire peuvent poser un problème plus délicat d'autant qu'une grossesse peut coexister :

- il y a un plateau thermique,
- le col est lutéal,

• l'échographie selon la date à laquelle elle sera demandée, et selon l'existence ou non d'une grossesse, apportera des renseignements d'interprétation très différents, à savoir :

mise en évidence d'un sac gestationnel indubitable, le problème est alors réglé, ou une absence de sac. Dans ce cas, l'image annexielle inhomogène n'est pas suffisamment spécifique pour que son interprétation soit certaine.

Le doute peut-être majoré par la présence d'une lame liquidienne rétro-utérine fréquente dans ces kystes (sérosité de sang).

Le dosage des H.C.G. plasmatiques est nécessaire :

- . s'ils sont négatifs la G.E.U. sera alors exclue,
- . dans le cas contraire on ne peut conclure sans contrôle endoscopique.

- Les kystes organiques : le diagnostic de G.E.U. est discuté seulement en cas de complications (torsion aiguë ou subaiguë, hémorragie intra-kystique), mais de toute façon le tableau de ventre chirurgical amène à la coelioscopie et à une intervention, sans même attendre le résultat des H.C.G.

On peut rapprocher de cette situation celle des fibromes pédiculés compliqués.

- e) Un fibrome mou en position latérale : dans H.C.G. négatif.
- f) Une grossesse intra-utérine sur utérus mal formé : Diagnostic par l'échographie.
- g) Des métrorragies fonctionnelles : par insuffisance hormonale de type lutéal.

B°) Au stade de complication :

a) En cas d'hémopéritoine : c'est l'intervention qui en fait, donnera l'origine du saignement.

- ovulation hémorragique
- rupture d'un kyste fonctionnel ou endométriosique
- rupture de varice péri-utérine
- rupture, apparemment spontanée, d'un vaisseau abdominal.

- Les hémorragies par ovulation manquée ; une hémorragie abondante de type menstruel apparaît au moment de l'ovulation et s'éternise durant une quinzaine de jours en décroissant progressivement pour s'effacer au 28^e jour du cycle à la date où était attendue initialement la menstruation. Dans ces deux dernières circonstances, l'examen peut identifier une turgescence douloureuse d'un ovaire correspondant à un kyste fonctionnel qui va régresser spontanément et rapidement et ne doit pas faire l'objet d'investigations, sauf si un doute persiste à propos d'une G.E.U.

b) En cas d'hémosalpinx : il faut discuter :

- les formes multiples selon le degré d'infection, d'occlusion ou de douleur pelvienne. Les diagnostics à évoquer seront essentiellement :

- 1°) les salpingites
- 2°) les péritonites pelviennes
- 3°) les occlusions intestinales particulièrement les occlusions du grêle.
- 4°) les coliques néphrétiques voir coliques hépatiques.

En fait c'est l'intervention chirurgicale à défaut d'échographie, de coelioscopie et de tomodynamométrie qui permettra de poser le diagnostic.

.../...

c) Au stade d'hématocèle : dans ce cas l'échographie ou la coelioscopie permettent souvent de poser le diagnostic. La ponction du Douglas doit être envisagée avec prudence sur la table d'intervention.

On peut discuter :

- . un fibrome en voie de nécrose
- . un utérus retroversé et douloureux
- . un kyste de l'ovaire
- . un hydrosalpinx ou un pyosalpinx
- . un abcès pelvien secondaire
- . une pelvi-péritonite.

d) La grossesse abdominale ; il faut éliminer :

- . une rétention de fœtus mort in utero par le dosage de prolactin et l'échographie
- . un hydramnios aigu par l'échographie répétée, comparative
- . un décollement précoce d'un placenta normalement inséré par l'échographie
- . un placenta proevia (échographie)
- . une anomalie de présentation (radiographie et échographie)
- . une grossesse gemellaire (radiographie et échographie)

Conclusion : avant la complication de la G.E.U. le taux d'H.C.G. doit affirmer la grossesse,

l'échographie et ou la coelioscopie montre sa position ectopique. Au stade de complication hémorragique (il s'agit essentiellement d'hématosalpinx ou hémorragie cataclysmique)

le diagnostic selon les conditions de l'urgence du tableau clinique se fait par laparotomie exploratrice qui peut être précédé d'une échographie ou d'une coelioscopie.

Lorsque la grossesse est évoluée il s'agit essentiellement du problème d'une masse latéro-utérine dont il faut affirmer la nature foetale soit par l'examen clinique (bruits du coeur foetaux), soit par échographie soit par radiographie ou radio-scopie.

Le diagnostic différentiel d'une G.E.U. ne doit être évoquer que lorsqu'on est incapable d'affirmer l'existence d'une grossesse ectopique évoluant hors de la cavité utérine.

VII) Examens complémentaires

Plusieurs examens complémentaires ont été proposés dans le but de diagnostiquer les grossesses-extra-utérines soit à un stade jeune ou a un stade avancé pour les zones où les structures sanitaires ne sont pas assez développées.

Ils ont des valeurs inégales : certains n'apportent qu'un argument de plus ou de moins à l'étude clinique ; d'autres au contraire donnent des réponses précises de nidation extra-utérine.

1°) La numération formule sanguine :

Elle peut aider au diagnostic des G.E.U. surtout au stade de complications.

- une anémie de plus en plus importante en dehors de tout signe d'hémorragie externe

évoque chez une femme en activité génitale la possibilité d'une grossesse ectopique surtout si elle est associée à une amenorrhée.

- La formule leucocytaire peut-être caractéristique surtout quand la leucocytose est aux environs de 20.000 globules blancs.

Cependant on peut rencontrer de vieux hematosalpinx sans leucocytose alors que certains avortements tubaires récents se présentent avec 20.000 globules blancs.

La statistique de BRADY est évocatrice à cet égard : sur 50 cas

- . 25 présentaient une leucocytose à 11.000 globules blancs
- . 16 un nombre de globules blancs supérieur à 10.000 atteignant parfois 25.000.

Dans les 100 cas de LILLIAN-FARRAR on retrouve :

- . 48 cas : 5.000-10.000 globules blancs
- . 36 cas : 10.000-15.000 globules blancs
- . 12 cas : 15.000-20.000 globules blancs
- . 2 cas : 20.000-25.000 globules blancs
- . 1 cas : 25.000-30.000 globules blancs

2°) La réaction biologique quantitative de grossesse

Quand elle est positive autour de 100 U.L. apporte une grande probabilité de grossesse mais n'élimine pas à coup sûr une G.E.U.

Elle peut-être négative en cas de dégénérescence du trophoblaste sans pour autant exclure la probabilité d'une grossesse extra-utérine.

3°) L'examen histologique :

L'examen de la caduque utérine recueillie par curetage ou par expulsion spontanée révèle :

- . la présence de cellules déciduales
- . l'absence de trophoblaste
- . l'absence de villosités choriales
- . les atypies cellulaires d'ARIAS-STELLIA.

4°) L'hystérosalpingographie (H.S.G.)

Elle ne peut être faite que si le test de grossesse est négatif.

Elle montre une image lacunaire semi-circulaire ou ovalaire, inhomogène.

Les portions juxta-ovulaires ont un aspect marécageux.

En cas de grossesse ampullaire et isthmique, la perméabilité de l'ostium abdominal est le plus souvent conservée.

En cas de grossesse interstitielle, on a une image d'amputation de la corne utérine.

L'intérêt de l'H.S.G. réside surtout dans la visualisation de la trompe contro-latérale dont l'aspect guidera le traitement.

5°) La radiographie de l'abdomen sans préparation

Elle montre en cas de grossesse abdominale les anomalies de position du foetus.

6°) L'angiographie abdominale et pelvienne

Elle permet un diagnostic positif de la grossesse abdominale ; précise la localisation du placenta ainsi que son mode de vascularisation.

7°) L'échographie :

C'est un examen utile et non dangereux. L'échographie est devenue une exploration courante dans les grossesses ectopiques, mais à présent ne peut être pratiquée chez nous, Elle permet de visualiser un sac ovulaire excentré dans une corne utérine, évoquant ainsi une grossesse interstitielle.

Elle est souvent moins évocatrice dessinant une tumeur à côté d'un utérus vide.

Le diagnostic est souvent difficile entre une grossesse extra-utérine et un avortement utérin spontané associé à un kyste de l'ovaire.

8°) L'hysteroscopie :

L'hysteroscopie est aussi un examen que nous ne pratiquons pas encore.

C'est une exploration directe de la cavité utérine.

Elle sera pratiquée seulement quand à l'échographie on a une image anormale ou bien quand la grossesse est menacée.

On affirme le diagnostic de grossesse-extra-utérine quand l'hysteroscopie de contact montre :

- une caduque épaisse, blanchâtre, sans tissus placentaires
- un tissu placentaire irrégulier avec des zones de couleur verdâtre ou polychrome de la corne utérine.

La présence isolée de caduque n'est pas synonyme de G.E.U.

En effet, une caduque peut persister dans l'utérus après un avortement spontané.

Dans ce cas l'hysteroscopie montrera en plus un endomètre prolifératif et sécrétoire. L'hysteroscopie a l'avantage d'éviter de faire une coelioscopie si on trouve d'emblée dans la cavité utérine un placenta.

Elle permet également de distinguer les grossesses interstitielles des grossesses angulaires.

9°) La ponction du Douglas :

C'est certainement l'examen le plus pratiqué à Bamako.

Il est surtout intéressant dans les ruptures. C'est un examen simple pouvant être fait au lit du malade bien que comportant quelques risques. Il exige seulement une aseptie rigoureuse et un éclairage suffisant. Elle ramène soit du sang ou du pus. Elle permet aussi d'éliminer une pelvi-péritonite dont le traitement ne relève pas de la chirurgie.

En cas d'hématocèle suppurée, on ramène du sang fétide qui,ensemencé permet en 24 heures l'identification du germe responsable.

Elle permet au chirurgien d'éviter la voie abdominale qui est dangereuse dans les hématocèles suppurées.

10°) La ponction lavage du péritoine :

C'est un excellent examen en cas de grossesse-extra-utérine fissurée parce que la ponction est positive même pour un épanchement de 30 à 50 CC.

Elle a moins de risque que la ponction du Douglas.

Avantage : il s'agit d'un examen simple pouvant être pratiqué au lit du malade. Il ne demande pas une instrumentation sophistiquée et son exécution est sans danger si l'on prend des précautions d'aseptie élémentaires. Le résultat est immédiat et certain.

a)- Le matériel : on doit avoir

- des gants et champs stériles
- un bistouri
- un matériel d'anesthésie locale
- un cathéter souple multiperforé monté sur un mandrin rigide.
- un flacon de serum isotonique.

b)- La ponction : il faut prendre toutes les précautions d'aseptie et sonder la malade. On fait une incision de quelques centimètres sur la ligne médiane au dessous de l'ombilic ; incision intéressant la peau et l'aponévrose.

On enfonce le cathéter muni de son mandrin rigide d'un geste ferme à travers l'orifice pariétale.

On retire le mandrin et on pousse le cathéter obliquement vers le bas jusque dans le cul-de-sac de Douglas.

Si la ponction ramène du liquide sanglant, le lavage est alors inutile. Par contre, dans les épanchements minimes, si la ponction ne ramène pas le sang, on peut faire le lavage péritonéal qui confirmera l'hémopéritoine.

c°) Le lavage péritonéal :

On relie le cathéter au flacon de serum salé par l'intermédiaire d'une tubulure de perfusion. On soulève un peu le flacon, par simple pesanteur, le liquide s'écoule et inonde la cavité péritonéale où il se mélange à l'épanchement sanguin.

Au bout d'un certain temps, on retourne le flacon et on le dépose par terre ; par simple siphonnage, on recueille 80 à 90 % du liquide de lavage.

Si ce liquide est teinté, la ponction lavage du péritoine est positive et il faut intervenir.

Si le liquide n'est pas teinté, la ponction est dite négative.

d°) Les contre-indications :

- existence d'une cicatrice de laparotomie
- distension intestinale importante.

Les incidents : ils sont exceptionnels

- blessure d'un vaisseau pariétal
- ponction accidentelle de la vessie, de l'intestin.

11°) La coelioscopie :

Elle reste un examen capital de la séquence diagnostique, qui apporte une réponse dans la presque totalité des cas.

.../...

Elle doit, sauf contre-indication, et même devant un tableau très évocateur, toujours précéder la laparotomie, excepté, bien entendu, si l'on est en présence d'un hémopéritoire évident.

C'est une attitude qui a permis de faire disparaître les laparotomies inutiles, les hospitalisations prolongées pour mise en observation, et, par conséquent, les retards au diagnostic qui compromettent les possibilités de chirurgie conservatrice.

Cet examen endoscopique de la cavité abdominale préalablement distendue par un pneumopéritoine, doit se faire sous anesthésie générale profonde avec intubation scrupuleuse. C'est un acte chirurgical qui doit être effectué par des mains expertes et qui comporte en dehors des contre-indications d'ordre général (cardiaques, pulmonaires, troubles de l'hémostase...) des contre-indications locales :

- Absolues : antécédents d'intervention pour occlusion, péritonite ou autre chirurgie majeure abdominale.

- Relatives : antécédents de laparotomie pour chirurgie pelvienne non compliquée.

Les aspects endoscopiques : on pourra observer :

1- une trompe soufflée hypervascularisée violacée d'hématosalpinx, accompagné souvent de caillots accolés au pavillon, dans les cas typiques de grossesse tubaire jeune.

2- une masse caillotique appendue à ce pavillon dilaté : c'est l'avortement tubo-abdominal.

3- une simple dilatation olivaire, bleutée, avec un peu de sang distillant du pavillon.

4- de plus en plus souvent il est des cas difficiles liés à l'extrême précocité des explorations où l'on aura à apprécier une simple induration ressentie sous le palpateur à l'examen minutieux de la trompe, centimètre par centimètre.

Devant un peu de sang dans le Douglas, en l'absence de grossesse tubaire évidente il faudra faire un examen complet du pelvis à la recherche d'une grossesse située ailleurs (ovarienne ou péritonéale).

On arrive alors aux limites de l'examen :

en cas de coelioscopie ultra-précoce, il peut arriver qu'une G.E.U. très jeune ne puisse être mise en évidence.

Il peut arriver aussi que par l'existence d'adhérences une trompe ne soit pas vue sur toute sa longueur : la laparotomie exploratrice s'impose alors.

A l'opposé, un kyste lutéal ou un follicule rompu hémorragique peuvent nécessiter également une laparotomie pour deux raisons :

l'impossibilité d'exclure avec certitude une grossesse ovarienne ou devant l'importance du saignement.

En conclusion : la coelioscopie est un examen rapide, peu dangereux et permettant en matière de grossesse-extra-utérine de faire un diagnostic exact et précoce.

Mais, il faut reconnaître aussi qu'il existe encore des centres démunis de cette ressource ; que cet examen présente des contre-indications aux quelles il faut savoir réserver d'autres examens complémentaires.

.../...

VIII - Traitement :

Traitement des grossesses tubaires :

Le traitement de la grossesse-extra-utérine est toujours chirurgical.

Cette intervention chirurgicale doit être faite en urgence, d'une part pour sauver la vie de la mère en cas de rupture et d'autre part pour préserver son avenir obstétrical en cas de grossesse non rompue.

C'est pourquoi on doit tout mettre en oeuvre pour poser le diagnostic le plus précocement possible et envisager une chirurgie restauratrice.

Les résultats obtenus avec l'utilisation de la chirurgie conservatrice ont prouvé qu'il n'est plus nécessaire de faire une chirurgie radicale en cas de grossesse ampullaire non rompue ou fissurée de façon très minime. La voie d'abord la plus utilisée est la laparotomie médiane sous-ombilicale. Elle permet une bonne visualisation des lésions.

On peut ainsi prendre une attitude personnelle suivant le type de lésion devant lequel on se trouve.

Dans certains cas une incision de Pfannestiel est faite dans un but esthétique.

A- La chirurgie mutilante : elle a longtemps été pratiquée.

La chirurgie mutilante ne doit plus avoir cours de nos jours :

a°) L'hystérectomie : elle a été justifiée par certains auteurs par crainte de voir survenir une deuxième grossesse extra-utérine ; pour d'autres elles seraient nécessaire si l'utérus est fibromateux.

En fait par l'importance de ses conséquences chez une femme en pleine activité génitale elle doit être écartée de l'arsenal thérapeutique de la G.E.U.

Elle ne se justifie que s'il y a un cancer des organes génitaux associé à la G.E.U.

b°) La salpingectomie totale : qui consiste à procéder à l'ablation de la trompe et à pratiquer une résection cunéiforme au niveau de la corne utérine dans le but d'éviter une récurrence, doit elle aussi être envisagée avec discernement.

c°) Les salpingectomies partielles : dans ce cadre on peut faire trois types d'intervention

- une salpingectomie partielle externe avec ligature de l'extrémité tubaire
- une salpingectomie partielle interne avec évidement de la corne utérine qui est fermé au catgut. L'extrémité interne de la trompe restante sera liée et péritonisée à l'aide du ligament rond.

- une résection tubaire limitée entre deux ligatures ; cette technique se fait en cas de grossesse néo-tubaire.

B- La chirurgie conservatrice : l'idée de conserver la trompe n'est pas nouvelle.

En effet, depuis 1889 OTT a pratiqué la première énucléation de l'oeuf.

PROCHOWNICK en 1894 pratiqua la première salpingectomie.

Depuis l'apparition et le développement de la chirurgie de la stérilité, la chirurgie conservatrice s'est vue de plus en plus perfectionnée.

.../...

Elle comporte cependant deux risques :

- risque d'oblitération de la trompe
- la récidive

1°) Les hématoécèles suppurées : elles doivent être ouvertes par colpotomie.

Il s'agit là d'une intervention comportant beaucoup d'inconvénients :

- le risque principal est l'hémorragie que l'on ne pourra pas contrôler.

Une hémorragie secondaire va entraîner les jours suivants une infection ascendante.

- cette colpotomie laisse toujours en place un hématosalpinx résiduel dont la résorption est lente et provoquant des douleurs pelviennes.

2°) Les interventions conservatrices avec réparation immédiate :

a- Expression digitale simple de l'oeuf :

Il s'agit d'une évacuation tubo-abdominale en vue d'achever l'avortement tubaire.

Elle intéresse les grossesses pavillonnaires et ampullaires externes.

Il faut que les parois soient indemnes pour que cette méthode puisse être réalisée.

Il faut s'assurer que l'oeuf a été complètement évacué, qu'il n'y a pas d'obstacle, en faisant passer un fin cathéter.

On peut souvent faire un curetage de la trompe avec un instrument très fin et moussé.

b- La césarienne tubaire :

Dans ce cas on fait une salpingectomie longitudinale avec énucléation de l'oeuf.

Si la trompe est intacte, on fait une incision linéaire à son bord supérieur, par contre si la paroi est déjà fissurée, on agrandit alors la brèche ; on extrait l'oeuf et on évacue les caillots sanguins avec tous les débris ovulaires soit avec une compresse, soit par rinçage au sérum physiologique.

L'hémostase doit être parfaite. Si nécessaire il faut pratiquer une régularisation des bords et une suture au fil résorbable ou non en un plan extra-muqueux.

Ces deux premières méthodes permettent de garder la totalité de la trompe.

c- La salpingostomie ou césarienne tubaire : elle consiste à inciser le fait de la trompe, longitudinalement sur 10 à 30 mm, soit au bistouri, soit à la micropointe monopolaire, l'oeuf est accouché par pressions douces.

Les derniers débris et caillots sont éliminés par lavage et micro-aspiration.

Après l'hémostase des berges de l'incision, on se rend compte que le lit d'implantation est généralement peu hémorragique. Dans les cas où il y a persistance d'un saignement en nappe la compression entre deux doigts peut régler le problème, sinon la ligature de l'arcade sous-tubaire de part et d'autre de la zone d'implantation en viendra à bout.

Un cathétérisme permette de vérifier la perméabilité en amont et en aval.

Il est préférable lors de l'incision de déborder légèrement sur la portion proximale en aval de l'oeuf ce qui permet parfois la découverte de l'obstacle (justifiant alors une résection avec anastomose termino-terminale).

.../...

Deux possibilités s'offrent alors :

- la suture de l'incision aux fils résorbables polyglycoliques 6/0 à 8/0 (qui ont supplanté le catgut 4/0 beaucoup plus gros) par points séparés extra-muqueux en un plan. Et pour certains, en deux plans avec un surjet séreux complémentaire.

- l'incision peut rester ouverte. Cette technique a été proposée par TOMPKINS en 1956.

d- Implantation ampullo-utérine :

Cette technique est utilisée dans les grossesses de siège interne.

Il s'agit de sectionner au-delà de la zone gravide, extirper la portion interne de la trompe et sa partie intra-murale en créant un tunnel de petit diamètre.

Ce tunnel doit aller de la corne utérine jusqu'à l'intérieur de la cavité endométriale.

Puis l'extrémité interne de la trompe restante est fendue légèrement sur son bord supérieur pour pouvoir créer deux lambeaux triangulaires.

Dans chaque lambeau on fait passer un fil et on noue.

Les extrémités de ces fils serviront de tracteur pour amener l'extrémité tubaire à l'intérieur de la cavité utérine.

Chaque fil est passé à l'aide d'une aiguille de Reverdin passé de la cavité endométriale vers la surface utérine : deux points au niveau de la face postérieure, deux autres au niveau de la face antérieure, à peu de distance l'un de l'autre sur chaque face.

Enfin les fils sont noués deux à deux : sur chacune des faces de l'utérus pour maintenir le segment tubaire à l'intérieure de la cavité utérine.

Cette intervention donne d'excellents résultats.

e- L'anastomose bout à bout des deux segments tubaires :

Elle est appliquée dans les grossesses de siège moyen.

La suture se fait au nylon 0000. Le problème dans cette technique est l'adaptation des deux segments, quand on doit suturer une zone isthmique à une zone ampullaire beaucoup plus large.

Deux choses sont possibles :

- Soit on incise le segment isthmique sur une longueur égale au diamètre de l'orifice ampullaire et on pratique une suture ampullo-isthmique ou termino-latérale.

- soit on réalise une implantation isthmo-ampullaire en faisant pénétrer le segment de calibre inférieur isthmique dans le segment de calibre supérieur ampullaire.

Cette technique a été décrite par J. HENRY. Elle a obtenu d'excellents résultats avec cette méthode.

f) La méthode de SWOLIN :

Là on fait une résection segmentaire de la trompe sans suture bout à bout des deux fragments restants de la trompe.

On fait quelques points sur le méso-salpinx pour rapprocher les deux extrémités tubaires.

La réparation est sensée se faire spontanément.

SWOLIN dans une série de 13 cas, a obtenu 7 cas de réparation spontanée. Le contrôle se fait par la radiographie ou la coelioscopie au bout de 6 ou 9 mois.

.../...

g- L'énucléation-excision avec anastomose termino-terminale sur fil de polyéthylène:

Il s'agit d'une chirurgie plastique restaurant d'emblée la continuité anatomique de la trompe.

Cette chirurgie suppose que les critères de STANGEL sont remplis.

Ces critères sont :

- . une grossesse située dans la région ampullaire à 1 cm au moins de l'isthme et non rompue.
- . l'âge de la patiente inférieur à 35 ans.
- . une patiente n'ayant pas plus d'un enfant vivant et désirant encore plusieurs grossesses.

Il faut l'informer du risque du procédé opératoire.

Avantage de cette technique :

On a une restitution de l'intégrité anatomique de la trompe dès la première intervention pour suspicion de grossesse-extra-utérine non rompue. Il n'y a pas de complications post-opératoires précoces ni tardives.

Précautions à prendre :

Il faut :

- . respecter les critères de STANGEL
- . prendre soin d'éviter tout traumatisme tubaire et assurer une bonne hémostase
- . utiliser un fil de polyéthylène.

Technique :

Elle consiste à exciser l'oeuf ectopique et à rétablir la continuité tubaire par anastomose termino-terminale sur fil de polyéthylène.

La séreuse tubaire recouvrant la grossesse ampullaire est incisée longitudinalement à l'opposé du méso-salpinx.

Puis on énuclée l'oeuf en ménageant la vascularisation du méso-salpinx.

Cette phase très délicate, demande beaucoup de patience.

Pendant les manipulations, éviter de saisir la trompe par les instruments.

Laisser reposer la trompe sur une compresse humide afin d'éviter tout traumatisme.

Une fois l'oeuf isolé des deux côtés jusqu'à la partie saine de la trompe, on sectionne la trompe et sa lumière apparaît bien visible.

Le saignement s'arrête spontanément ou sous l'effet d'un rinçage à la seringue par du serum physiologique tiède.

On clampé la partie basse de la cavité utérine par une pince de SHIRODKAR.

On injecte une solution bleue dans la cavité utérine.

Celle-ci visualise la lumière de la trompe sectionnée et permet ainsi de vérifier la perméabilité de la trompe contro-latérale.

Avant de faire l'anastomose et pour mieux soutenir celle-ci, un fil de polyéthylène est mis en place (diamètre du fil = 0,55 mm).

.../...

Ce fil est amené dans la cavité utérine, ou passé en cas de danger de fausse route à travers la paroi, à proximité de l'endroit de suture de l'anastomose.

Le fil sera fixé par deux points au ligament rond du côté opposé.

L'autre extrémité du fil est passée dans la lumière de segment tubaire périphérique, puis tirée à travers la paroi abdominale est fixée à la peau. Ce fil restera en place pendant trois semaines.

L'anastomose est réalisée par deux points musculaires de rapprochement complétés par quatre points séro-musculaires.

On peut aussi fermer la brèche séreuse par deux points séparés.

Pour éviter les adhérences au niveau du Douglas, il est préférable de faire une anté-fixation et des instillations intra-péritonéales de macrodex, les deux jours suivants l'intervention, par l'intermédiaire d'un drain Redon intrapéritonéal.

Toujours dans le souci d'offrir à la femme meilleures chances de fécondité, un traitement médical post-opératoire peut-être entrepris (DARGENT).

Ce traitement comporte deux volets : un traitement général et un traitement local.

Traitement général :

- . du jour de l'intervention à la reprise du transit :
 - corticoïdes : 40 mg par voie intra-veineuse, 1 ampoule matin et soir.
 - antibiotiques : voie intra-veineuse, 1 flacon matin et soir.
- . de la reprise du transit à la sortie :
 - corticoïde par voie orale
 - antibiotiques.
- . Pendant les trois semaines suivantes :
 - anti inflammatoires peros
 - antibiotiques

Traitement Local :

Hydrotubations : la première sera faite au dixième jour ; la deuxième à la troisième semaine lors du retrait du fil de polyéthylène.

Médicaments :

- corticoïdes peros
- antibiotiques : le chloramphénicol de préférence dosé à 500 mg.

On fera 1 flacon le quatrième et le septième jour de l'intervention ; 1 flacon au début de chaque cycle menstruel pendant 3 mois.

JANECEK dans sa série de 6 cas opérés et suivis de cette manière, a obtenu trois grossesses intra-utérines normales de 16,22 et 33 semaines.

Après trois mois, l'hystérosalpingographie de contrôle a montré un passage et un brassage bilatéral du produit de contraste.

Ces différentes techniques conservatrices ont nettement amélioré le pronostic obstétrical des opérés de grossesse -extra-utérine.

.../...

C°) La méthode chinoise :

Il semblerait que certaines plantes chinoises traitent efficacement la grossesse extra-utérine sans intervention.

Ce traitement laisse en place les trompes avec possibilité de grossesses normales ultérieures. Cette thérapeutique vise à tuer l'oeuf et à assurer sa résorption.

L'hospitalisation dure 50 à 90 jours. La résorption complète de l'hématome et du fœtus est obtenue après 45 à 70 jours.

La mortalité maternelle est faible : 2 cas sur 800 traités.

La fécondité ultérieure est remarquable et la récurrence est peu élevée.

En effet sur 600 cas traités selon cette méthode, il y a eu 13 récurrences dont 7 dans la même trompe, et 2 des deux côtés chez une même femme qui cependant a développé une grossesse intra-utérine normale ultérieurement.

Il existe cependant quelques cas où l'indication opératoire s'impose.

Les différentes indications chirurgicales sont :

- . l'âge trop avancé de la grossesse-extra-utérine
- . la persistance d'une tension artérielle très basse
- . une hémorragie interne récidivante
- . une G.E.U. associée à une tumeur
- . les adhérences intestinales
- . l'intolérance des médicaments
- . une demande de stérilisation

II) Traitement de la grossesse abdominale :

L'expulsion du fœtus par les voies naturelles étant par définition impossible en cas de grossesse abdominale, le traitement chirurgical demeure une règle sans exception.

C'est une intervention délicate à cause de risque hémorragique en pré, per et post-opératoire et aussi à cause des multiples adhérences contractées avec les organes abdominaux pelviens.

Les complications de suite de couches sont : l'infection, l'occlusion ou la fistulisation.

La date de l'intervention, une fois le diagnostic posé, va sensiblement varier, suivant que l'enfant est vivant ou mort.

a- Enfant vivant : les avis sont partagés

- certains auteurs pensent qu'il vaut mieux intervenir immédiatement sans tenir compte de l'enfant. Il faut chercher surtout à sauver la mère car l'enfant n'est pas toujours viable et présente des malformations congénitales graves dans la plupart des cas.

Selon LACOMME :

" Les enfants nés de grossesses abdominales sont généralement fragiles et de valeur incertaine ".

Ailleurs l'on distingue deux situations justiciables de deux attitudes différentes :

.../...

1°- Enfant non encore viable :

Pour DEVRAIGNE et FORGUE, seule la mère entre en ligne de compte, d'où la nécessité d'intervenir en urgence pour lui éviter les complications.

Et FORGUE de préciser : " le foetus meurt souvent avant le 7^e mois, est débile ou atteint de malformation s'il survit".

FAURE quant à lui estime que l'attente de la viabilité du foetus doit être de règle, la valeur du foetus ne pouvant être jugée à la lumière de statistiques quelconques.

2°- Enfant viable :

Le foetus ayant franchi le seuil critique de la 35^e semaine, les auteurs semblent unanimes à décider son extraction.

- Il existe une troisième tendance : elle est pour " l'expectative armée" c'est à dire surveiller la femme.

Pour cela faire hospitaliser la patiente dans un centre de réanimation, faire une surveillance obstétricale, chirurgicale et radiologique pour le dépistage des éventuelles malformations congénitales graves.

Ainsi aux environs de la 36^e - 38^e semaines on pratique l'intervention avec toutes les chances d'avoir un enfant mature.

Ou bien on intervient dès que commence le "faux travail" pour pouvoir sauver l'enfant.

3°- Enfant mort :

AHYI AKPE comme MINGALON sont d'avis de différer l'intervention dans l'espoir de voir diminuer la vascularisation placentaire, évitant ainsi des risques d'hémorragie cataclysmique, principale cause de mort maternelle. Il est préférable en ce moment d'attendre 6 à 8 semaines pour permettre la regression de la vascularisation et l'involution du placenta ; ce qui facilite beaucoup l'acte chirurgical.

Surveiller quand même la femme pendant cette période afin de pouvoir détecter à temps une éventuelle intolérabilité du foetus en retention.

Technique opératoire :

Ces femmes ont souvent besoin d'une intense réanimation, car anémiées et en état d'hypoprotidémie.

La voie d'abord est la laparotomie médiane sous-ombilicale parfois sus et sous-ombilicale. Après ouverture, il faut repérer le sac foetal et les organes avec lesquels il contracte des adhérences ; ensuite extraire le foetus et le sac également si nécessaire.

Dans certains cas, l'extraction est laborieuse à cause de multiples adhérences ; alors procéder à la sortie de l'enfant par ouverture du sac en un lieu peu vascularisé.

On lie et on sectionne le cordon le plus près possible du placenta ; puis on procède à l'ablation de ce placenta.

L'intervention idéale est l'ablation totale du placenta et la fermeture de la paroi abdominale sans drainage ; dans ce cas les suites opératoires sont simples.

VIGNARD préconise l'abandon des annexes in situ et suture de la paroi sans drainage.

.../...

Cette technique est utilisée chaque fois que l'insertion du placenta est diffuse et intéresse des organes très vascularisés.

Le placenta se résorbe spontanément en un mois.

C'est une technique adoptée par beaucoup de chirurgiens mais qui est susceptible de se compliquer secondairement soit d'une hémorragie, soit d'une infection, soit d'une occlusion sur bride ; toutes conduisant à une nouvelle réintervention.

C'est pourquoi RENAUD propose de faire toujours une fermeture avec drainage.

Certains auteurs, pour activer la résorption placentaire, utilisent du méthotrexate (10 mg) pendant sept jours.

C'est une thérapeutique toxique réservée aux insertions placentaires dangereuses.

La marsupialisation :

Elle consiste en la suture des parois du sac ovulaire aux bords de l'incision abdominale pour permettre l'élimination secondaire du placenta. Cette technique a été abandonnée à cause du risque hémorragique, de la sur infection et de la persistance d'une éventration post-opératoire.

III) Traitement de la grossesse ovarienne :

Le traitement doit-être conservateur, c'est à dire faire une ovariectomie partielle pour pouvoir ménager l'avenir hormonal de la femme.

En cas de grossesse à âge avancé , faire une ovariectomie totale.

Conclusion : il faut souligner que selon le siège et l'âge de la grossesse la technique varie.

Le traitement des G.E.U. doit-être guidé par l'avenir gynécologique et obstétricale de la malade.

L'intervention doit-être la moins mutilante que possible et le pronostic maternel passe avant le pronostic foetal./.

 T U D E  E  O S  O B S E R V A T I O N S

I- L'âge : les femmes de nos régions se marient souvent très jeunes, et comme l'a souligné Melle Bambi BA (Thèse de Bamako 1982), près de 90 % des jeunes filles se marient aux environs de 15 ans en milieu rural.

De même ADANLEITE (Thèse de Dakar 1977) souligne que 50 % environ des jeunes filles sont mariées avant l'âge de 19 ans.

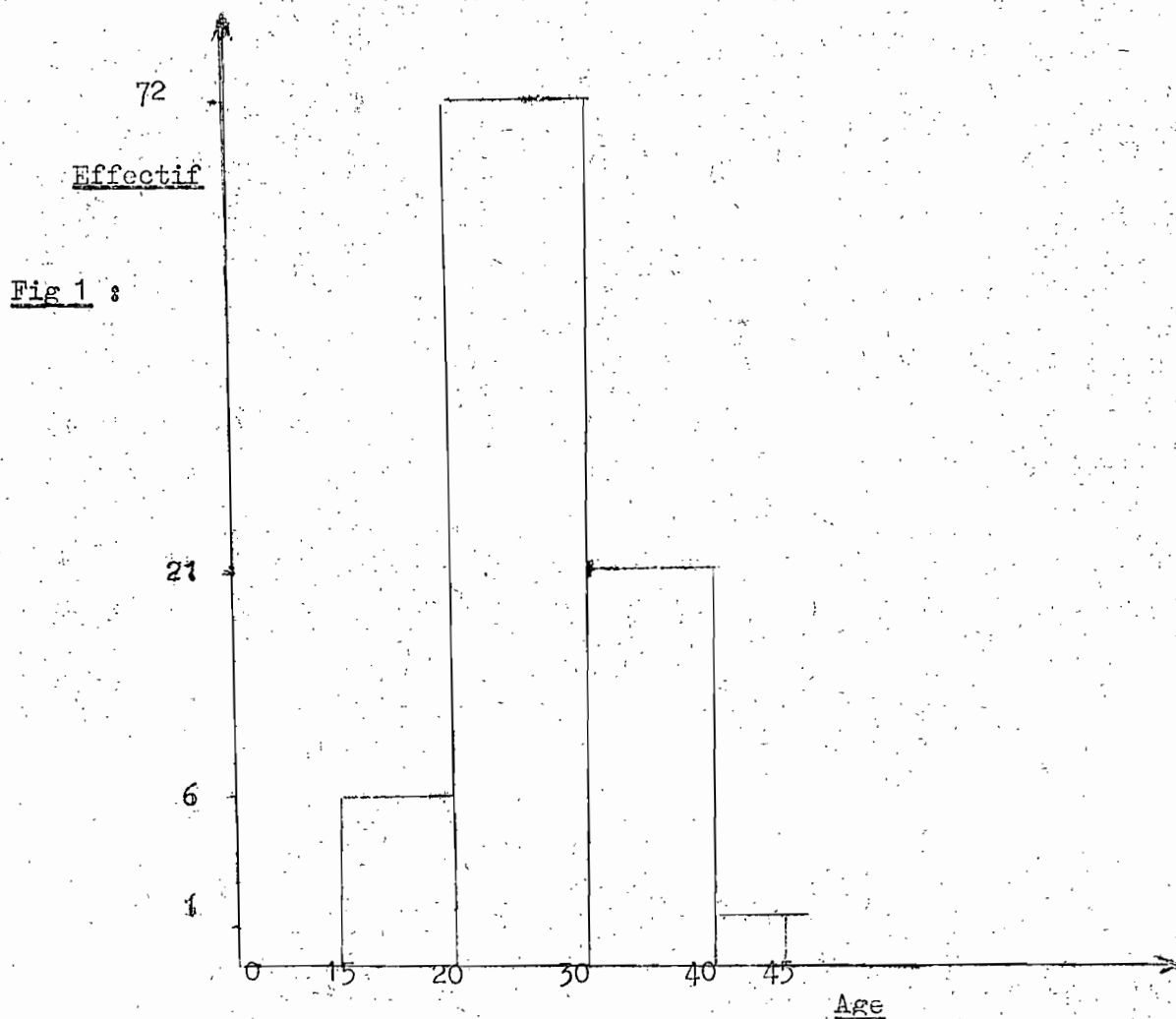
Dans notre série de grossesse extra-utérine, l'âge de nos malades oscille entre 15 et 45 ans avec un maximum dans la tranche 20 à 30 ans.

L'âge le plus bas se situe à 15 ans, par contre le plus élevé à 45 ans dans notre série.

Comme le souligne le tableau de correspondance entre l'âge et le nombre de cas, que voici :

Tableau 1 :

- entre 15 - 20 ans : 6 cas
- entre 20 - 30 ans : 72 cas
- entre 30 - 40 ans : 21 cas
- entre 40 - 45 ans : 1 cas



Fréquence des G.E.U. par tranche d'âge

Il apparaît nettement sur notre histogramme que le maximum de grossesse extra-utérine se trouve dans l'intervalle 20 à 30 ans.

Il ressort donc de notre étude que la G.E.U. frappe la femme malienne jeune avant la 3ème décennie.

Pour LE-LORIER et FABRE (4) la G.E.U. n'est pas influencée par l'âge, mais survient très fréquemment à la période de fécondité maximale.

II) Facteurs ethniques et socio-économiques

Bien que l'on retrouve une majorité de femmes bambara dans notre série il ne semble pas que l'ethnie est une incidence particulière sur la survenue d'une grossesse extra-utérine.

- les bambara constituent l'ethnie la plus importante numériquement : 54 %

- Bamako est situé en zone géographique bambara.

- Bamako : la capitale, donc point de rencontre de toutes les ethnies ; ceci explique la présence des ethnies autres que les bambara.

Parmi celles-ci nous avons :

Tableau 2 :

Peulh = 14 %

Malinké = 13 %

Sarakolé = 6 %

Somono = 3 %

Maure = 2 %

Bozo = 2 %

Kado = 2 %

Sénoufo = 2 %

Sonrhaf = 1 %

Ouolof = 1 %

III) Provenance : il ressort de notre étude que la grande majorité de nos G.E.U. provient de Bamako (tableau ci-dessous).

D'une part l'enquête est effectuée à Bamako, d'autre part étant donné le caractère souvent urgent des G.E.U. on est amené à traiter les malades sur place dans les services chirurgicaux régionaux.

Ces deux facteurs pourraient expliquer que la plupart de nos malades proviennent de Bamako et de ses alentours immédiats.

Tableau 3 :

Bamako : 74 Cas

Koulikoro : 8 cas

Kati : 3 cas

San : 2 cas

Bougouni : 2 cas

Ségou : 1 cas

Koutiala : 1 cas

Kayes : 1 cas

Tombouctou : 1 cas

Sélégué	: 1 cas
Nékéla	: 1 cas
Kanraba	: 1 cas
Naréna	: 1 cas
Yélimané	: 1 cas
Macina	: 1 cas
Niéna	: 1 cas

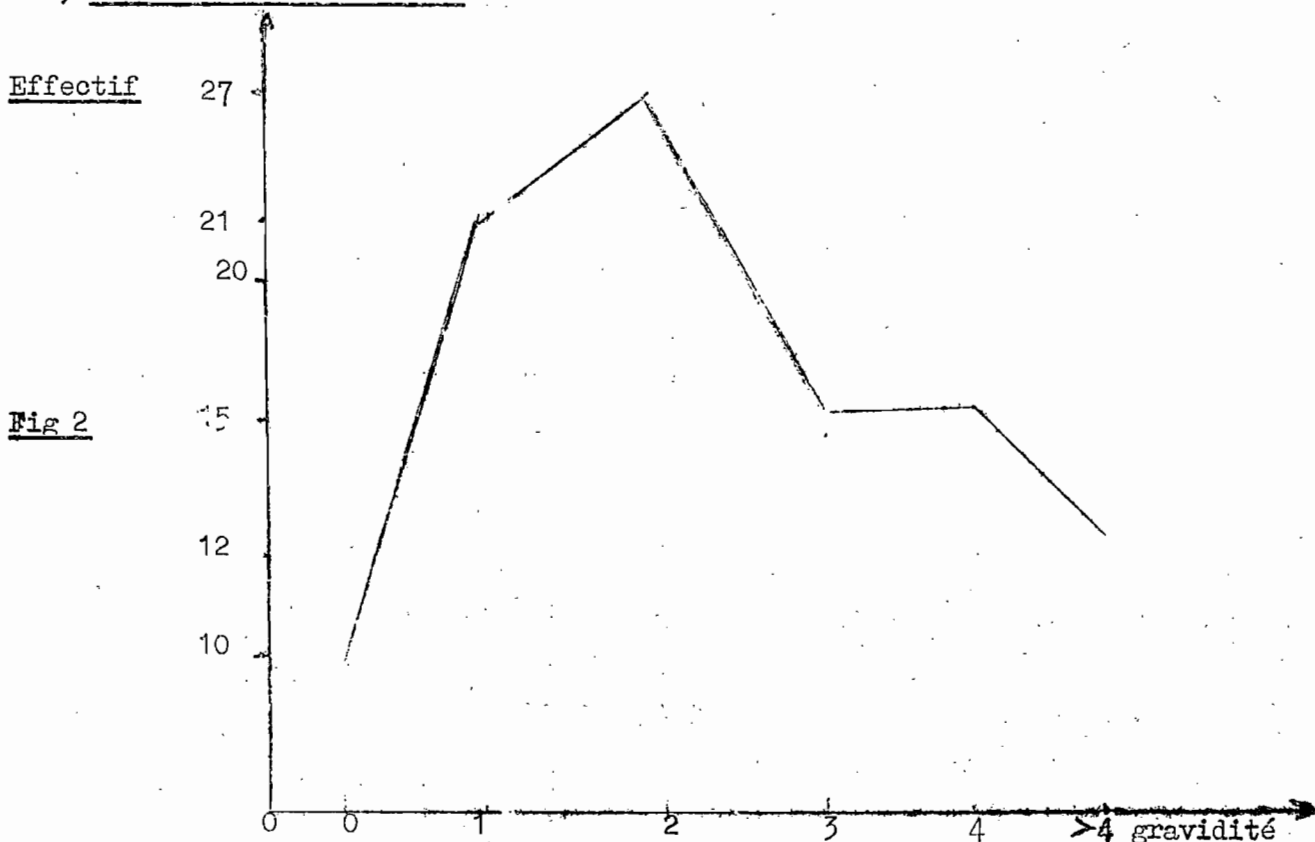
Il découle du tableau 3 que 85 de nos patientes proviennent des centres ayant une infrastructure médico chirurgicale ; à savoir :

Bamako ; San ; Kati ; Bougouni ; Ségou ; Kayes ; Tombouctou ; Sélégué ;

Par contre les 15 autres proviennent de zones rurales ; à savoir :

Nékéla ; Koutiala ; Naréna ; Yélimané ; Macina ; Niéna ; Koulikoro.

IV) Antécédents Ostétricaux



Fréquence des G.E.U. en fonction du nombre des grossesses antérieures

Selon la fig 2 :

- 27 p.100 des G.E.U. sont survenues à la deuxième grossesse

- 15 p.100 sont survenues à la troisième et quatrième grossesse

Il ressort donc de la fig 2 que la G.E.U. survient plus fréquemment chez la femme malienne avant la troisième grossesse.

Les femmes dont la G.E.U. n'était pas la première grossesse 90 p.100 présentent dans leurs antécédents une ou plusieurs fausses couches, spontanées ou provoquées.

Les patientes qui n'ont fait qu'une seule fausse couche font plus fréquemment de G.E.U. (15 p.100) que celles qui ont fait plusieurs (6 p.100).

Dans notre étude nous avons noté 30 cas de fausses couches dont 27 avortements spontanés et 3 avortements provoqués.

L'étude des antécédents obstétricaux (accouchements et avortements) semble donc montrer que moins une femme a d'enfants ou de fausses couches, plus elle a des risques de faire une G.E.U.

Les stérilités sont également retrouvées dans les antécédents obstétricaux de nos patientes. Elles représentent 2 p.100 dont 19 p.100 de stérilité II, 2 p.100 de stérilité I.

L'étude des stérilités semble également nous montrer dans notre série qu'une femme a beaucoup plus de risques de faire une G.E.U. qu'elle présente une stérilité II antérieure.

V) Antécédents gynécologiques : notons :

- la grande fréquence des avortements : 30 % comprenant :
 - . avortement spontané : 27 %
 - . avortement provoqué : 3 %
- le port de stérilet : 1 %
- la prise de contraception orale (pilule) : 4 %
- la fréquence de G.E.U. antérieure : 7 %

- la grande fréquence des infections gynécologiques : 95 %

Seulement 5 % de nos patientes se disent ne présenter aucune infection gynécologique.

Grace à un interrogatoire minutieux, nous avons pu reconnaître dans notre série que

85 % de nos patientes étaient suivies par leurs médecins traitants, certaines

ordonnances et analyses bactériologiques faisant foi nous a permis de diviser ces

infections en :

- infections annexielles
- vaginites
- infections utérines

Enfin l'examen clinique préopératoire a révélé certaines formes nettes d'exocervicite.

a) Infections annexielles

1) salpingite : 19 %

- annexite : 5 %

b) Les vaginites

1°) vaginite à staphylocoque doré : 10 %

2°) vaginite à gonocoque : 5 %

3°) vaginite à candida albicans : 16 %

4°) vaginite à candida albicans et à trichomonas vaginalis : 10 %

5°) vaginite à candida albicans + cystite : 3 %

6°) vaginite à candida albicans + exocervicite : 5 %

7°) vaginite à colibacille + cystite : 2 %

8°) vaginite banale non spécifique : 5 %

- Exocervicite : 5 %

Par contre, 10 % de nos patientes ont subi un traitement traditionnel avant de se faire consulter.

En conclusion : les infections gynécologiques, les avortements et les G.E.U. antérieures sont les facteurs les plus importants de survenue de G.E.U. dans notre série.

De même parmi ces trois facteurs l'infection gynécologique domine et semble retenir notre attention dans la survenue de grossesse extra-utérine.

VI) Etude des premières manifestations cliniques :

A-) Les circonstances du diagnostic de G.E.U. en rapport avec les manifestations cliniques:

Elles surviennent à la suite d'un effort, parfois sans cause apparente et souvent après une vive émotion. Dans notre étude on peut remarquer :

a- A l'effort : il occupe 39 % des circonstances de découverte d'une G.E.U. latente.

- A la marche : 22 cas
- pendant le coït : 8 cas
- au cours d'un voyage en voiture : 2 cas
- pendant le puisement d'eau : 1 cas
- debout et entraîné de laver le mil : 1 cas
- au cours des travaux champêtres : 2 cas
- au cours de la prière : 1 cas
- pendant la toilette : 2 cas

La grande fréquence à la marche 22 % semble dominer les manifestations de survenue d'une G.E.U.

b- Sans cause apparente : dans notre série elle occupe 60 % de pouvoir révéler une G.E.U. latente.

- la grande fréquence en position assise : 31 %
- debout : 3 %
- au cours du sommeil..... : 19 %
- au lit après un sommeil nocturne : 4 %
- au repos dans le lit : 3 %

c- A la suite d'une émotion : 1 %

Nous avons noté les manifestations d'une G.E.U. latente chez une patiente lors de l'annonce de décès d'un proche.

En dehors de ces différentes manifestations l'examen clinique de nos patientes a révélé :

- Chez 86 % de nos patientes on retrouve la notion de douleur pelvienne comme premier symptôme.
- Par contre chez 13 % de cas nous retrouvons la métrorragie comme premier symptôme.
- Dans 1 % des cas, douleur et métrorragie sont confondues comme premier symptôme.

.../...

d- La douleur est parfois associée à une métrorragie abondante ou peu abondante :

- douleur associée à une métrorragie abondante = 26 cas
- douleur associée à une métrorragie peu abondante = 42 cas
- douleur + hémorragie interne = 32 cas

En conclusion : douleurs et métrorragies sont les signes les plus constants.

e- La douleur et ses principales manifestations :

- douleurs pelviennes isolées..... : 13 cas
- douleurs abdominales généralisées..... : 29 cas
- douleurs pelviennes à irradiation lombaire..... : 7 cas
- douleurs pelviennes à irradiation uro-génitale..... : 12 cas
- douleurs hypogastriques à irradiation épigastrique et scapulaire..... : 14 cas
- douleur de la fosse iliaque gauche (F.I.G.) à irradiation basse..... : 6 cas
- douleur de la F.I.G. à irradiation épigastrique..... : 2 cas
- douleur de la fosse iliaque droite (F.I.D.) à irradiation basse..... : 10 cas
- douleur de la F.I.D. à irradiation scapulaire..... : 1 cas
- douleur thoracique à irradiation pelvienne..... : 3 cas

f- Phénomènes exacerbant les douleurs

- Les mouvements :

- 1°) A la marche : 22 cas
- 2°) en voiture : 2 cas
- 3°) le coït : 3 cas

- Le toucher vaginal : 98 % des cas

g- Les métrorragies :

- La grande fréquence des métrorragies, spontanées et provoquées : 76 %

- 1°) Spontanées = 45 cas
- 2°) Provoquées = 28 cas, dont :

- A la marche = 13 cas
- le coït = 5 cas
- A la défécation = 2 cas
- A la miction = 8 cas

h- Résultat du toucher vaginal (T.V.)

Le toucher vaginal combiné au palper abdominal retrouve :

- une masse annexielle dans 42 cas
- un bombement du Douglas dans 25 cas
- une douleur évoquant le "oris du Douglas" dans 98 % des cas.

i- Autres examens pratiqués :

1°) La ponction du Douglas : c'est l'examen le plus souvent pratiqué.

Elle est facile, réalisable avec peu de matériel non compliqué et pose le diagnostic d'hémopéritoire avec objectivité.

.../...

Elle a aidé à orienter nos diagnostics de G.E.U. dans 98 % des cas.

2°) La numération formule sanguine : elle a révélé une anémie dans 75 % des cas.

3°) La radiographie de l'abdomen sans préparation :

Elle a été d'un apport considérable pour le diagnostic de nos grossesses abdominales. La radiographie de l'abdomen sans préparation effectuée sur 2 de nos grossesses abdominales montre :

a- Grossesse abdominale avec enfant vivant : le cliché de face montre un squelette foetal d'aspect normal en position transversale.

b- Grossesse abdominale avec enfant mort : la cliché de face montre un squelette foetal en position transversale, déjeté dans l'hypocondre gauche avec chevauchement des os du crâne

B°) La grossesse extra-utérine et amenorrhée récente :

Dans notre série nous avons noté chez 92 patientes la notion d'aménorrhée.

Il n'a pas été possible de préciser la date d'apparition récente de la période aménorrhée chez 8 patientes à cause de l'irrégularité du cycle.

Chez les 92 patientes cette aménorrhée se manifeste de la façon suivante :

. 0 - 2 mois	= 64 cas
. 2 - 4 mois	= 26 cas
> 6 mois	= 2 cas

C°) Les signes sympathiques de grossesse de nos 100 cas

- nausée + vomissement	= 1 cas
- nausée + vertige	= 9 cas
- vomissement + vertige + syncope	= 5 cas
- nausée + vomissement + vertige	= 7 cas
- vomissement + vertige	= 22 cas
- nausée + vomissement + syncope	= 1 cas
- vomissement + syncope	= 1 cas
- tension artérielle	= 2 cas
- lipothymie	= 48 cas

Enfin il faut signaler l'importance des formes trompeuses :

1°) On note chez 11 patientes une dysurie associée à une hématurie, des douleurs pelviennes à irradiation uro-génitale ayant fait porter le diagnostic d'un syndrome néphrotique.

2°) Des douleurs pelviennes associées à une diarrhée dysentérique dans 5 % des cas après un repas abondant nous fait penser à une intoxication alimentaire.

3°) 2 formes fébriles ayant fait porter le diagnostic d'appendicite ou d'annexite.

D°) Principaux signes cliniques observés sur nos 100 cas de G.E.U.

- Douleur	= 100 cas
- Amenorrhée	= 92 cas
- Hémopéritoine	= 91 cas
- Métorragie	= 76 cas

- Anémie aiguë : 75 cas
- Lipothymie : 48 cas
- Masse annexielle : 42 cas
- Forme trompeuse : 18 cas
- Syncope : 15 cas
- Irrégularité du cycle : 8 cas
- Température : 2 cas

VIII) Problème du retard de diagnostic de nos G.E.U.

Il s'agit d'un retard d'admission à l'hôpital par rapport à la première manifestation de la grossesse extra-utérine.

Nous voulons montrer ici la grande résistance de nos patientes face à un tableau d'hémopéritoine franc consécutive à une G.E.U., depuis un certains temps.

- Première manifestation depuis plus de 10 jours : 45 cas
- 1 patiente devait attendre 1 jour dans le service de gynéco-obstétrique avant la confirmation du diagnostic d'hémopéritoine.
- Du 1er au 2ème jour 30 patientes toutes reçues dans le service de gynécologie ont été opérées le jour de leur arrivée.
- Du 3ème au 10ème jour de leurs séjours hospitalisés dans le service de gynécologie sur 28 patientes 23 devaient subir une intervention dès leur arrivée.

Nature de l'intervention

a- Voie d'abord :

- laparotomie médiane sous-ombilicale : 86 cas
- laparotomie médiane sus-sous-ombilicale = 2 cas
- Pfannestiel = 12 cas

b- Siège de la grossesse :

- grossesse extra-utérine ampullaire = 42 cas
- grossesse extra-utérine isthmique = 33 cas
- grossesse extra-utérine infundibulaire = 14 cas
- grossesse extra-utérine interstitielle = 2 cas
- grossesse extra-utérine ampullo-infundibulaire = 3 cas
- grossesse extra-utérine ampullo-isthmique = 2 cas
- grossesse abdominale = 3 cas
- grossesse ovarienne = 1 cas

c- Côté intéressé :

- G.E.U. droite = 57 cas
- G.E.U. gauche = 42 cas
- G.E.U. bilatérale = 1 cas

d- Interventions pratiquées

- Salpingectomie totale = 76 cas
- Salpingectomie partielle = 3

- Salpingectomie bilatérale = 8 cas
- Annexeotomie droite = 8 cas
- Annexeotomie gauche = 2 cas

e- Interventions associées

1- Sur l'utérus :

- Salpingectomie totale + hystérectomie sub-totale = 1 cas
- salpingectomie totale + myomectomie = 1 cas
- salpingectomie totale + ligature de la trompe contro-latérale = 3 cas
- salpingectomie totale + curetage de la cavité utérine par la plaie de la résection cuneiforme de la corne utérine = 1 cas

2- Sur l'Ovaire :

- salpingectomie totale + kystectomie ovarienne contro-latérale = 7 cas
- salpingectomie totale + kystectomie ovarienne homolatérale = 4 cas
- salpingectomie partielle + kystectomie ovarienne homolatérale = 1 cas
- salpingectomie totale + ovariectomie = 4 cas

f- Autres organes :

- salpingectomie partielle + appendicectomie = 1 cas

g- Nos grossesses abdominales :

1- Interventions pratiquées :

- salpingectomie totale = 2 cas
- annexeotomie totale = 1 cas

2- Interventions associées

- salpingectomie totale + ligature de la trompe contro-latérale : 1 cas
- annexeotomie + débouchement de la trompe contro-latérale = 1 cas
- salpingectomie totale + extraction du placenta inséré sur les anses intestinales = 1 cas

IX) Anesthésie : l'anesthésie générale a été de règle.

75 % de nos patientes sont vues dans un tableau d'anémie aiguë.

Ce qui justifie des transfusions sanguines en pré, per et post-opératoire chez certaines de nos patientes.

1- Transfusion pré-opératoire : 2 cas

Toutes les 2 patientes ont reçu 500 ml de sang

2- Transfusion per-opératoire :

En cours d'intervention 25 patientes ont été transfusées

- 20 ont reçu 250 à 500 ml de sang
- 5 de 500 à 1000 ml

3- Transfusion post-opératoire : 39 cas

Parmi ces 39 patientes. :

- . 54 ont reçu 250 à 500 ml de sang
- . 4 patientes 500 à 1000 ml
- . 1 a bénéficiée de 1,5 l de sang.

4- Transfusion per et post-opératoire : 12 % des cas

Enfin, il convient de noter que 22 patientes n'ont bénéficié d'aucune transfusion

X- Nos grossesses abdominales :

Nous avons relevé dans notre série 3 grossesses abdominales :

- 2 grossesses abdominales secondaires à l'avortement tubaire
- 1 grossesse abdominale primaire.

Toutes nos grossesses abdominales sont survenues chez des femmes provenant du milieu rural et n'ayant effectué aucune consultation prénatale ou gynécologique.

Ce retard de consultation peut s'expliquer de plusieurs manières.

Pour Mansour " les femmes noires consultent moins facilement leur médecin que les femmes blanches ;celles-ci s'inquiètent du moindre trouble pouvant faire suspecter une G.E.U., ce qui aboutit à un traitement chirurgical précoce, alors que les G.E.U. à symptomatologie atténuée , peuvent passer inaperçues et restées donc sans traitement quand elles affectent des femmes noires".

C'est ainsi que nous pouvons constater à travers le tableau suivant :

EID.M à Dakar retrouve une grossesse abdominale pour 7,2 G.E.U.

RENAUD à Abidjan retrouve 1 grossesse abdominale pour 27 G.E.U.

LABRY (Amériques) retrouve 1 grossesse abdominale pour 31 G.E.U.

ARMSTRONG retrouve 1 grossesse abdominale pour 53 G.E.U.

MINGALON à Paris retrouve 1 grossesse abdominale pour 74,5 G.E.U.

Par contre en 1965, GILLET et Coll à travers leurs recherches aux Etats-Unis, ont trouvé des fréquences qui allaient de 1 cas pour 2.075 accouchements, CLARCK et GUY à 1 cas pour 15.000 accouchements.

A Paris MINGALON, en 1967, a trouvé 1 cas pour 11.725 accouchements (131).

Ce chiffre comparé à celui amené par CORREA P. et Coll (132) ; soit 1 cas pour 2583 accouchements tendrait plutôt à situer la disparité des fréquences sur le plan du niveau d'infrastructure médicale. Ce dernier point constituant un facteur étiopathogénique important.

Nos observations :

Nos trois observations sont regroupées ici en deux formes cliniques.

- les formes typiques ou habituelles :

- . 2 cas dont 1 avec enfant vivant (Obs.N°1)

- forme trompeuse

- . 1 cas évoquant un kyste de l'ovaire associé à une rétention de foetus in-utéro (Obs.N°3).

.../...

I- Les formes typiques : 2 cas.1- Observation n°1 :

Assa D..., Sarakolé âgée de 35 ans, Vépare, nous est adressée le 29-11-1983 à 9 heures au centre de santé de Tambakara (Yélimané) pour grossesse accompagnée de douleurs abdomino-pelviennes vives irradiant vers les lombes, l'épigastre et la base du thorax avec céphalées, vertiges, vomissements. Ces douleurs abdomino-pelviennes ont débuté dès le 2ème trimestre de la grossesse ; intermittente d'abord, puis continues s'accroissant pour devenir épigastriques et costales, accompagnées de céphalées, de vertiges et vomissements qui ont persisté jusqu'à présent avec des périodes de rémission.

Au 7ème mois de la grossesse apparaît une métrorragie peu abondante.

Les consultations prénatales n'ont pas été suivies.

- Dans ses antécédents, on note une infection gynécologique (leucorrhées + prurits vaginaux), après cinq accouchements normaux dont les deux derniers décédés en bas âge de cause infectueuse.

- A l'examen d'entrée, on note :

- un état général altéré, avec signe de déshydratation extra-cellulaire ;
- une apyrexie à 37 degrés.

• une masse abdominale dont l'axe est transversal : la palpation douce et profonde de cette masse nous permet d'apprécier les petits membres du fœtus à travers une peau superficielle

- présence des bruits du cœur fœtal

• au spéculum : un col petit, régulier, sain, déhiscent à l'orifice externe, légèrement dévié à droite et plaqué sous la symphyse pubienne par la masse abdominale qui ne permet pas la pénétration de la totalité du spéculum car bombant dans le cul-de-sac de Douglas

• au toucher vaginal : le col est dur, surmonté d'une petite masse arrondie, de consistance ferme, plaquée sous la symphyse évoquant un utérus de quatre mois environ. On ne sent pas de pôle fœtal.

Le doigtier ramène quelques pertes glairo-sanguinolentes.

Devant ces signes, la grossesse abdominale est suspectée.

- Compte-tenu du mauvais état général de la femme une réanimation pré-opératoire satisfaisante fut effectué.

L'intervention est décidée et effectuée le 14-12-1983 vers 3 heures du matin.

Protocole opératoire :

Laparotomie médiane sous sus-ombilicale pour grossesse abdominale.

A l'ouverture abdominale on tombe sur un fœtus de 7 mois vivant de sexe masculin baignant dans un liquide amniotique et rattaché à un placenta fixé au niveau du ligament large.

Le tout dans la cavité abdominale.

.../...

Extraction du foetus en position transversale avec malformation des membres inférieurs.

- Dans la région pelvienne, on note également l'adhérence de la trompe gauche sur la masse abdominale.

- Libération totale de la trompe suivie d'une salpingectomie totale gauche.

- Ligature de la trompe droite sur autorisation du mari.

- Toilette de la cavité abdominale ; antibiotiques in situ.

Fermeture de la paroi en trois plans.

2- Observation n°2 :

Kadia B., barbara âgée de 30 ans, Illégeste, Ile pare entre dans le service le 5-6-1984 pour grossesse avec dépassement du terme de quatre mois environ, avec douleurs abdomino-pelviennes, des métrorragies abondantes, des vomissements, des vertiges.

Dans ses antécédents on note une infection gynécologique (vaginite + annexite bilatérale), après un accouchement normal donnant un enfant vivant, elle subit deux avortements spontanés au courant de l'année 1981. Au bout de six mois, apparition de douleurs hypogastriques de caractère intermittent et, au cours du douzième mois survient une hémorragie génitale minime de sang rouge sans caillot accompagnée de douleurs vives ayant durée une journée.

Elle se décide alors à consulter au centre de santé de la gendarmerie de Bamako où elle resta pendant une semaine.

Après un traitement symptomatique l'hémorragie s'arrêta et les douleurs hypogastriques disparaissent. La patiente fut exécuté le 10ème jour de son hospitalisation. Un mois plus tard, correspondant au 13ème mois de grossesse, la femme s'inquiète de son état et se fait consulter dans notre clinique à l'H.G.T. où la grossesse abdominale fut suspectée.

L'examen à l'entrée révèle :

- un assez bon état général

- la présence d'une masse abdominale, souple mais sensible, dans laquelle on sent sous la peau des parties foetales qui se continuent dans la fosse iliaque gauche et sous le pubis par une masse dure, régulière, arrondie de la taille d'un gros pamplemousse qui, au toucher vaginal, plonge profondément dans le Douglas, refoulant en avant un col petit, long, peu ramolli, fermé, plaqué sous la symphyse, se continuant par une masse de consistance ferme du volume d'une orange, déviée légèrement à gauche, rapelant un utérus de trois mois environ.

Le doigtier ramène des pertes séro-sanguinolentes.

- les bruits du coeur foetal sont absents.

Devant ce tableau clinique, le diagnostic de grossesse abdominale avec enfant mort est posé et la malade est aussitôt mise en observation suivie du point de vue clinique et para clinique pendant une semaine.

un bon état général du malade avec toujours absence des bruits du coeur foetal.

.../...

- . un test de grossesse (U.C.G. urinaire) est positif
- . une radiographie de l'abdomen sans préparation visualise un squelette

foetal en position transversale avec chevauchement des os du crâne.

- une fois l'intervention décidée la femme prise de peur s'évada de notre service. Quelques temps après elle nous revienne pour douleurs hypogastriques intenses avec irradiation aux lombes, à l'épigastre, des céphalées, des vomissements suivies d'hémorragies génitales peu abondantes.

- l'intervention est décidée le 6-01-1985 vers 10 heures.

Protocole opératoire :

Laparotomie médiane sous et sus ombilicale.

A l'ouverture abdominale on trouve de nombreuses adhérences entre le péritoine pariétal et les annexes gauches. Après libération des adhérences on trouve un fœtus malformé calcifié (lithopédion) correspondant à l'âge de 6 mois et demi.

Le fœtus se trouve parmi les anses intestinales sans adhérences.

A l'exploration on découvre un placenta inséré à l'ovaire gauche, le tout formant une masse compacte mesurant environ 12 x 13 cms.

L'utérus est comme une grossesse de 3 mois. On retrouve un hydrosalpinx droit et l'ovaire droit intact. On libère le fœtus entre les anses intestinales et on pratique une annexectomie gauche suivie d'un débouchement de la trompe droite. Toilette abdominale. Antibiotique in situ. Fermeture de la paroi en trois plans.

II) La forme trompeuse :

Observation n°3

Fatoumata K., Malinké, IIIe pare âgé de 24 ans est admise dans notre service le 8-10-84 vers 12 heures pour douleur hypogastrique brutale avec irradiation à tout l'abdomen, la région épigastrique, sous claviculaire gauche, des vomissements et des vertiges. Une métrorragie de faible quantité d'aspect noir, des frissons et des sueurs froides. A l'entrée on note :

- un état général peu altéré
- un météorisme abdominal accentué en position déclive
- à la palpation douce et profonde on découvre une masse à extrémité dure, mobile, plongeant dans la cavité pelvienne semblant être une tête foetale.

La mobilisation de cette masse provoque une douleur pelvienne. :

- les bruits du coeur foetal sont négatifs
- au toucher vaginal combiné au palper : un col court, dur, médian, surmonté d'une petite masse arrondie, de consistance ferme semblant être l'utérus. Dans le cul-de-sac de Douglas le toucher éveille une douleur et les doigts perçoivent une masse de consistance dure, régulière.

Devant ce tableau le diagnostic de kyste de l'ovaire est posé ou de G.E.U.

Ceci nous conduit aux examens para-cliniques suivants :

- une ponction du Douglas qui s'est avérée positive, le test UCG urinaire +
L'intervention est décidée le 8-10-1984 vers 13 heures.

Protocole opératoire :

Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture abdominale on trouve un utérus gros comme une grossesse de trois mois et demi, un foetus correspondant à l'âge de trois mois et demi non macéré se trouvant entre les anses intestinales.

Le placenta se trouve rattaché au niveau de la région sigmoïdienne posant ainsi le diagnostic de grossesse abdominale primaire.

Quelques caractéristiques du foetus :

- . taille..... = 17 cms
- . périmètre cranien.....=12,5cms
- . périmètre thoracique.....= 10 cms
- . longueur du cordon ombilicale..=15,5cms

A l'exploration on découvre un hématome retro-utérine entouré d'anses grêles et des adhérences à la paroi abdominale.

Après évacuation de l'hématome et libération difficile des adhérences on trouve le ligament large et la trompe gauche rompues.

La trompe droite est infiltrée, inflammatoire, et bouchée dans sa portion interstitielle. On pratique une salpingectomie bilatérale.

Toilette abdominale. Antibiotique in situ-Fermeture en trois plans.

Grossesse Ovarienne (à propos d'un cas)

Si l'existence de la grossesse ovarienne a très longtemps été contestée et si parmi les 250 cas publiés, un bon nombre est encore considéré comme faisant

«très probablement» partie de cette catégorie ; cela ne peut tenir qu'au fait que la preuve de la nidation au niveau de l'ovaire doit-être difficile à fournir .

" Ce propos de P.BURGER tenu en 1958 pose bien le problème" (107).

Dans notre étude nous vous proposons de rapporter un cas de grossesse ovarienne que nous avons observé dans notre service et de faire état des enseignements que nous avons tirés.

Mme Manou K., Malinké, âgée de 25 ans se présente à notre consultation le 27-1-1984 à 8 heures 30 pour des douleurs pelviennes intenses avec irradiation aux lombes et à la racine des cuisses.

L'interrogatoire fournit des enseignements suivants :

- IIe part avec stérilité II de 10 ans ayant une amenorrhée de deux mois et demi.

Il y a deux jours elle signale avoir eu des douleurs pelviennes d'apparition brutale irradiant à tout l'abdomen, des vomissements, des vertiges, plutard suivies de metrorragies intermittentes.

- A la palpation l'abdomen est souple, au niveau de la région sus-pubienne droite on perçoit une masse fixe, douloureuse de consistance ferme.

.../...

- le toucher vaginal est extrêmement douloureux. Le Douglas et le cul-de-sac droit sont comblés par une masse de consistance ferme, sensible.

Le "cri du Douglas" au T.V. nous fait penser à une G.E.U. ou à un kyste de l'ovaire.

- On pratique une ponction du Douglas qui devient positive.

L'intervention fut décidée le même jour 27-01-1984 vers 10 heures 30.

Protocole opératoire :

- laparotomie médiane sous-ombilicale.

- A l'exploration de la cavité abdominale on tombe sur un utérus d'aspect normal, la trompe gauche est intacte ; mais la trompe droite à un aspect légèrement inflammatoire, polykystique. On découvre une masse de grosseur d'une orange « soufflant » l'ovaire droit, le tout enclavé dans le petit bassin et entouré d'adhérences. Après libération des adhérences, la masse est facilement désenclavée et l'on pratique l'ablation en bloc de cette masse que nous pensions être « un kyste de l'ovaire » droit ainsi que la trompe correspondante.

Toilette abdominale. Antibiotique in situ-fermeture de la paroi plan par plan.

XI) Anapath : l'examen anatomopathologique a été pratiqué pour toutes nos malades. C'est ainsi que nous avons suivi les patientes au cours de leur séjour hospitalier et un soin particulier a été apporté au recueillement des pièces opératoires en vue de faire l'examen anapath. Nous avons étudié nos différentes pièces opératoires en fonction de leurs localisations.

A- Grossesses ampullaires : elles représentent 42 cas de nos G.E.U.

1- Aspect macroscopique : toutes ces pièces opératoires étaient de consistance molle.

- Nous avons noté un avortement tubaire dans 6 cas

- Une fissuration tubaire dans 36 cas

- A travers ces fissurations tubaires nous avons enregistré la présence des débris placentaires et d'un foetus.

Au total le diagnostic de G.E.U. était certain au point de vue macroscopique dans 36 cas sur 42 patientes.

2- Aspect histologique : l'examen histologique de nos pièces opératoires a révélé :

- la présence des villosités placentaires dans 12 cas

- la présence du tissu décidual dans 21 cas

- villosités placentaires + tissu décidual dans 5 cas

Les lésions associées à la G.E.U. ampillaire :

- G.E.U. tubaire + bilharziose..... 2 cas

- G.E.U. tubaire + endométrite ancienne..... 1 cas

- G.E.U. tubaire + concrétions calcaires..... 1 cas

.../...

B- Grossesses isthmiques : 33 cas

1- Aspect macroscopique :

- toutes ces pièces ont présenté un aspect congestionné, infarcié et fissuré.
- de consistance molle
- la présence des débris placentaires à travers la fissure tubaire dans 1 cas.

2- Aspect histologique :

- la présence de couche déciduale avec absence de trophoblaste dans 28 cas.

La grande fréquence de la couche déciduale est un élément de valeur quant à l'existence d'une G.E.U.

Les lésions associées : elles représentent :

- G.E.U. tubaire + bilharziose..... 3 cas
- G.E.U. tubaire + salpingite tuberculeuse..... 1 cas
- G.E.U. tubaire + pyosalpinx controlatérale..... 1 cas

C- Grossesses infundibulaires : 14 cas.

1- Aspect macroscopique :

- de consistance molle
- un aspect congestionné et fissuré est noté dans tous les cas
- 1 cas de rupture ovarienne associée
- des débris placentaires + foetus dans 1 cas

2- Aspect histologique :

- présence du tissu décidual et absence du trophoblaste dans 10 cas
- présence de villosités placentaires dans 4 cas.

D) Grossesses interstitielles : 2 cas

1°- Aspect macroscopique : on note

- 1 cas de rupture interstitielle se prolongeant sur le corps utérin
- 1 cas de rupture isolée avec éclatement de la trompe.

2°- Aspect histologique :

- dans un premier cas, le prélèvement effectué au niveau de la corne utérine indique une muqueuse décidualisée sans autre lésion.
- le 2e échantillon présente une paroi tubaire distendue par l'oedème, la présence d'une muqueuse décidualisée sans autre lésion spécifique.

E- Grossesses ampullo-infundibulaires : 4 cas

1°- Aspect macroscopique :

- présence de congestion tubaire et de débris placentaires avec expulsion d'un foetus d'environ 2 mois.

2°- Aspect histologique : les coupes examinées montrent :

- la présence de villosités placentaires dans 1 cas
- une muqueuse décidualisée dans 3 cas.

.../...

F - Grossesses ampullo-isthmiques : 2 cas

1°- Aspect macroscopique :

- de consistance molle

- les parois tubaires sont congestionnées et fissurées avec écoulement de sang noir.

2°- Aspect histologique : les coupes examinées montrent :

- G.E.U. + salpingites chroniques non spécifiques avec présence de muqueuse décidualisée.

G - Anapath de nos grossesses abdominales :

Les grossesses abdominales représentent 3 p. 100 de nos G.E.U.

Dans notre série nous distinguons :

. 2 grossesses abdominales secondaires à l'avortement tubaire

. 1 grossesse abdominale primaire

a- Les grossesses abdominales secondaires :

1°- Aspect macroscopique :

- Grossesse abdominale avec enfant vivant : on note :

. la présence d'un sac ovulaire mal limité avec un oligo-amnios

. le placenta inséré au niveau du ligament large

. un fœtus vivant d'environ 7 mois ; de sexe masculin présentant une malformation des membres inférieurs.

- Un fœtus pesant 2.000 grs environ.

- Grossesse abdominale avec enfant mort ; on note :

. la présence d'un sac ovulaire mal limité avec absence de liquide amniotique. Un sac ovulaire calcifié en état de lithokéliphos.

. un placenta inséré à l'ovaire gauche formant ainsi une masse compacte de dimensions 12 x 13 cms, de poids = 95 grs.

. un fœtus hypotrophique (en état de lithopédion) ; malformé

. un fœtus de 6 mois et demi (voir photos).

2°- Aspect histologique :

- Grossesse abdominale avec enfant vivant :

Les coupes examinées intéressent essentiellement la zone d'insertion du placenta au niveau du ligament large.

Cette zone essentiellement constituée de villosités placentaires dissociant les éléments du ligament large.

- Grossesse abdominale avec enfant mort :

. le parenchyme ovarien présente de nombreux corps blancs et remanié par une importante fibrose

. caillot de sang + parenchyme ovarien.

.../...

NB : les coupes examinées ne comportent aucun élément trophoblastique.

b- La grossesse abdominale primaire :

1°- Aspect macroscopique ; on note :

- . un placenta inséré au niveau de la région sigmoïdienne
- . un foetus de trois mois et demi entre les anses intestinales
- . ce foetus se présente de la façon suivante :
 - taille = 17 cms
 - périmètre crânien..... = 12,5 cms
 - périmètre thoracique..... = 10 cms
 - cordon ombilical..... = 15,5 cms
- . une rupture tubaire est également associée.

2°- Aspect histologique :

La paroi tubaire gauche est remaniée exclusivement par des phénomènes hémorragiques. Absence d'éléments trophoblastiques sur les coupes examinées.

H- La grossesse ovarienne :

1°- Aspect macroscopique :

Masse ovulaire grosse comme une orange à la surface de laquelle on reconnaît cependant en deux points un peu de tissus ovariens sains. A l'ouverture complète il s'écoule un liquide brun quelques caillots de sang et des débris placentaires probables. Nous n'avons pas trouvé de foetus à l'intérieur.

Nous avons pensé alors qu'il s'agit de toute évidence d'une grossesse développée au niveau de l'ovaire.

2°- Aspect microscopique :

Les coupes examinées montrent un stroma ovarien avec des follicules atrésiques, quelques plaques décidualisées mais sans éléments trophoblastiques.

Conclusion : au terme de cette étude nous avons noté 101 lésions de grossesses extra-utérines.

Le diagnostic macroscopique a été certain dans 81 cas

Les lésions associées ont été retrouvées dans 27 cas

Ces lésions sont les suivantes :

- . pyosalpinx..... = 3 cas
- . fibrome..... = 1 cas
- . kyste de l'ovaire..... = 16 cas
- . hydrosalpinx..... = 4 cas
- . apoplexie ovarienne..... = 2 cas
- . appendicite..... = 1 cas

C'est l'examen histologique qui a permis de confirmer le diagnostic dans la totalité de nos G.E.U.

Enfin, dans les commentaires nous allons essayé d'interpréter ces résultats par rapport aux travaux d'autres auteurs.

1°- Répartition des G.E.U. dans nos hôpitaux :

Notre étude porte sur 100 cas de grossesses extra-utérines hospitalisées dans les services de chirurgie de l'hôpital Gabriel Touré (H.G.T.) et de l'hôpital du Point-G. (H.Pt-G.) pendant la période allant du 22 Octobre 1983 au 22 Octobre 1984.

A l'hôpital Gabriel Touré nous avons relevé 92 G.E.U. ; contre 8 G.E.U. à l'hôpital du Point-G. au cours de la même année.

La conduite méthodologique de cette étude nous a permis de faire des observations ayant suscité en nous quelques réflexions ; notamment :

- la fréquence statistique de la G.E.U.
- l'âge
- la parité
- les antécédents gynécologiques
- les facteurs étiopathogéniques des G.E.U.
- les manifestations cliniques
- les examens para-cliniques
- le traitement
- les suites opératoires
- l'avenir obstétrical de nos femmes opérées de G.E.U.

Tout ceci nous conduit à considérer les grossesses extra-utérines comme un véritable problème de santé publique et à envisager les mesures prophylactiques en conséquence.

2°- La fréquence statistique :

La fréquence des G.E.U. observée dans le service de chirurgie A de l'hôpital du Point-G. est de 1,56 p.100 par rapport au nombre d'intervention pratiquée au cours de la même année.

Dans le même service la fréquence des G.E.U. par rapport au nombre d'intervention gynéco-obstétricale est de 6,36 p.100.

Par contre elle est de 22,22 p.100 par rapport au nombre de malades opérés en urgence au cours de la même année.

- Alors que dans le service de gynéco-obstétrique de l'A.Pt-G. la fréquence des G.E.U. s'élève à 14,7 % par rapport au nombre d'intervention survenue pendant la même période. Dans le même service de gynéco-obstétrique la fréquence des G.E.U. par rapport au nombre de malades opérées en urgence s'élève à 17,1 p.100.

Cette variation de fréquence entre les deux services s'explique de plusieurs manières :

- Dans le service de chirurgie générale les malades opérées de G.E.U. arrivent dans la plupart des cas dans un tableau d'hémopéritoine ; donc en urgence.

.../...

- De même au cours d'une consultation de chirurgie la découverte de G.E.U. est le plus souvent fortuite, car elle peut-être prise pour une appendicite, soit pour une pancréatite aiguë hémorragique (44) .

Alors que dans le service de gynéco-obstétrique les grossesses extra-utérines se rencontrent soit :

- au cours de consultations gynécologiques (cas le plus fréquent) ;

- les femmes consultent plus dans un service de gynéco-obstétrique que dans un service de chirurgie générale.

- Soit au cours des consultations prénatales la mise en évidence de certaine forme de grossesse abdominale (c'est le cas de l'obst.II que nous rapportons dans notre série).

Enfin, à l'H.G.T. la fréquence statistique de nos G.E.U. est la suivante.

- La fréquence des G.E.U. par rapport au nombre d'intervention gynéco-obstétricale est de 20,10 p.100 ;

- la fréquence de G.E.U. par rapport au nombre de malades opérés en urgence est de 69 p.100.

Cette augmentation de fréquence est due au fait que l'H.G.T. est d'accès facile et représente de ce fait l'hôpital des urgences à Bamako.

CHARBERT et BREEN donnent respectivement une fréquence de 1,35 et 1,15 p.100. Ces chiffres sont comparables à celui observé dans le service de chirurgie A de l'hôpital du Point-G.

L'incidence des grossesses tubaires a beaucoup évolué ces dernières années.

Elle varie de 1 pour 40 accouchements à 1 pour 300 accouchements selon les pays.

Dans la série de Melle BAMBI BAH elle est de 1 pour 100 accouchements (étude colligée en 10 ans).

- Au C.H.U. de Virgini : 1 pour 126 accouchements ; mais depuis 1975 l'incidence est de 1 pour 60 accouchements.

- BREEN J.L. retrouve une incidence de 1 pour 87 accouchements

- BLANCHET et Coll fixent l'incidence à 1 pour 83 accouchements

Dans notre série elle est de 1 pour 80 accouchements.

3°- L'âge :

Dans notre série l'âge de nos malades oscille entre 15-45 ans, avec un maximum dans l'intervalle 20-30 ans.

Pour PADONOU dans une série de 158 G.E.U. l'âge varie entre 17-45 ans avec un maximum dans la tranche d'âge 21-30 ans.

BREEN retrouve un pic entre 26-30 ans, l'âge variant entre 16-44 ans.

Pour le LORIER et FABRE la G.E.U. n'est pas influencée par l'âge mais survient très fréquemment à la période de fécondité maximale.

.../...

4°- La parité : l'étude de la parité va de paire avec l'étude de la stérilité.

- Dans notre série nous avons relevé :

- . 10 nullipares
- . 21 primipares
- . 27 deuxième pares
- . 15 troisième pares
- . 15 quatrième pares.

- Cela rejoint et confirme notre remarque précédente sur l'influence de l'âge.

- Pour J.LANSAC (33), la nulliparité est un facteur de mauvais pronostic.

Pour ROUX et Marchal le taux de fertilité est de 33 p.100 pour les femmes ayant déjà eu un ou plusieurs enfants et de 12,5 p.100 pour les femmes sans enfants. Schenker quant à lui trouve un taux de grossesses secondaires de 81,8 p.100 chez les femmes ayant déjà eu 4 enfants ou plus, contre 34,6 p.100 chez les femmes sans enfant, avec un taux de récurrence respectivement de 9 p.100 et de 12,8 p.100.

Il apparaît une notion capitale vigoureusement soulignée par H.G.ROBERT "une femme a d'autant moins de chance de faire une G.E.U. qu'elle est mère d'un plus grand nombre d'enfants".

Pour certains auteurs la fréquence des G.E.U. est élevée chez les primipares âgées.

Dans notre série nous retrouvons 15 primipares âgées après stérilité II. CORREA dans son étude à Dakar note une fréquence élevée chez les primipares âgées ; et les multipares ayant présenté une période plus ou moins longue de stérilité II.

5°- Les antécédents gynécologiques ; notons :

- La fréquence des G.E.U. antérieures = 7 %

- L'avenir obstétrical (tableau suivant) montre que le taux de grossesses extra-utérines itératives varie de 7 à 17 %.

Parmi les 7 G.E.U. itératives de notre série nous avons noté :

- 4 stérilités II, toutes précédentes à la première grossesse extra-utérine
- 2 avortements spontanés
- 1 cas d'annexite chronique
- 3 cas de vaginite à gonocoque
- 1 cas de vaginite à staphylocoque pathogène associé aux candida albicans.

- Pour certains auteurs, l'avenir obstétrical de ces femmes pourrait être amélioré si une chirurgie conservatrice avait pu être appliquée.

Mme MATUCHANSKY et R.PALMER (77) dans leur série ont pu obtenir dans la césarienne tubaire 3 récurrences sur 10.

M.MINTZ dans sa série de 42 patientes a pu obtenir 4 grossesses intra-utérines par trompe unique opérée, avec récurrences in situ (113).

Auteurs	Année	Nombre de cas	G.E.U. itératives
BENDER	1956	238	17 (7 %)
MATHIEU	1957	81	8 (10 %)
SKULI	1960	114	10 (9 %)
BREY	1969	241	19 (8 %)
DOUGLAS	1969	106	8 (7,5 %)
KUCERA	1970	106	18 (17 %)
SCHENKER	1972	258	34 (13 %)
J. LANSAC	1973	43	7 (16 %)
Notre série	1984	100	7 (7 %)

6°- Facteurs étiopathogéniques de nos G.E.U. :

a- Les lésions prédisposantes à l'installation d'une G.E.U. tubaire

L'étude anatomopathologique de nos différentes pièces opératoires a montré que la G.E.U. peut survenir, à la suite :

- D'une tuberculose annexielle : pour J.SENEZE et R.HENRION (35) la tuberculose annexielle doit toujours être présente à l'esprit comme une cause certaine de la G.E.U. HEID (35) au congrès Suisse de gynécologie de 1947, écrit que l'association d'une grossesse extra-utérine et d'une salpingite tuberculeuse est exceptionnelle.

Des statistiques importantes de G.E.U. ou de salpingites tuberculeuses (tableau II) ne mentionnent pas plus d'un ou de sept cas de coexistence de ces deux affection en l'espace de plusieurs années.

.../...

Tableau II :

Auteurs	Année	Nombre d'année	Pays	Nombre de G.E.U.	G.E.U. + Salpingite tuberculeuse
STEVENS et WHARTON	1939	47	Baltimore	516	1
HENDERSON et BEAN	1950	1	TORONTO Général hospital	302	3
STODARD	1951	10	Milwaukee et Columbia hospital	179	1
KISTNER HERTIG et ROCK	1951	54	BOSTON	316	1
BURNS et BURNS	1953	16	Philadelphie	300	2
THOYER ROZAT et DUPAY	1960	1	Paris	200	1
Melle Bambi BAH	1982	10	Bamako	104	7
Notre série	1984	1	Bamako	100	1

Il est remarquable de constater à travers ce tableau II que la coexistence G.E.U. + salpingite tuberculeuse est indiscutablement rare.

Dans la clinique l'implantation proximale est exceptionnelle (J.SENEZE et HENRION) seul ROCHAT en a rapporté un cas avec rupture isthmique en 1954. Dans notre série le seul cas que nous rapportons est également accompagné de rupture isthmique.

A la lumière de ce résultat nous avons associé une biopsie de l'endomètre qui s'est avérée négative. " La biopsie de l'endomètre n'a de valeur que si elle est positive". Le test tuberculique effectué chez notre patiente était positif en 72 heures (> 15mm).

.../...

D'autre part la fréquence de la tuberculisation de l'endomètre dans la tuberculose annexielle est très diversement appréciée suivant les auteurs.

Rare pour les uns, tel que BOBROW (1952) : 18 p.100 ; la fréquence pour d'autres, tels que STEVENSON (133) et WHARTON (1939) : 85 p.100 ; il semble que sa fréquence moyenne soit de l'ordre de 40 à 50 % (DAISACE).

- La bilharziose annexielle : elle est retrouvée dans 5 p.100 de nos G.E.U.

Quand on sait que la bilharziose est une des pathologies les plus fréquentes de l'appareil uro-génital de notre pays il n'en demeure pas moins que bien de G.E.U. sont responsables de cette affection. Melle Bambi BAH dans sa thèse (130) relève 2 cas sur 104 Grossesses extra-Utérines.

- L'endométriose : 1 p.100 de nos G.E.U.

DARBOIS retrouve 15 % d'endométriose dans une étude portant sur 127 G.E.U. opérées. A l'étranger, les auteurs nordiques surtout ont apporté les résultats de leur expérience. JORGENSEN trouve ces anomalies dans 1 cas de môle et dans 1 cas de grossesse tubaire méconnue.

FREDERIKSEN, après étude d'une série de 32 cas, conclut que le pourcentage des cas dans les quels la localisation ectopique peut être soupçonnée, après curetage, passe de 38 à 56 p.100 grâce aux atypies d'Arias Stella. Le tableau suivant indique que l'endométriose est un facteur important de survenue d'une G.E.U.

Auteurs	Nombre de G.E.U.	% d'endométriose
DARBOIS	127	15
FREDERIKSEN	32	38 à 56

BERTHESSEN rapporte 1 cas dans lequel la présence d'atypies endométriales aida au diagnostic d'une grossesse ectopique en dépit d'une histoire clinique douteuse et de signes physiques absents.

Aux Etats-Unis, PILDER et WHEELER confirment ces atypies endométriales et leur valeur pour le diagnostic de grossesse extra-utérine.

- Les concretions calcaires : 1 p.100 de nos G.E.U.

Elles apparaissent exceptionnellement dans l'étiologie de la G.E.U.

Il s'agit là d'une migration calcaire à travers les voies uro-génitales de la femme.

C'est ainsi que l'étude histologique d'une de nos trompes découvre la présence de concretions calcaires dans la portion ampullaire associée à une G.E.U. tubaire.

Ces concrétions calcaires peuvent être à l'origine d'une sténose partielle ou complète de la lumière tubaire et par voie de conséquence entraîner un blocage de l'ovule fécondé.

- Les infections gynécologiques : il ressort de notre étude que 85 p.100 de nos malades ont présenté une infection gynécologique.

Il s'agit :

- des infections annexielles..... 24 cas
- des vaginites.....= 56 cas
- des infections utérines.....= 5 cas

Le tableau suivant indique un polymorphisme et une grande fréquence de ces infections gynécologiques.

- . Salpingite.....= 19 cas
- . Annexite.....= 5 cas
- . Vaginite à staphylocoque doré.....= 10 cas
- . Vaginite à gonocoque.....= 5 cas
- . Vaginite à candida albicans.....= 16 cas
- . Candida albicans+Trichomonas vaginalis....= 10 cas
- . Candida albican + cystite.....= 3 cas
- . Candida albicans + Exocervicite.....= 5 cas
- . Colibacilles + cystite.....= 2 cas
- . Vaginite banale non spécifique.....= 5 cas
- . Exocervicite.....= 5 cas

Il se dégage de ce tableau que les vaginites (56 p.100) représentent la grande fréquence des infections gynécologiques de notre série secondés par les salpingites et les annexites (24 p.100).

Ceci est de nature à penser que la grande majorité de nos G.E.U. est influencée par l'existence d'un foyer infectieux (maladies sexuellement transmissibles) parmi les quelles les gonococcies chroniques, les staphylococcies.

Pour SCHAUTA les 2/3 des G.E.U. sont dus aux séquelles de cette infection gonococcique. Ces vaginites insuffisamment traitées ou non sont responsables des salpingites chroniques. Comme le souligne J.SENEZE (35) l'oeuf capté ne peut plus accomplir sa migration ; " il en est empêché par l'hyperplasie et la coalescence des plis dans les inflammations récentes évolutives : par le cloisonnement de la lumière tubaire, la sclérose des fentes lymphatiques collabées, la perte de la ciliation et la sclérose de la paroi dans les inflammations anciennes. L'oeuf ralenti est bloqué".

Les résultats anapath de nos 100 pièces ont montré que 42 de nos patientes présentent une salpingite chronique non spécifique.

.../...

De ces 42 cas nous avons retenu :

- les salpingites lymphoplasmocytaires.....= 9 cas
- les salpingites lymphocytaires.....= 2 cas
- les salpingites monocytaires.....= 2 cas

BRENN (14) dans sa statistique sur 150 patientes trouve que les lymphocytes, les histiocytes, les monocytes constituent les cellules inflammatoires dans l'instauration d'une G.E.U.

Le même auteur souligne à partir d'études histologiques que l'inflammation chronique prévasculaire de la trompe était d'origine lymphocytaires, histiocytaires et quelques rares cellules plasmiques sur 152 patientes présentant une grossesse extra-utérine.

- Le fibrome utérin : dans les cas où il oblitère ou déforme la trompe, il peut être responsable d'une nidation extra-utérine.

G.HUBIMONT et P.O.HUBIMONT (44) découvrent un cas de G.E.U. survenue à la suite d'une complication tardive de la myomectomie.

Dans notre série nous avons obtenu 1 cas de myome utérin s'étendant au niveau de la corne tubaire où siégeait la G.E.U.

- Apport des facteurs favorisant dans la genèse des G.E.U.

Dans notre série nous notons :

- 1°- Les avortements dans 30 % des cas
- 2°- Les G.E.U. antérieures dans 7 % des cas
- 3°- La pilule dans 4 % des cas
- 4°- Le stérilet dans 2 % des cas
- 5°- L'insufflation utérine dans 1 % des cas.

b- Les facteurs prédisposants à l'installation de la grossesse abdominale

La grossesse abdominale est la conséquence d'une anomalie de l'implantation de l'oeuf. L'étiopathogénie de la grossesse abdominale avancée se rapporte à l'étude de l'étiologie de la grossesse extra-utérine et à l'évolution de celle-ci dans la cavité abdominale.

- La grossesse abdominale primitive :

- La transmigration intra-péritonéale de l'ovule semble pour certains auteurs tels que CRAWFORD et WARD être le facteur responsable de la grossesse abdominale primaire. Ils ont trouvé dans tous les cas un corps jaune sur l'ovaire opposé au côté de la cavité abdominale où s'implantait la grossesse.

RUBIN et NOVAK, en dehors d'autres facteurs, l'attribuent également à une migration des spermatozoïdes allant fertiliser l'oeuf fraîchement rompu, au niveau de l'ovaire ou à son voisinage, du même côté ou au niveau de l'ovaire controlatérale.

- L'endométriose externe est considérée par FRANKEL et SCHENCK comme le premier facteur dans la genèse de la grossesse abdominale.

.../...

- la grossesse abdominale secondaire : l'oeuf primitivement dans le tractus génital va, dans un deuxième temps, se greffer dans la cavité abdominale, tout en gardant des attaches plus ou moins importantes avec son insertion d'origine ; ce qui le distingue de la forme précédente. Cette greffe secondaire peut se faire soit après un avortement tubaire (cas le plus fréquent) (obst. I et II), soit à la suite d'une rupture tubaire à bas bruit.

- Les causes infectieuses et inflammatoires :

. Les salpingites chroniques, l'origine gonococcique, la tuberculose annexielle sont les facteurs les plus fréquentes.

Sur 42 cas de tuberculose génitale, FUNCK-BRENTANO (6) a relevé 7 grossesses ; FABRE et LE LORIER (4) ont trouvé un antécédent tuberculeux une fois sur huit.

7°- Les manifestations cliniques :

Le polymorphisme des signes cliniques souvent très complexe rend le diagnostic de la grossesse extra-utérine difficile.

Ces signes vont des manifestations les plus bruyantes à la latence totale.

- chez 86 % de nos patientes la notion de douleur pelvienne est retrouvée comme premier symptôme.

- Chez 13 % on retrouve la métrorragie comme premier symptôme.

- L'aménorrhée, étant l'un des signes les plus importants elle apparaît dans notre série dans 92 % des cas.

- Chez 8 % on retrouve une métrorragie inter-menstruelle.

En plus de l'aménorrhée, des douleurs pelviennes et des métrorragies l'examen général de nos malades nous permet de faire des réflexions suivantes :

- Apprécier le degré d'anémie par la pâleur des téguments et des conjonctives dans 75 % des cas.

- La réaction péritonéale à la palpation de l'abdomen se traduisant par le "cri ombilical". (92 % des cas), avec 8 formes trompeuses qui se traduisaient par :

. Dans 5 cas ; des douleurs pelviennes à irradiation uro-génitale faisant penser à un syndrome néphrotique.

. Dans 3 cas ; douleurs pelviennes et diarrhées dysenthérisiformes sont associées faisant croire à une intoxication alimentaire.

- Le toucher vaginal : dans 98 % des cas ; il a été l'examen le plus évocateur.

. En plus du "cri du Douglas" le toucher vaginal retrouve une masse annexielle dans 42 cas.

. Un bombement du Douglas dans 25 cas.

- Les signes sympathiques de grossesse sont également retrouvés dans la majorité des cas (tableau ci-dessous).

- Nausée + Vomissement..... = 1 cas
- Nausée + Vertige..... = 9 cas
- Vomissement + Vertige + Syncope..... = 5 cas
- Nausée + Vomissement + Vertige..... = 7 cas
- Vomissement + Vertige..... = 22 cas
- Nausée + Vomissement + Syncope..... = 1 cas
- Vomissement + Syncope..... = 1 cas
- Tension mammaire = 2 cas
- Lipothymie..... = 48 cas

8°- Les examens paracliniques :

1°- La ponction du Douglas : elle nous a permis de poser le diagnostic d'hémopéritoine de façon évidente.

C'est ainsi que sa positivité (dans 98 % des cas) associée à l'aménorrhée et à la douleur pelvienne ont été d'un apport considérable pour le diagnostic de nos grossesses extra-utérines.

2°- La radiographie de l'abdomen sans préparation : les clichés d'abdomen sans préparation de face ont permis :

- . De localiser la position du foetus en transverse, le foetus étant dejeté dans un des hypocondres (obs.n°1).

- . De mettre parfois en évidence le chevauchement des os du crâne foetal (obs.n°2).

3°- Le test de grossesse par le dosage des H.C.G. urinaires :

Dans notre série nous retrouvons :

- . Un test positif dans 22 cas
- . Un test négatif dans 31 cas

J. LANSAC dans sa série de 135 cas optient 41 % de positif et 54 % de négatif.

4°- L'Echographie : le diagnostic de grossesse extra-utérine est toujours difficile à établir précocement. Les dosages hormonaux permettent d'affirmer l'existence d'une gestation.

Le dosage plasmatique de l'hormone chorionique gonadotrope (l'H.C.G.) et de sa fraction β , positif au 24/26e jour du cycle, affirme impérativement la gestation (sans pouvoir en préciser le siège) et supprime les faux négatifs de la réaction immunologique de grossesse urinaire (qui ne se positive pas avant le 40e jour d'aménorrhée).

Mais chez les femmes à « haut risque tubaire », le siège de l'implantation ovulaire doit être reconnu le plus tôt possible. L'échographie pelvienne le permet théoriquement.

.../...

Le dépistage actuel de la G.E.U. passe donc par la connaissance précise de la chronologie hormonale et ultrasonore de la grossesse débutante ; voir tableau suivant proposé par les Dr. J. Crequat ; B.Loufrani et P. Madelenat (25).

Chronologie hormonale et ultrasonore de la grossesse normale

Jours d'amenorrhée	Semaines d'amenorrhée	Dosages Hormonaux	Echographie
	3e		
24 / 26	4e	H.C.G Plasmatique +	
	5e		
35 / 40	6e	Réaction Immunologique de grossesse +	Sac gestationnel présent.
	7e		
	8e		Embryon et activité cardiaque présents

5°- La coelioscopie : examen désormais indispensable, évite les attermolements, les inondations, les fissurations et les détériorations tubaires irréversibles. Pour Paul FUNCK-BRENTANO « en cas de doute, ne pas utiliser la coelioscopie, c'est refuser la radiographie au diagnostic d'une fracture et s'évertuer à tracer par la palpation le siège et la direction du trait au crayon dermatographique sur la peau du blessé ».

Le même auteur souligne avoir publié deux cents cas de grossesses ectopiques observées à l'Hôpital Braca en moins de dix ans.

Sur ces deux cents femmes, neuf seulement ont été opérées d'urgence pour inondation péritonéale. Ce qui a permis l'intervention chez 191 d'entre elles avant les grandes complications c'est, dans la grande majorité des cas, le recours à la coelioscopie.

.../...

Nous estimons qu'actuellement la coelioscopie s'impose en présence de la moindre hésitation diagnostique en cas de grossesse débutante encore enclose ou au moment de sa fissuration, il n'en demeure pas moins que bien des centres sont démunis de coelioscopé et de coelioscopistes qualifiés.

Dans notre série, aucun cas n'a été l'objet d'un examen coelioscopique car la presque totalité présentait un tableau d'hémopéritoine franc et faire recours à cet examen nous paraissait à posteriori inutile.

9°- Le traitement

a- Les grossesses tubaires

Le traitement de la grossesse extra-utérine est toujours chirurgical.

Nos interventions ont été pour la plupart effectuées en urgence ; cela pour sauver la vie de nos patientes car la presque totalité de nos G.E.U. 91 p.100 ont présenté un tableau d'hémopéritoine suite à des ruptures tubaires.

La solution chirurgicale a été la salpingectomie.

La fréquence élevée des salpingectomies 90 p.100 des cas dont 79 p.100 de salpingectomie totale est la preuve que la grande majorité de nos G.E.U. se sont présentées dans un état de rupture tubaire complète.

Ces ruptures tubaires se voient à différents niveaux (tableau suivant) :

Siège	Nombre de cas
Ampullaire	42
Isthmique	33
Infundibulaire	13
Interstitielle	2
Ampullo-isthmique	2
Ampullo-infundibulaire	4

La grande fréquence des ruptures ampullaires 42 p.100 s'explique par le fait que l'ampoule à paroi souple, extensible, est également la zone la plus perméable de la trompe, ajouter à cela le retard de diagnostic de nos G.E.U.

C'est là que nide l'oeuf, deux fois sur trois.

C'est aussi le lieu où les formations chorio-placentaires précédées d'une prolifération trophoblastique s'infiltrent dans des lacunes vasculaires.

Quant à la portion isthmique, elle est courte, étroite, inextensible et très musculuse. Son diamètre est d'environ 3 mm. La rupture y est précoce.

En plus des salpingectomies totales nous avons effectué des salpingectomies partielles et bilatérales comme le tableau suivant l'indique.

Nature	Nombre de cas
Salpingectomie totale	79
Salpingectomie partielle	3
Salpingectomie bilatérale	8

Nous avons exécuté 10 annexectomies en tenant compte de l'évolution de la grossesse extra-utérine sur l'ovaire correspondante d'une part ; d'autre part association G.E.U. et apoplexie ovarienne homolatérale dans 2 cas, ou association G.E.U. et kyste de l'ovaire unilatérale dans 5 cas.

Nous avons effectué une hystérectomie subtotale dans 1 cas.

La pratique de nos salpingectomies bilatérales s'explique par la survenue de certaines lésions associées comme l'indique le tableau suivant :

Lésions associées	Nombre de cas
Pyosalpinx controlatérale	3
Hydrosalpinx controlatérale	4
G.E.U. bilatérale	1

.../...

A. ZERVOUDAKIS (48) dans sa série de 148 grossesses extra-utérines a exécuté :

- une salpingectomie totale unilatérale dans 110 cas
- une ablation de l'ovaire au cours de la salpingectomie dans 28 cas
- une salpingectomie bilatérale dans 8 cas
- une hystérectomie dans 1 cas
- une plastie sur moignon tubaire restant a été pratiquée après résection du pavillon tubaire dans 1 cas.

D'autres auteurs ont appliqué l'expression et la césarienne tubaire.

Dans la série du Dr. PALMER (7) ; le total de ses interventions est de 56 pour 55 malades, une des malades aye subi pour deux grossesses extra-utérines successives sur la même trompe, d'abord une expression puis une césarienne tubaire ; elle a ensuite mené deux grossesses à terme grâce à cette seule trompe.

Par contre pour le Dr. DORANGEON (77) la chirurgie tubaire conservatrice pour grossesse extra-utérine est très décevante. Il affirme que sur 4 de ses malades opérées de césarienne tubaire, trois ont récidivé, et il a obtenu trois grossesses extra-utérines chez la même malade.

En fait, la chirurgie conservatrice comporte un risque préjudiciable pour l'avenir gynéco-obstétricale de la femme :

- risque d'oblitération de la trompe
- la récurrence.

Pour PALMER "la fréquence très importante des récurrences commande de réserver ce type de chirurgie à un très petit nombre de femmes, c'est à dire les femmes suivies pour stérilité qui n'ont qu'une seule trompe ou dont l'autre n'est pas parfaite".

En effet, chaque fois que les explorations pré ou peropératoires révèlent une deuxième trompe normale, nous pensons qu'il vaut mieux recourir à la salpingectomie ou à la résection entre deux ligatures, qui préserve tout de même l'avenir.

b° - Nos grossesses abdominales

Il ne fait pas de doute qu'une fois posé le diagnostic, le seul traitement à envisager était chirurgical.

La littérature nous apprend (BECK, 1918 ; JEWETTE, 1923 ; SCHUMANN, 1928 ; MASON 1940 ; COSGROVE, 1940 ; LULL, 1940 ; STUDDIFORD, 1940) que les meilleurs résultats ont été obtenus par une chirurgie limitée.

Le sentiment unanime des auteurs est, dans le traitement des grossesses abdominales avancées, de laisser le placenta in situ en coupant le cordon au ras de son insertion.

Si l'enfant est mort, LULLI (1940) conseille d'attendre quelques semaines en vue de permettre une diminution de la vascularisation placentaire.

Dans ces cas, il estime que l'exérèse peut être tentée mais il attire l'attention sur le fait qu'elle doit être abandonnée dès qu'apparaissent des difficultés de décollement du placenta.

Dans nos cas (Obs. I et II), l'étendue des lésions nous a amené à une attitude chirurgicale plus nette.

Dès la première inspection, nous nous sommes rendu compte que le placenta était inséré au niveau du ligament large (Obs. I).

On notait également l'adhérence de la trompe gauche sur la masse abdominale.

Après libération totale de la trompe on pratique une salpingectomie totale gauche, suivi de l'extraction entière du placenta.

Pour l'Obs II, le placenta était inséré à l'ovaire gauche, et également à la trompe gauche. Ce qui nous amena à pratiquer une annexectomie gauche. L'absence d'adhérence a aisément facilité l'intervention.

Par contre, pour l'obs III, le placenta était superficiellement inséré au colon sigmoïde. Ce qui fait que sa désinsertion fut facile et quelques points de suture au catgut rend l'hémostase parfaite.

Nous avons associé à cette intervention une salpingectomie suite à une rupture tubaire.

Les lésions anatomiques rencontrées

Les différentes localisations de ces lésions anatomiques se retrouvent dans le tableau suivant :

. Ampullaire.....	= 42 cas
. Isthmique.....	= 33 cas
. Infundibulaire.....	= 13 cas
. interstitielle.....	= 2 cas
. Ampullo-isthmique.....	= 2 cas
. Ampullo-infundibulaire.....	= 4 cas
. Abdominale.....	= 3 cas
. Ovariennne.....	= 1 cas

- La grossesse ampullaire : 42 % des cas

L'ampoule à paroi souple et extensible, est la région la plus perméable de la trompe et c'est là que nide l'oeuf, deux fois sur trois.

Le processus de la nidation ampullaire n'est pas différent d'une nidation utérine.

Dans la zone d'insertion pariétale de l'oeuf on trouve :

- . une couche périphérique avec une musculature amincie et infiltrée de nappes lymphoïdes.
- . une couche déciduiforme, plus précisément spongieuse et congestive, en métaplasie déciduiforme plus ou moins marquée. Très vite, cette couche sera difficile à identifier du fait de l'oedème et de la sclérose.

- Les formations chorio-placentaires précédées d'une prolifération trophoblastique infiltrant dans des lacunes vasculaires formées par les tissus maternels.

En fait, l'oeuf n'est pas nourri par des lacunes maternelles, mais par érosion des vaisseaux de la musculature.

Ceci est presque valable pour toutes les variétés de la G.E.U.

- La grossesse isthmique : 33 % des cas.

Cette portion de la trompe est courte, étroite, inextensible et très musculueuse. Son diamètre est d'environ 3 mm. La rupture y est précoce, visible au niveau de la séreuse, faisant communiquer le lit ovarien avec la cavité pelvienne.

En général, la prolifération trophoblastique est transfixiante et participe évidemment au mécanisme de la rupture.

- La grossesse infundibulaire : 13 %

Elle est d'emblée abdominale, sur la face tapissée d'épithélium tubaire des franges du pavillon. Elle est difficile à différencier d'un avortement tubo-abdominal et parfois d'une grossesse ovarienne.

- La grossesse interstitielle : 2 %

C'est la portion la plus étroite de la trompe avec le plus de paroi musculaire et le plus d'ilots endométriaux donnant naissance à une vraie caduque. Sa topographie est difficile à établir.

- La grossesse ovarienne : 1 %

Dans le cas que nous avons observé, bien qu'il ait existé la notion d'aménorrhée de deux mois, le diagnostic pré-opératoire de grossesse ovarienne n'était pas évident. C'est à l'abdomen ouvert que nous avons soupçonné le diagnostic de grossesse ovarienne. Les quelques travaux que nous avons consultés nous ont permis d'avoir des idées claires sur la question.

Selon R.I.DREVER, sur l'ensemble des grossesses ectopiques il y aurait 0,7 à 1,7 % de grossesse ovarienne primaire : il y aurait une grossesse ovarienne primaire pour 25 à 40.000 grossesses en général.

En 1958, P.BURGER (107), en décembre publie 250 cas.

En 1969, RICHARD et BORONOU (134) ne relèvent que 150 cas authentiques de grossesses ovariennes dans la littérature de langue anglaise.

En Août 1972, H.DETBELET (34) relève 1 cas de grossesse ovarienne.

Il semble en effet que la fréquence de cette anomalie ne soit pas cernée avec précision.

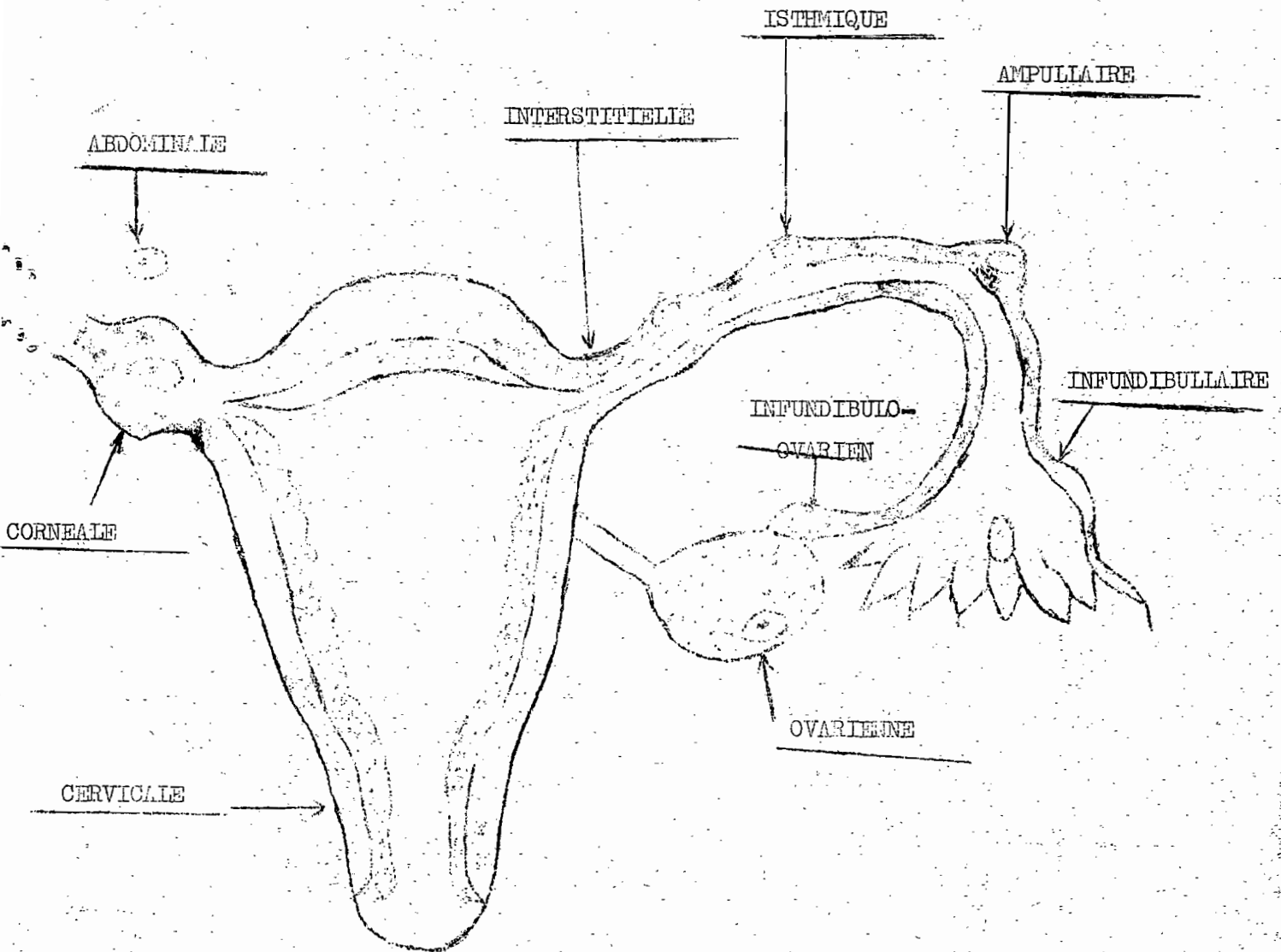
La première grossesse ovarienne serait rapportée par SAINT-AURICE DU PERIGORD en 1682.

En 1899, au congrès d'Amsterdam, Catherine VAN TISSEN-BROECK demande déjà que des preuves histologiques précises appuient le diagnostic de grossesse ovarienne.

Par ailleurs, en 1878, SPIEGELBERG définit les critères qui doivent être satisfaits pour affirmer une grossesse ovarienne.

- La trompe du côté de la grossesse doit être intacte sans lésion de grossesse tubaire primitive ;

- l'enveloppe foetale indépendante de la trompe doit être reliée à l'utérus par le ligament utéro-ovarien ;
- l'oeuf doit être en contact direct avec le tissu ovarien sur la totalité ou sur une partie de sa surface,
- l'examen histologique, souvent absent, est nécessaire pour affirmer le diagnostic.



LOCALISATIONS -- ANATOMIQUES DE LA GROSSESSE-EXTRA-UTERINE

10- Les suites opératoires : elles ont été toutes simples.

A- Les grossesses extra-utérines tubaires : dans notre série elles représentent 96 % des cas.

- Suites opératoires immédiates : elles ont été simples et toutes nos malades sont sorties dans nos différents services de chirurgie en bon état général dans l'intervalle de 6 à 16 jours.

Au cours de leurs séjours hospitalisés toutes nos patientes ont bénéficié d'un schéma thérapeutique comportant :

. des corticoïdes - des antibiotiques - des anti-inflammatoires - des anti-palustres - des transfusions de sang dans 64 % des cas sans oublier des solutés injectables (trophysan, Sérum glucosé, sérum salé, rhéomacrodex).

- Suites opératoires lointaines : sur les 96 cas de G.E.U. tubaires nous avons pratiqué des séances d'hydrotubation chez 10 patientes. La première séance d'hydrotubation est faite au 10ème jour de l'intervention, la 2ème à la troisième semaine. C'est ainsi que sur 10 patientes hydrotubées 4 ont contracté une grossesse utérine évoluant jusqu'à terme.

De même JAMBONI dans sa série de 6 cas opérés et suivis de la manière précédente, a obtenu 3 grossesses intra-utérines normales de 16, 22 et 33 semaines.

De même 3 de nos patientes se sont présentées à notre service avec des grossesses normales de 8 et 12 semaines.

Aucune de ces 3 patientes n'ont bénéficié ni hydrotubation, ni hystérosalpingographie (H.S.G.).

Par contre l'H.S.G. effectuée chez 1 patiente sur les 96 G.E.U. tubaires a révélé une obstruction tubaire proximale de la corne utérine controlatérale.

B- Nos grossesses abdominales

- Suites opératoires immédiates : elles ont été simples et toutes nos malades sont sorties de l'hôpital en bon état général.

- Pronostic maternel :

Pour El Hadrany Dacros dans sa thèse soutenue à Dakar "les progrès de la chirurgie et surtout de la réanimation, joints à l'augmentation de l'efficacité de la lutte anti-infectieuse sont certainement les grands responsables de la chute vertigineuse des chiffres concernant la mortalité maternelle".

Pour se faire une idée de l'importance de cette baisse citons quelques chiffres réunis d'abord par MINGALON en 1967; (tableau suivant)

.../...

Période	Nombre de cas	Auteurs	Mortalité en %
1816 - 1886	27	HARRIS	88,8
1809 - 1933	101	HELLMAN	31,9
1844 - 1954	77	DE-VILLIERS	5,2
1954 - 1960	10	DEXON	0

Puis par AHYI - AKPE B. en 1968.

Auteurs	Période	Mortalité en %
MAYGRIER	1886	88
BARONNET	1922	24
CORNEIL et LASH	1934	14,7
MASON	1939	18,6
WARE	1941	15
JARCHO	1949	11,1
CROSS, LESTER, NAQUAIN	1951	21
CHARLE WOOD, CULINER	1955	13
HIBBARD	1957	4,35

On se rend compte qu'il reste un pourcentage de décès qui semble irréductibles. Ces décès sont généralement mis sur le compte d'un état de choc, d'une hémorragie ou d'une infection incontrôlable suivant le contexte propre à chaque auteur. Selon DEFFRESSIGNIE la mortalité dans les grossesses abdominales à terme stagnerait à 5-20 % ; alors que pour les cas diagnostiqués au début elle n'est plus que de 1,2 %.

- Pronostic foetal : est déterminé par plusieurs facteurs dont la plupart sont hors de portée pour l'action médicale. Ces facteurs sont en particulier :

- la présence d'éventuelle malformation, la qualité de la fonction placentaire, le poids à la naissance, et le faux travail.

Toutefois, nombre d'observations font état d'une viabilité non négligeable des enfants issus de grossesse abdominale.

- Nous rapportons dans notre série (obs.n°1) 1 cas de grossesse abdominale avec enfant vivant de 7 mois présentant une malformation des membres inférieurs et qui devait mourir quelques heures après l'intervention.

- BARONNET en 1922, sur 303 enfants vivants noté 68 % morts avant 5 ans alors que 32 % ont dépassé ce cap.

- DE VILLIERS en 1954, sur 77 grossesses abdominales colligées trouvent 47 enfants vivants dont 25 % ne présentant pas de malformation.

- CHARLEWOOD en 1955, sur 52 cas relèvent 12 enfants vivants dont 4 surviennent sans malformation.

- CRESTE en 1956, lors d'un séjour en Afrique, rapporte 9 Cas de grossesse abdominale dont 1 enfant vivant.

- EID.M ; en 1978 à Dakar sur une série de 15 cas signale 2 enfants vivants dont l'un est viable.

En définitive pour MINGALON sur les enfants nés vivants, 36 à 66 % meurent dans les premières heures, tandis que le pourcentage des malformations se situe entre 10 à 50 % suivant les auteurs.

- Suites opératoires lointaines :

- 2 patientes sur 3 de nos grossesses abdominales ont un avenir obstétrical nul.

. La première ayant bénéficié d'une ligature tubaire controlatérale sur autorisation du mari. (obs.n°1).

. La deuxième patiente chez qui une salpingectomie bilatérale a été effectuée (obs.n°3) ; car :

- la trompe droite était infiltrée, inflammatoire, oedémateuse et obstruée dans sa portion interstitielle.

.../...

- la trompe gauche est obstétriquement inefficace.

Seule la troisième patiente garde un avenir obstétrical satisfaisant car l'hydro-tubation a montré une perméabilité tubaire.

C- A propos de la grossesse ovarienne : les suites opératoires sont simples et la malade a été excisée en bon état général.

A l'aide d'une revue de la littérature l'avenir obstétrical (tableau ci-dessous) montre que le taux de conception est très variable.

Ce taux varie en fonction de plusieurs facteurs :

- . la parité
- . l'état de l'annexe
- . les modalités thérapeutiques.

Tableau :

Auteurs	Année	Nombre de cas	Conceptions	Accouchements	G.E.U. itératives
Bender	1956	238	109 (46 %)		17 (7 %)
Mathieu	1957	81	34 (42 %)	20 (24 %)	8 (10 %)
Skuli	1960	114	42 (37 %)	22 (19 %)	10 (9 %)
Brey	1969	241	66 (28 %)		19 (8 %)
Douglas	1969	106	48 (45 %)	36 (34 %)	8 (7,5 %)
Kucera	1970	106	36 (34 %)		18 (17 %)
Sckenker	1972	258	102 (39 %)	67 (26 %)	34 (13 %)
J. Lansac	1973	43	22 (51 %)	11 (25 %)	7 (16 %)
Notre série	1984	100	7 (7 %)	4 (4 %)	7 (7 %)

Le taux de conception varie de 7 à 51 %, avec 7 à 17 % de récurrence.

Ce taux de conception de 7 % de notre série pourrait être dépassé si toutes nos patientes se présentaient en consultation post-opératoire.

De même que le taux d'accouchement de 4 % pourrait également être dépassé.

N O I S R T O N O 77

La grossesse extra-utérine menace par son évolution la vie de la femme et par ses séquelles thérapeutiques son avenir obstétrical.

La stérilisation chirurgicale a dans notre société des conséquences personnelles et sociales qui nous obligent à accorder le maximum d'attention aux mesures de prophylaxie. Une meilleure connaissance de cette pathologie et les progrès réalisés en matière de diagnostic précoce doivent guider la conduite de nos médecins.

Le manque d'information de nos femmes et les structures psycho-sociales de notre pays sont encore bien souvent un frein qu'il faut absolument vaincre pour améliorer le devenir gynéco-obstétrical des femmes ayant présenté une G.E.U.

A Bamako toutes nos patientes arrivent encore au stade dramatique de rupture (99 % de nos grossesses tubaires) et ne peuvent donc bénéficier des derniers progrès des techniques chirurgicales.

Compte tenu des difficultés diagnostiques et thérapeutiques nous pensons que la G.E.U. doit être envisagée selon le lieu où se déroule l'action.

En zone rurale : c'est la vie de la patiente qui est directement menacée par le risque d'hémorragie interne.

En zone médicalisée : c'est l'avenir gynéco-obstétrical de la parturiente qui est en jeu selon l'importance des résections chirurgicales.

Le manque d'information de nos femmes d'une part, et d'autre part les difficultés du diagnostic de la G.E.U. avant la complication font que les G.E.U. précocement diagnostiquées sont rares dans notre pays.

A Bamako toutes nos malades (97 cas de notre série) nous arrivent au stade d'hémorragie interne, donc en urgence et sont souvent opérées par des chirurgiens non spécialisés, donc ayant tendance à appliquer une thérapeutique hémostatique, mais bien souvent au prix de sacrifice de la trompe. Les études à long terme dans les pays européens ont prouvé le risque de "trop vouloir conserver la trompe" ; une G.E.U. itérative peut survenir sur la trompe conservée.

Cependant la salpingectomie a des indications bien précises qui dépendent de l'âge, de la parité et aussi de l'état de la trompe controlatérale.

Enfin la mortalité n'est pas à négliger dans cette affection et le problème angoissant d'une hémorragie interne, bien souvent difficile à ramener dans nos conditions demeure une hantise des chirurgiens de garde.

Cependant pour 100 cas en 1 année nous en déplorons aucun décès opératoire.

Par ailleurs, la fréquence des grossesses abdominales (3 cas en 1 année dans notre série) est encore élevée dans notre pays.

De même que la grossesse ovarienne (1 cas dans notre série) pose le problème de difficulté de diagnostic pré-opératoire et en même temps devient une menace permanente pour l'avenir gynéco-obstétrical de nos patientes.

Notre dernière réflexion intéresse les mesures prophylactiques qu'il convient d'envisager face à ce grave problème de santé publique dans nos régions. Comme nous l'avons déjà souligné dans l'introduction, cette complication gravidique se révèle être un problème des pays pauvres ; c'est à dire que dans ce cas comme ailleurs, des mesures prophylactiques s'imposent dans trois directions :

1°- La prophylaxie individuelle : en combattant le fatalisme de nos populations, leur mysticisme naïf qui explique en grande partie leur retard combien regrettable à consulter le médecin vers lequel elles se rendent finalement en désespoir de cause dans un état, hélas, où toute tentative thérapeutique se révèle bien souvent illusoire. Pour y parvenir, il nous faudra instituer partout, étendre et intensifier l'éducation sanitaire à travers les mas-média dans tous les pays, depuis la puberté jusqu'à la ménopause.

2°- Le second volet de notre prophylaxie s'adressera essentiellement à nos gouvernements et aux autorités administratives, en vue d'une amélioration réelle, et bien adaptée, de notre infrastructure sanitaire, qui malheureusement souffre actuellement d'une insuffisance grave.

Nous pensons qu'en développant les soins de santé primaire et en mettant à la disposition des centres de santé de cercles dans nos différentes régions une structure médico-chirurgicale bien équilibrée nous pourrions diminuer de façon significative les conséquences socio-familiales de cette affection.

En effet, cela demandera également la participation massive et effective de la population.

3°- Quant au problème plus global, plus difficile, plus désespérant, c'est l'élévation du niveau de vie de nos populations, ce serait la clé des véritables solutions à nos difficultés aussi bien sanitaires que humaines.

Pour enfin atteindre cet objectif, il faut une aide, une solidarité internationale et désintéressée.

R
H E R R E M O E
B
I B L I O G R A P H I Q U E

- 1 - TOMPKINS P. Preservation of fertility by conservative surgery for ectopic pregnancy principles and report of case.
Fertil. Stéril ; 1956, 7, n°5, 448-456.
- 2 - BERTAND.P. DUMONTI ; BERRARD.P. et ETIENNE - MARTIN.H.
Une observation de grossesse abdominale au 7e mois.
Bull. Fed. Soc. GYU.Obst. Nov-Déc. ; 1964, 16,n°5, 559 - 560
- 3 - CHEVRAN - BRETON.C, MENTON J.E., GRALLY - V. et Coll
Un nouveau cas de grossesse interstitielle après salpingectomie homolatérale.
J. Gyn. Obst. Biol. Repr. 1977, 6, (5) : 720
- 4 - FABRE.J.F et LE LORIER
Quelques aspects actuels de la G.E.U.
Progrès Méd., 1970; 98 (7-9) : 113 - 116
- 5 - FLATRES.B. DANAIS.J.C., GENTIN F., LE NORMAND J.C et VERGER M.
A propos d'une grossesse abdominale menée jusqu'au 7e mois et révélée par une hématurie.
J.Gyn.Obst.Biol. Repr. 1977, 6, (5) : 718
- 6 - FUNCK - BRENTANO P., DALSACE J.
Tuberculose annexielle latente : stérilité et G.E.U.
Acad. de Méd. 1958, 142, (9-10) 270
Soc.Gyn. et Obst. 1958, 10,232-233 (Rapp. LACOMME)
- 7 - FUNCK - BRENTANO.P.
A Propos de 20 cas de G.E.U. traités en 10 ans
Revue du praticien, 11 Dec.-1960, 10, p.3511.
- 8 - HOMMA H. (Rapp. WENNER - HANGEN H.)
A propos du diagnostic de la G.E.U. par l'examen du matériel de curetage.
Bull - Féd - Soc Gyn - Obst- 1958, 10, (5), 613.
- 9 - RIGAUT G. et GAGNIERES. E.
A propos d'une serie de G.E.U. à évolution atypique
Bull. Fed. Soc. Gyn. et Obst., 1956 , 8,1, 134

- 10 - ROCQUE.J. et HOULNE.F.
Grossesse extra-utérine avec hydramnios.
Gyn. et Obst. 1948, 47, (6 bis) : 1091, 1092.
- 11 - DUBUISSON J.B ; HENRON R.
Grossesse interstitielle. A propos de trois observations
J. - (Paris), 1979, 116 (6-7), 407 - 410
- 12 - DARGENT D., GAJAR ; SCHUSTER P.
Grossesse abdominale développée chez une femme ayant subi une amnectomie unilatérale au contact de la corne utérine du même côté.
J. Gyn. Obst. Repr ; 1974, 3 (8), 1329
- 13 - DIAM ; NOLOT B.
G.E.U. chez les femmes porteuse d'un stérilet. A propos de 19 nouvelles observations. Rev. Franç. et Obst. ; 1979, 6 (74), 429-433.
- 14 - BREEN.J.L.
A 21 year survey of 654 ectopic pregnancies.
Am.J.Obst. Gynécol. 1970 106 -7), 1004 - 1019
- 15 - CHAIPAULT G.
A propos de 35 G.E.U.
Médecine d'Afrique Noire, 1978, 25 (11), 43-48
- 16 - EID.M.
Contribution à l'étude de la grossesse abdominale (A propos de 15 cas)
thèse Méd. Dakar, 1978, n°48.
- 17 - KITCHIN.J.D. 3 rd, WEINR.M. ; NIMLEY W.C. jr, et coll.
Ectopic pregnancy : current clinical trends.
Am.J. Obst. Gynecol ; 1979, 134 (8), 870-876
- 18 - MONDOR H.
Abdomens urgents. Paris, Masson Ed., 1937, 1 col.

- 19 - TAM.K.K., YEO O.H.
Primary ovarian pregnancy.
Am.J.Obst. Gynécol., 1968, 100, 240
- 20 - AIT-OUHAYIA B., BOUHADÉFA ; AIT-BELKACÉMA ; KIMECHE A.
Le lithopédion : étude anatomo - clinique à propos d'une observation.
J. Gyn.Obst. Biol. Répr. 1977, 6 (2), 233 - 238.
- 21 - BRET.A.J., DE BEUX, et CRIMAR Ph.
Les atypies endométriales dites d'"Arias Stella" dans les grossesses ectopiques.
Etude statistique. Valeur diagnostique.
Gyn. Obst. 1960, 59, (3) : 322 - 334.
- 22 - CHAMPULT G., DES FEMMES F.N. GAILLARD.D. et PATTEL J.C.
grossesse interstitielle après salpingectomie. Rupture à 4 mois et demi.
J. Gyn. Obst. Biol. Repr. 1977,6, (I) : 65-69. (8Réf.biblio).
- 23 - DUGUET C.
Etude de la grossesse abdominale à terme : à propos d'une observation avec enfant mort.
Thèse Méd. Tous, 1967, n°15, 1-58.
- 24 - TSHIBANGU K, NSUMUL, RAMMATOZINR., KITTEGEL., IKABU N.
Grossesse abdominale morte de 3 mois diagnostiquée par hystérométrie et hystérogaphie.
J. Gyn. Obst. Biol. Repr. 1975, 4, (3), 387 - 387 (Réf.biblio).
- 25 - CREQUAT J. et LOUFRANI.B.
L'échographie résout-elle le problème de diagnostic de la G.E.U. débutante ? Nov. Presse Méd., 1983, tome 12, n°20, 1265-1268.
- 26 - DARBOIS.Y.Colloqu岸 de Paris sur l'endométriase - 29 Septembre 1981.
- 27 - DEBRUX J. et HAFEXE.S.E.- Histophysiologie de la trompe. In : oviducte et fertilité. Masson, édit, Paris, 1979.

- 28 - GIBOR.Y. et PHARRISS.B. Grossesse extra-utérine et D.I.U.
Contraception Fertilité Sexualité, 1974, 2, 109-120.
- 29 - HENRY - SUCHET J., TESQUIER L., PEZ J.P. et IOFFREDO L.-
Endoscopie tubaire ou tuboscopie : une exploration complémentaire utile
dans la chirurgie réparatrice des trompes. XXXI Assises Françaises de
Gynécologie.- Masson, édit ; Paris, 1983; 291-307.
- 30 - DARGENT D., GAJAR., SCHUSTER P.
Grossesse dans une ~~corne~~ utérine rudimentaire.
A Propos de deux observations.
J.Gyn.Obst. Biol., 1974, 3 (-8), 1329.
- 31 - STANCA C., JONESSO M., RATZIOU D., ANCHEL J.
Considérations sur la place de l'endométriase dans l'éthiopathogénie
de la grossesse extra-utérine en général.
Gynecol-Prat- 1959, 10, p-237.
- 32 - Grossesse ectopique à terme - Bull-Méd-1951, 65-303-304
- 33 - STUDDIFORD W.E. Primary péritonéal pregnancy
Ammer. J.Obst- Gynécol -, 1942,44, 487-491.
- 34 - DEBELE M.
Grossesse ovarienne - A propos d'un cas rapporté à Bamako
Afr. Méd. 1974, 13 (116), 37-39.
- 35 - SENEZE.J. et HENRION R.
Grossesse extra-utérine et salpingite tuberculeuse non traitée.
Rev.Franc. Gynéc. Obst., 1964, 1, 1-16
- 36 - PAUERSTEINC.J.
The fallopian tube : a reappraisal, Lea et Fibiger,
edit ; 1974, 1 vol., 92-105.
- 37 - PERSAUD.V.
Etiology of tubal ectopic pregnancy, radiologie and pathologie studies.
Obst. Gyn., 1970, 36, 257.

- 38 - BELL H. et EDGEHILL H.
Grossesse interstitielle non rompue associée à des moynes multiple.
New. York State J. Méd., 1958, 58,2, 245 - 246.
- 39 - ROSEN Y. et BYUNGHOON K.
Tubal gestation associated usith schistosoma mansoni salpingites
Obst - Gyn. , 1974, 43, 3, 413-417.
- 40 - PHILIPPE., RITTER J., LEFARIS P., LAEDLEIN-GREIL SAIMERD ; ITTENS, et FOUSSEREAUS.
Grossesse tubaire, ovulation tardive, anomalie de la nidation.
Gyn. Obst. 1970, 69, 5 bis ; 617-628.
- 41 - LEFFYL - The rôle of premenstrual, post nid cycle conception in the aetiology of
ectopic gestation.
- 42 - BERTRAND.P., PERRE A., PICCIOLIR. et PAQUIS M.
Un nouveau cas de grossesse abdominale. Considérations thérapeutiques
Bull-Fed. Soc- Gyn.Obst. Franç. 1965, 17, (I) : 176 - 178.
- 43 - CORREA.P., DIADHIOUF., LAUROY J., BAHM.D., DIABA., GGUINDO S.
Evolutions exceptionnelles de la grossesse abdominale.
J. Gyn. Obst. Biol. Repr., 1979, 8 (3), 235 - 241.
- 44 - HUBIMONT G., HUBIMONT P.O.
Un cas de grossesse abdominale à terme, complication secondaire d'une
myomectomie.
Gyn. Obst. Suppl., 1952, 4 (3), 433 - 445.
- 45 - ROBERT H.
La G.E.U. étiologie, anatomie et physiopathologie.
Rev. Prat. (Paris), 1973, 23 (37), 3305-3311
- 46 - WEILL G.
A propos de la dégénérescence des cellules déciduales dans la caduque des
grossesses extra-utérines.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1955, 7 (5), 581 - 582
.../...

- 47 - WONE.I.
Traitement de la grossesse extra-utérine par la combinaison de la
Médecine Traditionnelle Chinoise et de la Médecine Moderne
Dakar Med. 1979, 24 (1), 119 - 126.
- 48 - ZERVADOUKIS A., CORCONDILAS.E., KALYVIS P.
Etude statistique de 148 cas de grossesses extra-utérines
Rev. Franç. Gynéc. Obst., 1971, 66 (4), 265 - 267.
- 49 - WEILL G.
Test de Friedman et état histologique de la caduque dans la grossesse
extra-utérine.
Bull. Fed. Doc Gyn.Obst., 1954, 6 (5), 678 - 679
- 50 - WEILL G.
Valeur de l'examen histologique de produits de curettage dans le
diagnostic de la grossesse extra-utérine.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst., 1954, 6 (2), 215 - 216.
- 51 - WEEKS A.R., HUTCHINS C.J.
Ectopic pregnancy : a five year
Br. J. Clin. Post., 1976, 30 (5), 104 - 106
- 52 - WAUTERS G., WILKIN P.
Grossesse ectopique ovarienne. A propos de 4 grossesses ovariennes dont
une associée à une grossesse intra-utérine et une autre à un dispositif
intra-utérin.
J.Gynecol. Obst. Biol. Repr. (Paris), 1974, 3 -8), 1279 - 1311.
- 53 - WAHL R., PAGIN G., QUEREUX C., CHASTE F.
Grossesse ovarienne au cours d'une induction d'ovulation
J. Gyn. Obst. Repr. , 1977; 6 (2), 277
- 54 - VERGER M., DANAIIS J.C., FLATRES B., GENTIN F., GUILLARD P.
Quatre grossesses abdominales.
J. Gyn. Obst. Biol. Repr., 1975, 4 (3), 454 - 455.

- 55 - TATUM H.J., SCHMIDT F.H.
Contraception and stérilisation practices and extra-utérine pregnancy :
à realistic perspective.
Fertil stéril, 1977, (4), 407 - 421.
- 56 - THEOER-ROZAT J.
La coelioscopie. Technique, indications.
Paris, Massou Ed, 1962, 1 col.
- 57 - RATIGNIER A ; LUNEAU et RENNER.
Grossesse ovarienne et juxta- ovarienne
J. Gyn. Obst. Biol. Repr., 1974, 3 (5), 765 - 766
- 58 - ROBERT H.
La grossesse extra-utérine : étiologie, anatomie et physiopathologie.
Rev. Prat. (Paris), 1973, 23 (37), 3305 - 3311.
- 59 - ROUCHY R., RADANNE P.
Dépistage des G.E.U.
J. Gyn. Obst. Biol. Repr., 1975, 4, 449.
- 60 - SALASC J.
Traitement chirurgical de la G.E.U. dans la G.E.U. colloque de société
nationale pour l'étude de la fécondité et de la stérilité.
Paris, Massou Ed, 1961, 343 - 468.
- 61 - SCHENKER J.G., IOLSHUK W.J.
Fertility after tubal pregnancy.
Surg. Gyn. Obst., 1972, 135, 74.
- 62 - SCHNEIDER J., BERGER C.J., CATTELL C.
Maternal mortality due to ectopic pregnancy. A review of 102 deaths.
Obst. Gyn., 1977, 49 (5), 557 - 561.
- 63 - SEMM K.
Atlas de coelioscopie et d'hystéscopie.
Paris, Massou Ed., 1977, 1 col.

- 64 - SERMENT H., RUF H., BLANC B., BOURGADE C.H., TULLIEN D.
La fertilité après grossesse extra-utérine.
J. Gyn. Obst. Biol. Repr., 1974, 3 (5), 765.
- 65 - SKULJ U., PAVIC J., STOILKOUIC C.
Conservative operative treatment of tubal pregnancy.
Fertil - stéril, 1964, 15, 634
- 66 - TABASTE J.L., SCHNEIDER L.
Grossesse extra-utérine après le cinquième mois. Anomalies de l'insertion
utérine de l'oeuf.
E.M.C. Obstétrique, 1978, 5069 D 10.
- 67 - RABIA D.
Les problèmes posés par le diagnostic précoce de la grossesse extra-utérine
Thèse Méd. Paris LARIBOISIERE, 1974, n°19.
- 68 - MORANGE C.
Grossesse extra-utérine et coelioscopie.
Thèse Méd. Marseille, 1975, n°104.
- 69 - MOULONGUET P., DOBKEVITCH S.
Les diagnostics anatomo-cliniques de P.LECENE.
Paris, Masson Ed, 1931, Tome II.
- 70 - O'HANA R.
La grossesse extra-utérine.
Thèse Méd., Paris, LARIBOISIERE, 1975, n°100.
- 71 - PADONOU N., TOURE C.T., DIAGNE B.A., SEYES S.
Urgences gynécologiques en chirurgie générale à l'hôpital universitaire de
Dakar (à propos de 1185 cas).
Dakar Méd., 1979, 24 (1), 98 - 102.
- 72 - PETRY J.M., DELLESTABLE P., LEFAKIS P.
Grossesse abdominale surprenante.
J. Gyn. Obst. Biol. Repr., 1974, 3 (5), 776.

- 73 - - PINERD G., PETROU, MALI N., BEDAYA NGARO S.
A propos d'un cas de grossesse ovarienne
Méd. Afr. Noire, 1979, 26 (8-9), 653 - 654
- 74 - - RABIA D.
Les problèmes posés par le diagnostic précoce de la grossesse extra-utérine
thèse Méd. Paris LARIBOISIÈRE, 1974, n°19
- 75 - - MINTZ M.
La chirurgie conservatrice de la trompe gravide : 17 interventions et
revue de la littérature.
Gyn. Obst., 1972, 61, 385.
- 76 - - MEUNIER P.
Diagnostic gynécologique.
les presses de l'université de
- 77 - - MATUCHANSKY C., M.R. PALMER.
La chirurgie conservatrice dans la grossesse extra-utérine.
Thèse Méd., Paris Pitié, 1972, n°53
- 78 - - MAGNIN G., ERNY R., GAMERRE M., VERSINIS.
Chirurgie conservatrice sur trompe unique avec G.E.U.
J. Gyn. Obst. Biol. Repr., 1974 3, 769.
- 79 - - LEON - DUFOUR F.
Rôle de la coelioscopie dans le diagnostic précoce de la grossesse extra-
utérine.
Thèse Méd., Paris, 1966.
- 80 - - LEVI S.
Diagnostic par ultra son en gynécologie obstétrique.
Paris, Masson Ed., 1972, 1 vol.
- 81 - - LE LORIER G., SCHÉBAT C., WENCHEL S.
La grossesse abdominale au voisinage du terme avec enfant vivant.
Problèmes diagnostiques et thérapeutiques. A propos d'un cas.
Bull. Fed., sec. Gyn. Obst., 1969, 21 (4), 382 - 399.

- 82 - LEGUADER A.P., KEKEN J.K., BAKASSA et GUIDASCI.
Quatre cas de grossesses abdominale dont deux enfants vivants.
de l'Université d'Abidjan, 1965, P. 269.
- 83 - LANSAC J., GALLET C., ROCHET Y.
Grossesse extra-utérine et son pronostic obstétrical. A propos de
135 cas.
J. Gyn. Obst. Biol. Repr. (Paris), 1975, 4 (1), 65 - 74.
- 84 - LANDERS P., BRUNEL G., STEIGNER J.L., RICHON J.
Grossesse abdominale extra-utérine avec enfant vivant.
J. Gyn. Obst. Biol. Repr., 1975, 4 (8), 1139.
- 85 - KOUADIO TIACOH (GEORGES - MICHEL).
La grossesse tubaire à propos de 366 cas.
Thèse Méd. Abidjan, 1972, n°26.
- 86 - KOSRAVI H., CAMPBELL J.W., GIUSTINI F.G.
Cervical pregnancy : report of three cases and review of the littérature.
Jut. J. Gynecol. Obst., 1976, 14 (3), 237 - 240.
- 87 - KELLER R.
Grossesses extra-utérines anoncées.
Gyn. Obst., 1947, 46 (3), 403.
- 88 - KACKSON R.L. (Rapp.CHOME E.)
choriocépithéliome après une grossesse abdominale.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst., 1960, 12 (4), 451 - 552.
- 89 - JACQUES Y.
La grossesse ovarienne. Revue de la littérature, à propos de 4 Cas.
thèse Méd. Revues, 1977.
- 90 - JAHIER H., JAHIER J.
Grossesse extra-utérine après le 5e mois.
E.M.C Paris obstétrique, 1970, 5069 D 10.

- 91 - JAMAIN B., LETESSIER A., BAILLIF J.
La coelioscopie dans le diagnostic des grossesses extra-utérines.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1956, 8 (3), 140 - 143.
- 92 - JANECEK P., DEGRANDI P.
Chirurgie restauratrice d'emblée dans le traitement des grossesses extra-utérines.
J. Gyn. Obst. Repr. (Paris), 1978, 7 (7), 1261 - 1267.
- 93 - JOYEUK R.
Chirurgie conservatrice dans la grossesse extra-utérine.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1956, 8 (3), 369.
- 94 - HOUEL J.E., SCHEBAT L., MONTERO M., SCHEBAT CL., PIETRI J.
Grossesse tubaire au 8e mois. Retention prolongée de l'oeuf mort.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1966, 18 (4), 417.
- 95 - HOLLENDER L., MASSON J. CL. DEHALLEUK J.M., GANDAR R.
Grossesse abdominale primitive. A propos d'un cas.
Strasbourg Méd. 1966, (1)? 279 - 287.
- 96 - HOLLENDER L.F., MASSON J.C., DEHALLEUK J.M., GANDAR R.
Hémorragie péritonéale grave par grossesse abdominale en position colique droite.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1965, 17 (5), 533.
- 97 - GUEZ D., MAYER J.
Traitement chirurgical de la grossesse tubaire
Rev. Tr. (Paris), 1973, 23 (37), 3349 - 3352.
- 98 - HENRY - SUCHET J.
Chirurgie plastique tubaire au cours d'interventions pour grossesses extra-utérines : à propos de 13 cas.
Soc. Franç. Gyn., Janvier 1972.
- 99 - PREMOND A., BONVALLOT D., MAGNIN P. - Devenir de la grossesse sur stérilité.
Rév. Franç. Gyn., 1977, 72, 189 - 192.

- 100 - WERZ (G), MARTIN (G), SERAFINO (V) et DIOUF (B). Deux cas de grossesses abdominales à terme avec enfants vivants. Deux cas de grossesses tubaires évoluant jusqu'au terme.
Méd. Acad. Chir., 1963, 89, 30, 826 - 829.
- 101 - RIVIERE (M), CHASTRUSSE (L.) et DUBECQ (J.P.). Trois cas de grossesses abdominales.
Rev. Franç. Gyn., Novembre 1964, 59, 11, 683 - 691.
- 102 - Hématosalpinx gravidique et coelioscopie.
Annales de chirurgie, 1960, vol. 14, n°13-14, pp. 755 - 760.
- 103 - JOYEUX R. : Grossesse extra-utérine ou kyste hémattique tubo-ovarien.
Montpellier chirurgical, 1958, n°16, pp. 122 - 124.
- 104 - TROYER - ROZAT J., et DUPAYA. : A propos d'une série de 200 grossesses extra-utérines. Semaine des hôpitaux, 4-12 Juillet 1960, pp. 1967 - 1971.
- 105 - GORECKI : Etude anatomo-histologique et physiohormonale des grossesses tubaires
Thèse de Paris, 1935.
- 106 - PROUST, PARAT ET PALMER : La placentation dans les grossesses tubaires.
Bull. de la société d'obstétrique 1934, 23, n°10, pp. 694 - 700.
- 107 - BURGER P. - Grossesse ovarienne. Difficulté de diagnostic.
Bull. Méd. Soc. Gyn. Obst. Franç., 10, p.219 - 220, 1958.
- 108 - BENDER (s). Fertility after tubal pregnancy. J. Obstet. Gyn. Brit.,
1956, 63, 400.
- 109 - CHABERT (p), SUAUDEAU (J), RACINET (c), FERRIEUX (J.).
A propos d'une série de 141 grossesses extra-utérines.
Rev. Franç. Gyn. Obst., 1970, 65, 249.
- 110 - DARGENT (D.), LANSAC (J.) Grossesse extra-utérine. Avenir des opérées et chirurgie conservatrice. Rev. Prat., 1973, 23, 3353.
- 111 - DOUGLAS (J.), SHINGLETON (H.M.). Surgical management of tubal pregnancy : effect on subsequent fertility. South. Méd.J., 1969, 62, 954.

- 112 - MATHIEU (J.), SOULERIN (A.). Le pronostic obstétrical après grossesse extra-utérine.
Rev. Franç. Gynec. Obstet ; 1957, 52, 167.
- 113 - MINIZ (M.) Chirurgie conservatrice de la trompe gravide. A propos de 42 interventions personnelles. Bull. Fed. Soc. Gynéco Obstet.L., Fr., 1968, 20, 331.
- 114 - ROUX (G.), MARCHAL (G.). Eléments du pronostic obstétrical ultérieur de la grossesse extra-utérine. Bull. Féd. Soc. Gynéc.Obstet.L. F., 1957, 9, 186.
- 115 - BLAND B.P. : Tubal pregnancy associated with tubal tuberculosis.
Amer.J.Obst. Gyn. 1940 40, 271.
- 116 - BRET J. : Pronostic Obstétrical des grossesses tubaires ; considérations sur les possibilités de la chirurgie conservatrice et restauratrice de la trompe.
Gynéc. et Obstet., 1947, 46, 591.
- 117 - BRET A.J., LEGROS. : Endométrites tuberculeuses du post-partum et du post-abortum.
Presse. Méd., 1957, 65, (n°94), 2156-2158.
- 118 - BRET A.J., LEGROS R. : Tuberculose utéro-annexielle. Aspects actuels.
Diagnostic et traitement . 1 vol ; 1956, Paris, Masson édit.
- 119 - BRET A.J; LEGROS R. : Grossesse et tuberculose génitale ; l'action du traitement par les antibiotiques. Presse méd; 1955, 63, (n°31), 644-646.
- 120 - DUBUIS : Etiologie et diagnostic des nidations ectopiques. Rapport au XIV congrès de l'Assoc. Gyn. et Obstét. de langue française, 1950, 2, 2 bis 104- 127.
- 121 - HALBRECHT I. : Le diagnostic de la tuberculeuse génitale de la femme par les cultures de sécretions génitales. Colloques sur la fonction tubaire.
1 vol ; Paris 1955, Masson édit.

.../...

- 122 - KISTNER R.W., HERTIG A.T. et ROCK J. tubal pregnancy complicating t
tuberculous salpingitis. Amer.J. Obstét. Gynec., 1951, 62, 1157-1159.
- 123 - YAGO T., ROUER M. et REIF A. : Ectopic pregnancy associated with
tuberculous salpingitis. Obstét. and Gynec., 1960, 16 (n°3, 360-364
- 124 - VILLARD E. : tuberculose génitale latente chez la femme.
Lyon chir, 1945, 40 (n°6), 740 - 741.
- 125 - WIAGNER : grossesse tubaire après tuberculose guérie.
Zbl. Gynäk, 1956, 78 (n°13), 507 - 511.
- 126 - HRESHCHYSHYN M., NAPLES J.D. et RANDALL C.L.
Ametoptérim in abdominal pregnancy.
Amer.J.Obst. Gyn. 1965, 93, 286.
- 127 - BOVE ARDUIN N.
Contribution à l'étude des retentions prolongées de G.E.U. arrivée
près du terme. A propos de deux cas.
Thèse Méd. Amiens 1969, n°15, 1-50, (51 Réf. Bibl.)
- 128 - HOLLENDER L., MASSON J.C., DEHALLEUX J.M. et GANDAR R.
Grossesse abdominale primitive - à propos d'un cas.
STRASBOURG Médecine 1966, 17, (1), 279 - 287 (Réf. Bibl.)
- 129 - AHYI AKPE B.
A propos d'un cas de grossesse abdominale à terme
Thèse Médecine Paris 1968, n°235, 1-103 (Réf. Bibl.).
- 130 - BAMBI BAH.
A propos de 104 cas de grossesse extra-utérine.
Thèse Médecine Bamako 1980, n°182.
- 131 - MINGAION M.
G.E.U. après le 5e mois à propos de 2 cas.
Thèse Médecine Paris 1967, n°440, 1-27. (Réf. Bibl.).

- 132 - CORREA P., ATAYI L., CAVE L., LAUROY J., BOURGOIN P.
Quelques aspects particuliers de la grossesse abdominale.
A propos de 18 cas relevés en milieu africain à Dakar.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. Franç. 1965, 17, (5 bis) : 872 - 874.
- 133 - STEVENSON C.S. et WHARTON L.R. : tubal pregnancy with tuberculous
salpingitis. Amer. J. Obst. Gynec., 1939, 37, 303-310.
- 134 - RICHARD C., BORONOV M.D. et COLL. Ovarian pregnancy.
Report of four cases and a thirteen, year survey of the English
litterature.
- 135 - BRIEYOND A., BONVALLOT D., MAGNIN P.- Devenir de la grossesse sur stérilet.
Rev. franç. Gynéc., 1977, 72, 189-192.
- 136 - MICHEL EID.- Contribution à l'étude de la grossesse abdominale
en Afrique (A propos de 15 cas).
Thèse Médecine Dakar 1978 (n°48)

S O M M A I R E

P A G E S

1	I - Introduction.....
2	II - Définition.....
4	III - Matériel et Méthodologie.....
	IV - Rappel : Physiologie de la fécondation et de la nidation de l'oeuf fécondé.....
7	
9	V - Rappel : Physiopathologie de la grossesse extra-utérine.....
14	VI - Anatomopathologie.....
21	VII - Etiologie.....
25	VIII - Diagnostic.....
44	IX - Traitement.....
52	XI - Etude de nos observations.....
72	XI - Commentaires.....
94	XII - Conclusion.....
97	Références Bibliographiques.....