

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

République du Mali

UN peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N° .....

## THESE

**ETUDE CLINIQUE, THERAPEUTIQUE ET ANATOMO-  
PATHOLOGIQUE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE AU  
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE IV  
DU DISTRICT DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 29 / 09 / 2023 devant la faculté de  
Médecine et d'Odonto-stomatologie

**Par M. SAKO Habib**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(Diplôme d'état)**

## Jury

**Président :** Pr Cheick Bougadari TRAORE  
**Membre :** Pr Sékou Brehima KOUMARE  
**Co-directeur :** Dr Amaguiré SAYE  
**Directeur :** Pr Bakarou KAMATE

**DEDICACES ET  
REMERCIEMENTS**

## **DEDICACES :**

Bismillah Rahman Rahimi. Je dédie tout ce travail au Bon DIEU, le Tout Puissant, le Miséricordieux, l'Omniscient, l'Omnipotent. Je rends Grâce à ALLAH, Créateur de la terre et des cieux, de la vie ici-bas et de l'au-delà sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour. J'implore ALLAH, le maître de toutes les créatures, Détenteur du destin, de nous donner une longue vie pleine de succès, de santé, de prospérité et de nous guider sur le bon chemin ! Amen !

A notre Prophète Mohamed ; Paix et Salut sur lui, sur toute sa famille et sur tous ces compagnons.

### **A mon père : CHEICK SAKO**

Papa les mots me manquent terriblement pour exprimer mes sentiments aujourd'hui. Tu as toujours été à nos côtés, mes sœurs, mes frères et moi. Tu nous as appris le sens de la dignité, de l'honneur, du respect et de la probité. Tu as toujours été un exemple pour toute la famille, car tu es un travailleur acharné, rigoureux et exigeant envers toi-même et les autres. Tes prières et tes bénédictions ne m'ont jamais fait défaut, ainsi que ton soutien moral, affectif et matériel. Je veux te dire merci, pour toute la confiance que tu as placée en moi depuis le début de mon cycle, merci pour ce que tu as fait et pour tout ce que tu feras encore pour moi. Saches papa que Je ne saurai jamais te rendre un hommage à la hauteur de tes efforts consentis.

**Au nom de tous mes frères et sœurs,** je te dis encore merci ! Merci pour tout !

### **A ma mère : Mme SAKO OUMOU COULIBALY**

Maman chérie, ce travail est le tien. Brave femme, mère dévouée, courageuse, croyante, généreuse, source de ma vie, pionnière de mon éducation. Tu nous as toujours choyé, rassuré et réconforté. Tu incarnes pour nous l'amour, la tolérance, la bonté. Tes sacrifices pour tes enfants et les enfants d'autrui feront de nous ce que tu souhaites incha Allah. Et surtout Pardonne pour les soucis, les angoisses et la fatigue que je t'ai causée. Tu es et seras notre fierté de tout le temps.

**A mes frères et sœurs : SAMBA SACKO, MAHAMADOU SACKO, LALIA SACKO, FATOUMATA SACKO** et Autres... ; c'est l'occasion pour moi de vous remercier et de vous dire que le chemin qui mène à la réussite est long et fait d'embûches mais, je suis convaincu que vous y parviendrez. Soyez rassurer de toute mon affection et de tout mon soutien. Que la Grâce et la Miséricorde du Tout Puissant vous accompagnent toute la vie !

**A mes oncles et tantes :** De crainte d'en oublier, je n'en citerai pas ! Retrouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance et de tout mon respect.

Merci à vous tous !

**A mes cousins et cousines :** retrouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance et de toute ma sympathie pour tout ce que vous avez fait pour moi. Que la grâce du Seigneur vous accompagne !

## **Remerciements :**

**Aux enseignants du primaire, du secondaire et à tous mes Maîtres de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako.** Je suis fier d'avoir été votre élève, votre étudiant.

Trouvez dans ce travail chers Maîtres, le témoignage de ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié.

**Au professeur Bakarou KAMATE,** tous nos sincères remerciements pour la qualité et la rigueur de l'encadrement que vous nous offrez. Que Dieu vous bénisse. Votre disponibilité, votre soutien indéfectible et votre sympathie ont accompagné la réalisation de ce travail ; vous avez été comme un père pour moi, simple, gentil et aimable. Très cher Maître les mots me manquent pour vous exprimer toute ma reconnaissance et toute mon affection.

**Dr Saye AMAGUIRE, Dr Dessé DIARRA, Dr Sirama DIARRA, Dr DEMBELE Brahma,**

Vous avez été pour moi des formateurs consciencieux engagés et ayant le souci du travail bien fait ; que Dieu vous donne une longue vie pleine de bonheur !

**A tous mes collègues internes et cadets du Centre de Santé de Référence de la commune IV du service de Gynécologie Obstétrique :** Merci pour votre collaboration et pour votre soutien !

**A tout le personnel du Centre de Santé de Référence de la commune IV :**

Aux médecins, aux sage-femmes, aux infirmiers, aux infirmières et aux majors. Retrouvez ici l'expression de mes affections chaleureuses !

**A mes amis (es) de la faculté :** pour la continuation de nos bonnes relations.

**HOMMAGES AUX  
MEMBRES DU JURY**

## **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

### **Professeur Cheick BOUGADARI TRAORE**

- **Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)**
- **Chef du Département d'Enseignement et de Recherche des Sciences Fondamentales à la FMOS de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTT-B)**
- **Chef de service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Point G**
- **Chercheur et praticien hospitalier au CHU Point G**
- **Président de la Société Malienne de Pathologie (SMP)**
- **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus et du registre national des cancers au Mali**

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Votre abord facile et votre rigueur scientifique sont des atouts qui nous ont séduits et dont nous avons bénéficié au cours de notre formation. Recevez ici toute notre reconnaissance et notre plus grand respect !

## **A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Professeur Sékou B. KOUMARE**

- **Maitre de conférences agrégé à la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) ;**
- **Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire du Point G;**
- **Spécialiste en chirurgie générale ;**
- **Membre de la Société Malienne de Chirurgie (SOCHIMA) ;**
- **Membre de l'association française de chirurgie ;**
- **Membre du collège Ouest Africain des chirurgiens (WACS) ;**
- **Diplômé de chirurgie hépatobiliaire ;**
- **Diplômé de chirurgie laparoscopique avancée ;**
- **Chargé de cours à l'institut national de formation en science de la santé(INFSS).**

Cher Maître

Nous avons été impressionnés par la promptitude et la modestie avec lesquelles vous avez accepté de juger ce travail malgré vos multiples sollicitations .

Votre dévouement, votre rigueur scientifique et votre sens élevé de la personnalité humaine font de vous un exemple à suivre .

Veillez accepter cher Maître, nos sentiments d'estime et de profond respect .



**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR :**

**Docteur Saye AMAGUIRE**

- **Gynécologue-Obstétricien au centre de santé de référence de la commune IV de District de Bamako ;**
- **Membre de la SOMAGO ;**
- **Praticien hospitalier ;**
- **Chef de service de gynéco- obstétrique au centre de sante de référence de la commune IV du district de Bamako ;**
- **Médecin chef adjoint au centre de sante de référence de la commune IV du district de Bamako.**

**Cher Maitre**

Nous avons été profondément impressionnés par votre disponibilité et simplicité.

Votre sens élevé du travail bien fait et votre courage font de vous un maitre admiré.

Il y a peu de mots pour traduire l'expression de nos sentiments à votre égard et notre reconnaissance infinie.

Trouvez ici cher maitre ; l'expression de nos profonds respects.

## **A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THÈSE**

### **Professeur Bakarou KAMATE**

- **Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T.B).**
- **Chercheur et Praticien hospitalier au CHU-Point G.**
- **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin et du registre national des cancers au Mali.**
- **Secrétaire Général de la Division d'Afrique Francophone de l'Académie Internationale de Pathologie (AIP/DAF).**
- **Ancien Secrétaire Général de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) du CHU Point G.**

Cher Maître

Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service et cela, avec la plus grande amabilité qui soit. Soyez-en remercié.

Votre simplicité, votre générosité, votre culture scientifique et votre ouverture envers les étudiants, font de vous un homme remarquable et un professeur exemplaire.

Veillez agréer honorable Maître, l'assurance de notre profonde reconnaissance.

## DEFINITIONS OPERATIONNELLES

**Nullipare :** Une femme qui n'a pas accouché.

**Primipare :** Une femme qui a accouché une seule fois.

**Pauci pare :** Une femme qui a accouché deux à trois fois.

**Multipare :** Une femme qui a accouché quatre à cinq fois.

**Grande Multipare :** Une femme qui a accouché six fois ou plus.

## LEXIQUES DES ABREVIATIONS ET SIGLES

<b>AMP</b>	Assistance Médicale à la Procréation
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CSRéf</b>	Centre de Santé de Référence
<b>DIU</b>	Dispositif Intra Utérin
<b>FCS</b>	Fausse Couche Spontanée
<b>FIV</b>	Fécondation In Vitro
<b>FMOS</b>	Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
<b>GEU</b>	Grossesse Extra Utérine
<b>GIU</b>	Grossesse Intra Utérine
<b>HCG</b>	Hormone Gonadotrophine Chorionique
<b>IST</b>	Infection Sexuellement Transmissible
<b>IVG</b>	Interruption Volontaire de la Grossesse
<b>NFS</b>	Numération Formule Sanguine
<b>USTTB</b>	Université des Sciences Techniques et Technologiques de Bamako

# **LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES**

## Liste des tableaux

Tableau I : Score de Fernández .....	18
Tableau II : Répartition des patientes en fonction de la tranche d'âge .....	31
Tableau III: Répartition des patientes en fonction de l'ethnie .....	31
Tableau IV : Répartition des patientes en fonction de leur adresse .....	32
Tableau V : Répartition des patientes en fonction du niveau d'instruction .....	32
Tableau IV : Répartition des patientes en fonction de la profession.....	33
Tableau VII : Répartition des patientes selon le statut matrimonial .....	33
Tableau VIII : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux.....	34
Tableau IX : Répartition des patientes en fonction de la parité .....	34
Tableau X : Répartition des patientes selon les antécédents d' infections uro- genitales .....	35
Tableau XI : Répartition des patientes en fonction de l'utilisation des contraceptifs .....	35
Tableau XII : Répartition des patientes en fonction du mode d'admission .....	35
Tableau XIII : Répartition des patientes en fonction du motif d'admission .....	36
Tableau XIV : Répartition des patientes en fonction des signes cliniques à l'admission .....	36
Tableau XV : Répartition des patientes en fonction de la réalisation des examens complémentaires.....	37
Tableau XVI : Répartition des patientes en fonction du type de GEU .....	37
Tableau XVII : Répartition des patientes en fonctions de la localisation de la GEU .....	37
Tableau XVIII : Répartition des patientes en fonction du siège de la GEU .....	38
Tableau XIX : Répartition des patientes selon le moyen de traitement utilisé .....	38
Tableau XX : Répartition des patientes selon la nature des lésions.....	39
Tableau XXI : Répartition des patientes en fonction du résultat de l'histologie .....	39
Tableau XXII : Répartition des patientes ayant bénéficié d'une transfusion sanguine en per ou postopératoire.....	40
Tableau XXIII : Répartition des patientes en fonction des traitements administrés en postopératoire.....	40
Tableau XIV : Répartition des patientes en fonction de la durée d'hospitalisation (en jour) ..	40
Tableau XXV : Répartition des patientes en fonction du pronostic maternel.....	41
Tableau XXVI : Répartition des cas de GEU en fonction de la tranche d'âge de nos patientes.....	41
Tableau XXVII : Répartition des cas de GEU en fonction de l'ethnie de nos patientes.....	42
Tableau XXVIII : Répartition des cas de GEU en fonction du niveau d'instruction.....	42
Tableau XXIX : Répartition des cas de GEU en fonction de la profession de nos patientes..	43

## Liste des figures

Figure 1 : Vue macroscopique d'une GEU ampullaire .....	4
Figure 2 : Aspect microscopique d'une GEU .....	5
Figure 3 : Organes génitaux internes de la femme (face postérieure) .....	7
Figure 4 : Les étapes de la fécondation .....	8
Figure 5 : La nidation de l'œuf dans l'utérus .....	8
Figure 6 : Localisations des grossesses ectopiques selon Cunningham .....	10
Figure 7 : Sac ovulaire et vésicule ombilicale .....	19
Figure 8 : Image échographique d'une GEU tubaire avec un gros hématosalpinx .....	19
Figure 9 : Carte sanitaire de la commune IV .....	25

# **TABLE DES MATIERES**

## Table des matières

1	Introduction .....	1
2	Objectifs.....	3
2.1	Objectif général .....	3
2.2	Objectifs spécifiques .....	3
3	Généralités .....	4
3.1	Définition de la GEU .....	4
3.2	Rappels.....	4
3.2.1	Rappel embryologique.....	4
3.2.2	Rappel anatomique des organes génitaux internes.....	6
3.2.3	Rappel physiologique .....	7
3.2.4	Formes anatomiques de la GEU .....	9
3.2.5	Facteurs de risque de la GEU .....	10
3.3	Diagnostic clinique.....	12
3.3.1	Forme typique (GEU rompue).....	12
3.4	Diagnostic paraclinique.....	16
3.5	Diagnostic positif .....	20
3.6	Diagnostic différentiel.....	20
3.7	Thérapeutique de la Grossesse Extra-Utérine .....	20
3.7.1	Traitement préventif : .....	20
3.7.2	Traitement curatif : .....	21
3.8	Pronostic :.....	23
4	Matériel et méthodes .....	24
4.1.1	Cadre d'étude : .....	24
4.1.2	Données géographiques :.....	25
4.1.3	Données sociodémographiques : .....	26
4.1.4	Les structures sanitaires : .....	26
4.1.5	Période d'étude .....	29
4.1.6	Population d'étude.....	29
4.1.7	Échantillonnage .....	29
4.1.8	Les techniques anatomopathologiques .....	30
4.1.9	Analyse et traitement des données .....	30
4.1.10	Variables.....	30
5	Résultats.....	31



5.1 Fréquence .....	31
5.2 Caractéristiques sociodémographiques .....	31
6 Commentaires et Discussion : .....	44
6.1 Méthodologie : .....	44
6.2 Fréquence .....	44
6.3 Caractéristiques socio-démographiques : .....	44
7 Conclusion et Recommandations .....	47
7.1 Conclusion.....	47
7.2 Recommandations .....	47

# **INTRODUCTION**

## 1 Introduction

La grossesse extra utérine (G E U) est une pathologie fréquente et grave parmi les causes des hémorragies du premier trimestre de la grossesse. Elle est une complication redoutable et menace le pronostic vital et obstétrical de la femme.

Le terme de GEU se définit comme étant une grossesse qui s'implante et se développe en dehors de la cavité utérine [1].

Aux Etats-Unis, malgré la haute technologie, la GEU demeure un problème de santé publique [2].

En France, on estime que 15000 femmes auront une GEU chaque année dont 2 à 5 auront une issue fatale ; 400 environ auront des problèmes de fertilité ultérieure et 1000 devront recourir à l'assistance médicale à la procréation (AMP) [2].

En Afrique, le problème est crucial et est lié à un diagnostic tardif (au stade de rupture) ; ainsi la GEU reste une urgence avec un pronostic obstétrical réservé [3].

En Afrique occidental notamment au Sénégal, la GEU représentait 9,3% des laparotomies réalisées en urgence avec une incidence de 0,8 pour 1000 grossesses [4].

Au Mali, les GEU occupent le second rang du tableau des urgences gynéco obstétricales après la césarienne [5].

Plusieurs facteurs de risque ont été retenus comme pouvant être à l'origine de la GEU dont la plupart entraîne une altération de la mobilité ou de la perméabilité tubaire, l'œuf fécondé ne peut donc rejoindre la cavité utérine d'où son implantation ectopique [2].

Le diagnostic est fortement suspecté sur la base de la clinique, l'échographie pelvienne+/- le taux plasmatique de  $\beta$  HCG.

La symptomatologie varie selon le stade d'évolution, mais on retrouve généralement au premier plan la douleur pelvienne et les mmétrorragies.

La GEU reste une pathologie grave mettant en jeu le pronostic fonctionnel (fertilité ultérieure) et vital (risque d'hémorragie et d'état de choc). Le pronostic dépend donc de la précocité et de la rapidité de la prise en charge.

Le traitement médical à base de méthotrexate est une option thérapeutique avec des indications précises.

Le traitement repose essentiellement sur la chirurgie par laparotomie ou coelioscopie et peut-être radical ou conservateur.

Compte tenu de la fréquence élevée de la GEU et la gravité de son pronostic, malgré tous les progrès réalisés en matière de moyens diagnostiques et thérapeutiques que nous avons initié cette étude.

# **OBJECTIFS**

## 2 Objectifs

### - Objectif général

Étudier les aspects cliniques, thérapeutiques et anatomopathologiques des grossesses extra-utérines au Centre de Santé de Référence de la commune IV du district de Bamako.

### - Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des GEU au CSRéf de la commune IV du district de Bamako ;
- Décrire les aspects cliniques de la GEU ;
- Décrire les méthodes thérapeutiques de la GEU ;
- Décrire les aspects anatomopathologiques et étiologiques de la GEU ;
- Déterminer le pronostic maternel.

# **GENERALITES**

### 3. Généralités

#### - Définition de la GEU

La GEU se définit comme étant une grossesse qui s'implante et se développe en dehors de la cavité utérine [1].

#### - Rappels

##### 3.1.1 Rappel embryologique

###### ➤ Macroscopie

La GEU réalise une voussure ovoïde rouge foncée, violacée, siégeant sur la trompe. Le reste de celle-ci étant normalement vascularisé, turgescence, congestif [6].

Sur l'ovaire existe un corps jaune normal.

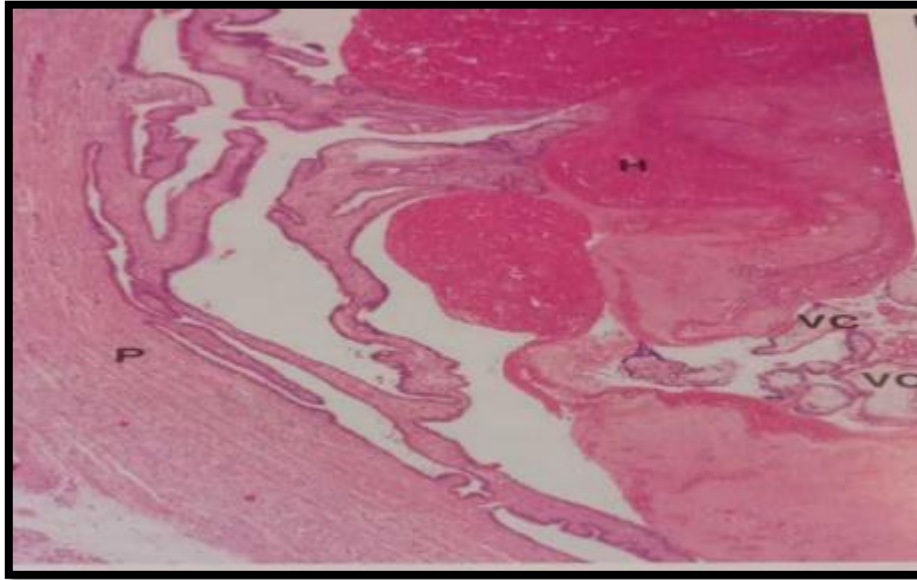


**Figure 1** : Vue macroscopique d'une GEU ampullaire [6].



➤ **Microscopie**

On note un épaississement de la paroi tubaire infiltrée de lymphocytes, de plasmocytes et de polynucléaires neutrophiles. Dans la lumière, on observe des villosités placentaires de taille variable.



**Figure 2 : Aspect microscopique d'une GEU [7]**

P : placenta, H : hémorragies, VC : villosités choriales

➤ **Devenir De La GEU [7].**

- La GEU peut mourir sur place ;
- Elle peut rompre la trompe, qui est beaucoup plus fine et plus fragile que l'utérus, faisant saigner les vaisseaux tubaires érodés ;
- Elle peut se décoller à l'intérieur de la trompe et former un hématosalpinx, responsable de métrorragies noirâtres de faible abondance ;
- Elle peut s'expulser dans la cavité péritonéale par le pavillon et laisser les vaisseaux tubaires saignés. C'est l'avortement tubo-abdominal ;
- Dans tous les cas, on peut retrouver un épanchement sanguin dans la cavité péritonéale. Quand le sang se collecte dans le cul-de-sac de Douglas, il forme une hématocele rétro utérine.
- Lorsqu'il est plus diffus, il forme un hémopéritoine. Risque de maladie trophoblastique.

### **3.1.2 Rappel anatomique des organes génitaux internes**

#### **➤ L'utérus**

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

La paroi utérine est épaisse d'environ 1 cm et se compose de 03 tuniques qui sont de dehors en dedans : la séreuse, la musculuse ou myomètre, la muqueuse ou l'endomètre qui subit des modifications dans le cycle menstruel.

L'utérus est un organe destiné à contenir l'œuf fécondé pendant la grossesse et l'expulser au moment de l'accouchement [7].

#### **➤ Les trompes**

##### **Définition**

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

##### **Description**

Les trompes de Fallope comprennent 4 segments anatomiques et fonctionnels qui sont de l'utérus vers ovaires :

- La partie interstitielle
- La partie isthmique
- La partie ampullaire
- Le pavillon ou infundibulum.

La paroi tubaire comprend trois tuniques qui sont de l'extérieur vers l'intérieur : la séreuse, la musculuse et la muqueuse [6].

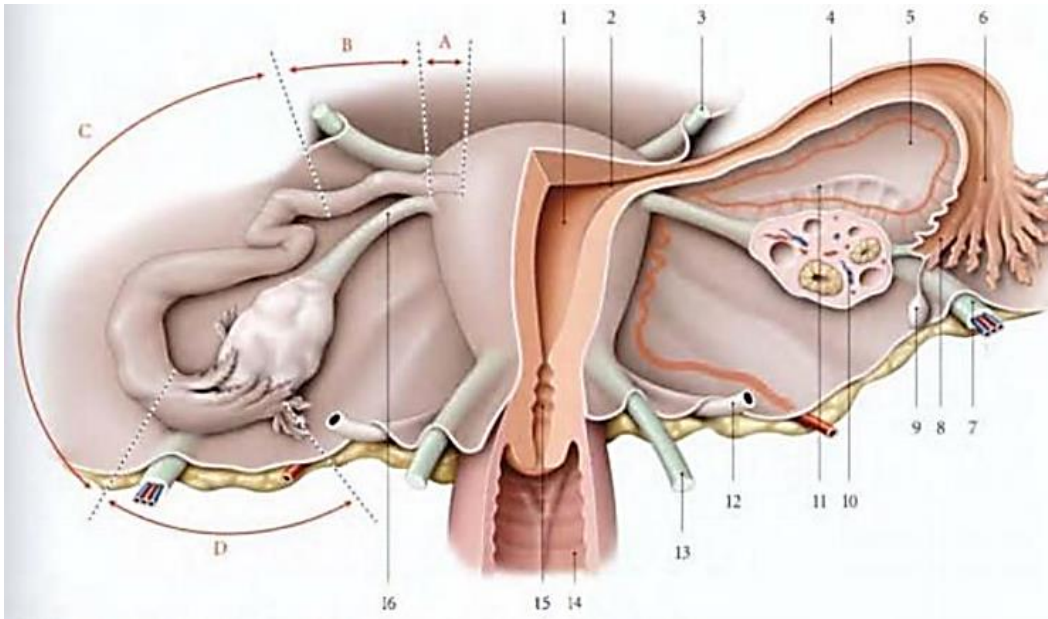
Les trompes jouent un triple rôle :

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

#### **➤ Les ovaires**

L'ovaire est un organe pair ayant une forme en amande, mesurant 4x2x1cm et constitue les 2 glandes génitales femelles. Ils sont composés par un tissu conjonctif dense et contiennent les cellules germinales autour desquelles le conjonctif s'organise en follicules. Ils contiennent

également des reliquats embryonnaires qui, pour la plupart, siègent dans le hile. Ils constituent avec les trompes et le ligament large les annexes de l'utérus [6].



**Figure 3 : Organes génitaux internes de la femme (face postérieure) [8]**

#### Légende

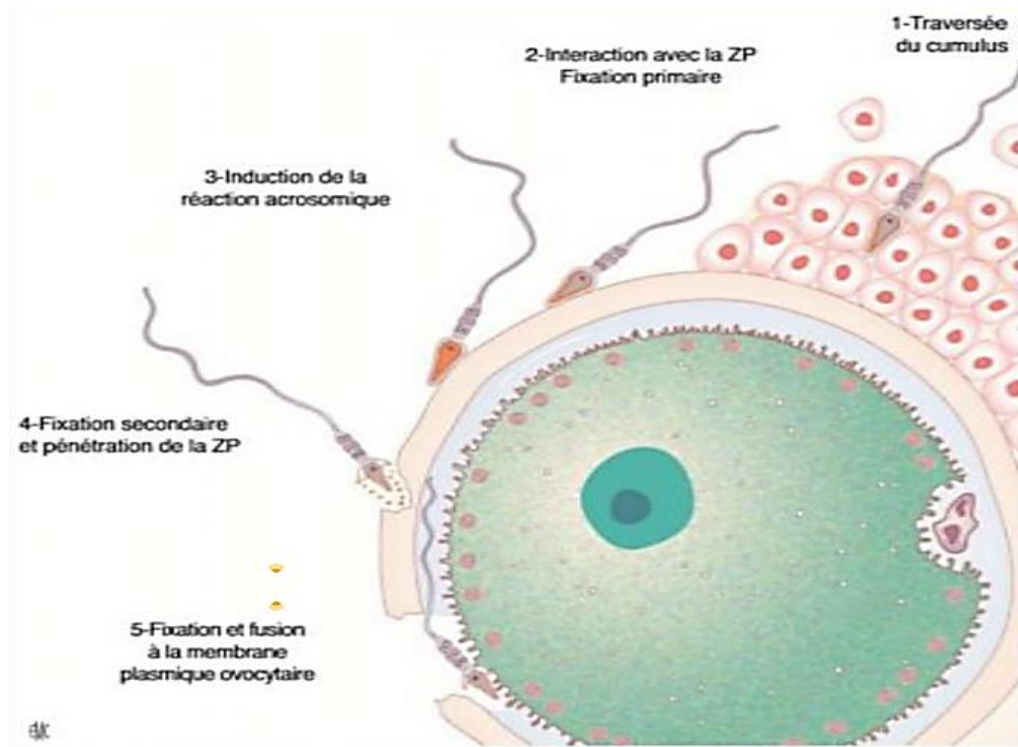
<b>A</b> : Partie utérine de la trompe	<b>C</b> : Ampoule de la trompe	<b>9</b> : Appendice vésiculeux
<b>B</b> : Isthme de la trompe	<b>D</b> : infundibulum de la trompe	<b>10</b> : Ovaire
<b>1</b> : Cavite utérine	<b>2</b> : Ostium utérin de la trompe	<b>11</b> : Mésovarium
<b>3</b> : Ligament rond	<b>4</b> : Cavite tubaire	<b>12</b> : uretère
<b>5</b> : Mésosalpinx	<b>6</b> : Ostium Abdominal	<b>13</b> : ligament utero-sacral
<b>7</b> : Ligament suspenseur de l'ovaire	<b>8</b> : Frange ovarique	<b>14</b> : Vagin
<b>15</b> : Canal cervical	<b>16</b> : ligament propre de l'ovaire	

#### 3.1.3 Rappel physiologique

##### ➤ La fécondation

Au cours du rapport sexuel, au moment de l'éjaculation, 2 à 5 cm<sup>3</sup> de sperme sont déposés dans les voies génitales de la femme soit 100 à 200 millions de spermatozoïdes, dont une partie à proximité de l'orifice externe du col de l'utérus.

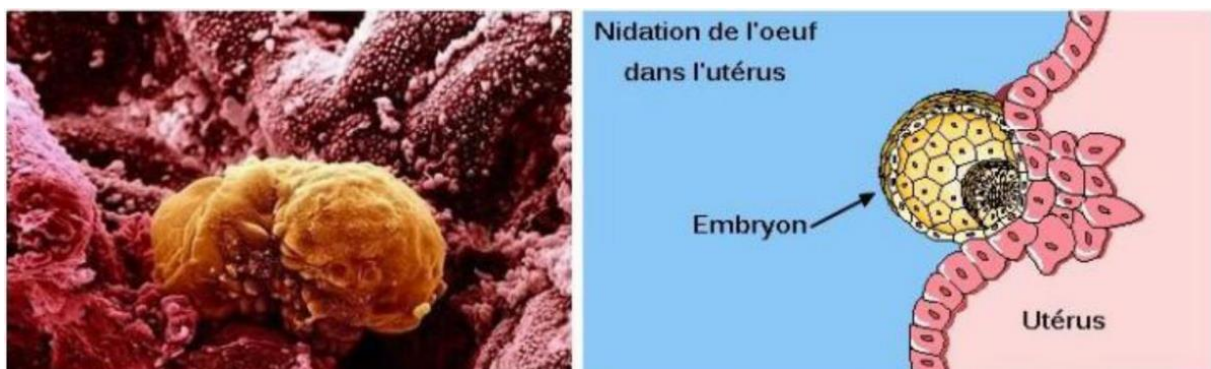
Dans l'espèce humaine, la fécondation résulte de la fusion entre un spermatozoïde et un ovocyte après leur rencontre qui a lieu dans l'appareil génital féminin, au niveau de la jonction isthmo-ampullaire de la trompe de Fallope.



**Figure 4** : Les étapes de la fécondation [8]

➤ **La nidation**

Après plusieurs divisions, la cellule œuf est devenue un embryon qui correspond à un amas cellulaire qui migre dans la trompe utérine vers la cavité utérine 6 à 8 jours après la fécondation, l'embryon arrive dans l'utérus. Il se fixe sur la muqueuse utérine puis pénètre à l'intérieur de celle-ci et entre en contact avec les vaisseaux sanguins de la mère, c'est la nidation [10].



**Figure 5** : La nidation de l'œuf dans l'utérus [10]

➤ **Physiologie de la GEU**

La GEU peut intervenir à travers :

### **Une anomalie de captation de l'ovocyte [11]**

La trompe n'assure pas son rôle de captation de l'ovocyte. Ceci entraîne une fécondation dans le cul-de-sac de Douglas. Ce mécanisme permet d'expliquer l'existence d'une GEU non tubaire : ovarienne ou abdominale.

### **Retard de migration [11]**

Le transport embryonnaire évolutif normal n'est pas assuré par la trompe ; ceci pouvant être due soit à une cause hormonale ou mécanique.

#### **- Cause hormonale**

La progestérone favoriserait la migration de l'œuf dans la trompe, alors que l'œstradiol la freinerait. Un excès d'œstradiol serait donc susceptible d'induire cet asynchronisme.

#### **- Cause mécanique**

Ceci traduit des perturbations des cellules musculaires lisses tubaires par synéchies intra tubaires ou de diverticules isthmiques, ou simplement par altérations et /ou réductions des cellules ciliées.

### **Reflux tubaire [11]**

L'effet des perturbations hormonales induit la survenue du blastocyste dans la cavité utérine. Le blastocyste est donc renvoyé dans la trompe six à sept jours après l'ovulation, à une date où le trophoblaste est un tissu particulièrement agressif. Ce mécanisme permet d'expliquer les GEU après fécondation in vitro (FIV).

## **3.1.4 Les Formes Anatomiques de la GEU**

### **La GEU tubaire (98% des cas) [12]**

- Le plus souvent ampullaire (78% des cas). Cette portion élastique et large des trompes permet une évolution plus longue.
- Parfois isthmique (20%), elle se révèle alors précocement du fait de l'étroitesse du conduit [13].
- La grossesse infundibulaire (5%) [11].
- Elle est rarement interstitielle (2%) [11].

### **La GEU abdominale (1,3% des cas) [12]**

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

### **La GEU ovarienne (0,7 à 1,7% des cas) [12]**

L'intégrité tubaire homo et controlatérale avec présence d'un sac ovulaire sur l'ovaire relié à l'utérus par le ligament utero- ovarien, ainsi que par la présence de tissu ovarien en contact direct avec le sac ovulaire.

### La GEU avec implantation cervicale [13,14].

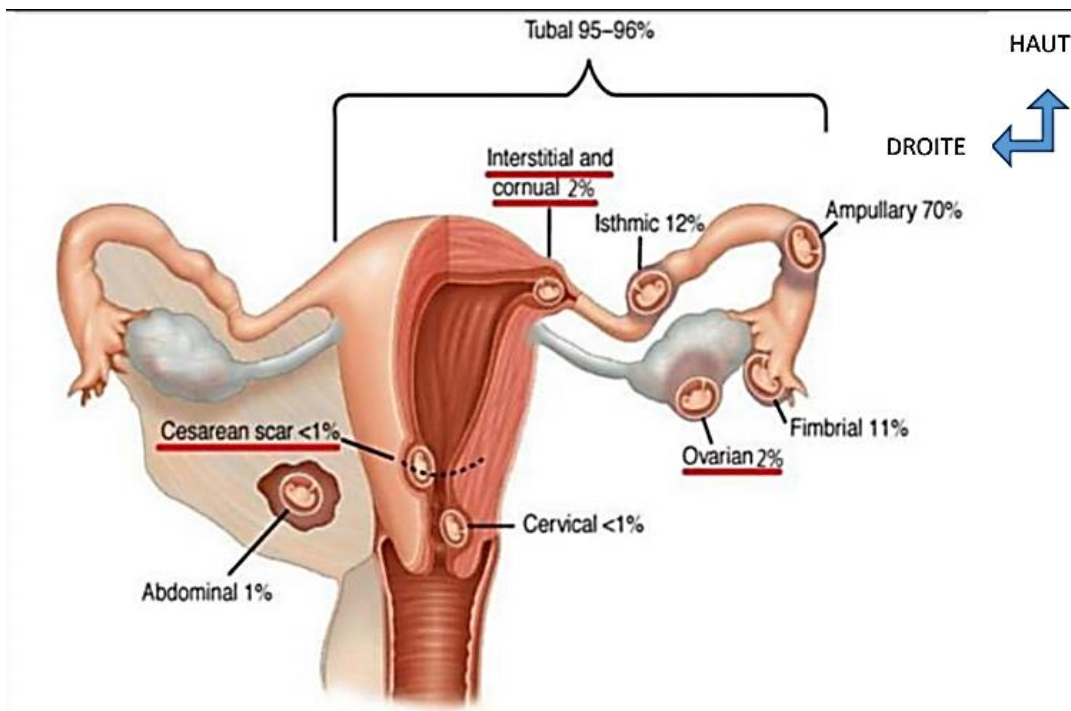
Localisation très rare, environ 1 cas / 15000 grossesses.

### La GEU avec particularités [16]

Les grossesses hétérotopiques qui se définissent comme étant une association de GEU et GIU.

Les GEU chroniques 20%, entité mal définie de diagnostic anatomopathologique.

Les GEU anormales sont également rarissimes, inférieurs à 1%.



**Figure 6 : Localisations des grossesses ectopiques selon Cunningham [17]**

#### 3.1.5 Facteurs de risque de la GEU :

##### - Les infections génitales [16]

Les infections sexuellement transmissibles et leurs complications génitales (salpingites, pelvipéritonites, séquelles adhérentielles) seraient responsables de 50 % des GEU.

Le germe le plus fréquent est le *Chlamydiae Trachomatis* du fait de la latence et la chronicité des lésions tubaires.

Les GEU sont cinq fois plus fréquentes chez les femmes avec antécédent de salpingite.

##### - Les antécédents de chirurgie pelvienne [16]

Les antécédents de chirurgie pelvienne (chirurgie tubaire, appendicectomie) favoriseraient la survenue de GEU, due à l'infection péritonéale concomitante, la réaction inflammatoire tubaire et les adhérences péri-annexielles séquellaires.

## - **La contraception**

### **Contraception orale**

La prise continue des microprogestatifs serait responsable de la GEU due au mécanisme d'action inhibitrice sur la motilité ciliaire tubaire associé à l'absence d'inhibition de l'ovulation, l'opacification de la glaire cervicale et l'atrophie de l'endomètre.

Les oestro-progestatifs combinés constitueraient les moyens contraceptifs prévenant le mieux les GEU mais, peu d'études semblent trouver une liaison.

La micropilule progestative, responsable de la GEU aux alentours de 10%.

Selon Madelenat, l'incidence de la GEU augmente chez les femmes sans contraception orale alors qu'elle diminue chez les femmes avec contraception oestroprogestative [18].

### **Dispositif intra-utérin (DIU).**

Le DIU empêche la survenue de la GEU et par conséquent engendre un risque d'infection pelvienne.

Tout retard de règles chez une porteuse de stérilet doit faire penser à une GEU [18].

## - **Tabagisme [18]**

La relation entre le tabagisme et la survenue de la GEU serait dose-dépendante et présente pour des consommations même modérées (risque relatif de 1,3 pour une consommation de 1 à 10 cigarettes). Le tabac peut être considéré comme facteur de risque de GEU à 30% à-peu-près.

## - **Antécédents obstétricaux**

### **Antécédents de GEU**

Le risque de survenue d'une GEU s'explique d'une part par les facteurs de risque persistants et d'autre part, par les séquelles tubaires causées par la première GEU notamment en cas de traitement chirurgical conservateur (trompe avec cicatrice). Le taux de récurrence est estimé à 20% [16].

### **Antécédents de fausse couche spontanée**

Ceci s'explique par le rôle direct des infections survenues au moment de la fausse couche, mais également par la présence de facteurs communs aux fausses couches et aux GEU (tel que les facteurs hormonaux) [19 ;20].

### **Antécédents d'IVG**

Deux études françaises récentes ont montré un lien entre l'antécédent d'IVG et risque de GEU. La première ne comporte que des IVG chirurgicales, ce qui conduit à privilégier l'hypothèse d'une contamination infectieuse au moment de l'IVG. Et la seconde montre que seuls les antécédents d'IVG médicales sont associés au risque de GEU [16].

## **GEU, infertilité antérieure et procréation médicale assistée (PMA) [18]**

Selon plusieurs études, les antécédents d'infertilité (définie selon les auteurs par un ou deux ans de recherche infructueuse de grossesse) augmentent le risque de GEU à travers l'atteinte tubaire ainsi qu'aux différents protocoles de PMA. Les relations entre l'infertilité et la GEU sont complexes car la GEU est à la fois cause et conséquence de l'infertilité.

L'augmentation de risque de GEU a été notée de façon récurrente chez les femmes dont la grossesse a été induite par le citrate de Clomifène au cours des traitements de l'infertilité.

Dans un contexte de PMA, rechercher une grossesse hétérotopique dont le diagnostic est difficile.

### **- Autres facteurs [16]**

L'endométriose ou la notion d'exposition in utero au Distilbène ® sont des facteurs de risque de GEU sans que le mécanisme causal soit correctement élucidé.

### **- Diagnostic clinique**

La symptomatologie clinique de la GEU est classiquement variée ; toute femme en âge de procréer avec test de  $\beta$ HCG positif associée à des facteurs de risque est susceptible d'être porteuse d'une GEU.

### **3.1.6 Forme typique (GEU rompue)**

#### **- Les signes fonctionnels**

L'interrogatoire doit rechercher l'ensemble des facteurs de risque susceptible d'engendrer la survenue de la GEU.

Préciser les signes fonctionnels (douleurs pelviennes, aménorrhée, métrorragies).

Toute métrorragie +/- douleurs pelviennes chez une femme en âge de procréer est une GEU jusqu'à preuve de contraire.

#### **Les douleurs pelviennes**

C'est le maître symptôme, retrouvées dans 90% des cas.

Elles sont dues à la distension de la trompe sous l'effet du développement de l'œuf. Elles peuvent être unilatérales ou bilatérales, localisées dans l'une des deux fosses iliaques, ou carrément diffuses lors d'une irritation péritonéale hémorragique avec irradiation scapulaire et lombaire associés à une lipothymie [7]

#### **Aménorrhée**

L'aménorrhée est retrouvée dans 70% des cas, La notion d'aménorrhée est souvent méconnue par la patiente car les métrorragies parfois camouflent le retard et sont considérées dans de nombreuses situations pour des menstruations normales.



En fonction de la durée d'aménorrhée exprimée en semaines d'aménorrhée (SA), on y distingue : GEU précoces si  $SA \leq 10$  et avancées  $SA > 10$  [16].

### **Les métrorragies**

L'existence de métrorragies oriente vers une évolution anormale de la grossesse.

Classiquement elles sont peu abondantes, de couleur brunâtre « sépia », répétitives, parfois mélangées avec du sang rouge. Dans cette forme l'état général est conservé (TA et pouls normaux) [21].

### **Autres signes accompagnateurs [22]**

Moins fréquents que sont :

Les signes sympathiques de grossesse souvent discrets voir même absents.

### **Syncope et lipothymie**

Ce sont des signes d'apparition tardive et pouvant faire évoquer un hémopéritoine, confirmant ainsi une GEU rompue.

### **Douleurs de l'hypocondre droit**

Doivent être recherchées et faisant évoquer un syndrome de Fitz-Hug-Curtis, se traduisant par une péri hépatite secondaire à plusieurs IST essentiellement Chlamydia trachomatis, adhérences en corde de violon entre le foie et la paroi abdominale.

### **Le ténesme rectal**

Orienté vers une irritation péritonéale, mais non spécifique de la GEU.

### **- Les signes généraux**

### **La fréquence cardiaque et tension artérielle [23]**

En cas de GEU rompue, il est important de rechercher les signes d'instabilité hémodynamique, qui se traduisent par une tachycardie (fréquence cardiaque  $> 90$ ) précède la baisse de la tension artérielle qui est souvent tardive.

Cependant en cas de GEU rompue, la tachycardie n'est pas constante et une tension artérielle normale n'exclut pas la présence d'un hémopéritoine.

### **La température [23]**

La forme fébrile peut nous amener à penser à un problème infectieux. Toutefois, une température élevée n'élimine pas une GEU.

### **La coloration des conjonctives [23]**

La pâleur conjonctivale est à rechercher, qui peut s'expliquer par une anémie aigue sévère due à la rupture de la GEU.

### - **Les signes physiques [23]**

Il est important de rechercher les signes d'irritation et d'inondation péritonéale, qui définissent l'urgence thérapeutique.

### **L'examen abdominal [16]**

L'abdomen est généralement plat et souple. A rechercher deux signes importants qui sont :

- La présence d'une sensibilité ou d'une défense à la palpation témoignant l'irritation péritonéale.
- La présence d'une douleur à la mobilisation utérine

L'examen gynécologique retrouve :

**Lors de l'examen sous spéculum** l'origine endo-utérine des saignements, éliminant ainsi le diagnostic de fausse couche en cours.

**Le toucher vaginal combiné au palpé hypogastrique [16]** il permet de préciser l'état du col, la taille utérine, l'état des annexes et retrouve :

- Un col ramolli, douloureux à la mobilisation souvent entre-ouvert.
- Un utérus gravide moins volumineux que ne le voudrait le terme de la grossesse.
- L'empatement d'un cul-de-sac vaginal.
- Une masse latéro-utérine molle, sensible et séparée de l'utérus par un sillon ou prolabée dans le Douglas, (petite chose de Mondor).
- Au niveau du cul de sac de Douglas, le toucher peut entraîner une vive douleur témoignant une irritation péritonéale.
- Eventuellement il existe une douleur à la mobilisation utérine.

### **Le toucher rectal**

Au niveau du cul-de-sac de Douglas le toucher rectal entraîne une vive douleur « cris de douglas » témoignant une irritation péritonéale.

Au terme de cet examen :

- Il faut mettre la patiente au repos et sous surveillance stricte.
- Lancer rapidement les examens complémentaires pour confirmer le diagnostic et intervenir avant toute complication.

### - **Formes cliniques**

On y distingue

### **Rupture cataclysmique de la GEU (inondation péritonéale). [21]**

Elle se caractérise par une douleur hypogastrique brutale, atroce, rapidement suivie d'épisodes de syncope. L'examen général nous montre un état de choc en rapport avec l'anémie aiguë. L'abdomen est tympanique avec une défense pariétale et matité dans les deux flancs.

Le toucher vaginal provoque une douleur vive au niveau du cul-de-sac du Douglas. Ainsi la ponction ramène du sang incoagulable.

L'échographie abdomino-pelvienne met en évidence l'hémopéritoine avec comblement des gouttières pariéto-coliques. L'indication opératoire est formelle et urgente.

### **La forme pseudo-abortive [16]**

Elle se traduit comme étant une fausse couche. Elle se caractérise par des métrorragies rouges s'accompagnant de crampes expulsives, seul le bilan paraclinique permet de redresser le diagnostic.

### **La forme simulant une salpingite avec douleurs à type de colique [21]**

La fièvre, une hyperleucocytose et une absence de métrorragies posent des problèmes. Dans la GEU, le vagin est propre, le col est normal, la glaire propre et non purulente. La comparaison des courbes d'hyperleucocytose et de température, l'accentuation de l'anémie, la positivité du taux d'HCG doivent être pratiqués et une coélioscopie qui rectifiera le diagnostic.

### **Formes hétérotopiques**

Il s'agit de l'association d'une GEU et d'une GIU, et sont plus fréquentes après FIV. Dans ce cas, la constatation d'une GIU évolutive ne devra pas rassurer le médecin qui devra rechercher une masse latéro-utérine. Le traitement est compliqué par le souci de préserver si possible La GIU [16].

### **Formes pseudo-occlusives**

On y rencontre : la douleur, les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz, un météorisme souvent assez important, une hyper sonorité péri-ombilicale avec anses grêles distendues. Devant un tel tableau chez une femme supposée en état de grossesse, penser à la possibilité de GEU, surtout à une grossesse abdominale [16].

### **Formes pseudo-appendiculaires [18]**

Les principaux signes sont : douleur de la fosse iliaque droite, une défense-contraction, des vomissements, la fièvre, une hyperleucocytose avec élévation de la vitesse de sédimentation. L'aménorrhée est le seul signe pouvant orienter le diagnostic vers la GEU.

### **GEU après hystérectomie [16]**

Certaines études ont rapporté dans la littérature entre 1895 et 1983, plus de 30 cas pouvant survenir dans les jours suivant une hystérectomie. Les cas immédiats sont expliqués par un rapport sexuel survenu dans les 48 heures qui précèdent l'intervention.

### **GEU bilatérale [18]**

Elle doit être évoquée systématiquement en cas d'échec du traitement médical ou chirurgical.

### **GEU après IVG [18]**

Devant toute métrorragie ou des douleurs abdominales chez une femme après interruption volontaire de grossesse (demeurant illégale dans notre pays), penser systématiquement à la possibilité d'une GEU.

#### **- Diagnostic paraclinique**

Dans un contexte de GEU, il est essentiel de réaliser les examens complémentaires suivants :

- Le dosage qualitatif ou quantitatif des  $\beta$ HCG plasmatiques
- L'échographie pelvienne
- La NFS et le groupage rhésus

#### **- Biologie [24]**

### **Définition de l'HCG**

C'est une hormone glycoprotéique complexe sécrétée dans le sang maternel par les cellules trophoblastiques, quel que soit le site d'implantation de la grossesse. Elle assure le maintien de l'activité du corps jaune gravidique jusqu'à ce que le placenta prenne le relais des sécrétions stéroïdiennes.

**Le dosage qualitatif** dans les urines correspond à la classique réaction de grossesse qui fait appel à la méthode immunologique de Wide et Gemzell. Permet d'obtenir un diagnostic de la grossesse à partir de 10 à 15 jours de retard de règles.

**Le dosage quantitatif** c'est le plus utilisé parce qu'il est le plus sensible et le plus spécifique permet d'obtenir le diagnostic biologique de certitude de la grossesse très tôt, avant même le retard des règles.

L'hCG disparaît de l'organisme de la femme dans les 5 jours suivant l'accouchement [8].

La quantité d'hCG produite est directement liée à la quantité de tissus trophoblastique qui dépend elle-même de la taille de l'œuf.

Sur une grossesse normalement évolutive quelle qu'en soit la localisation, on peut se fixer les normes d'interprétation suivantes : (dosages immunologique 3ème standard OMS)

- < 10 UI/L : pas de grossesse.
- Sup a 10 UI/L : présence d'une grossesse.

**Les normes d'interprétation pour une grossesse normalement évolutive (dosages immunologiques 3ème standard OMS » : [18]**

- HCG < 10 UI/L : pas de grossesse
- HCG entre 10 et 500 UI /L : présence d'une grossesse, dimensions ovulaires encore trop faibles pour un repérage échographique (seuil abaissé à 300 pour certains auteurs)
- HCG entre 500 et 1000 UI /L : l'oeuf mesure 1 à 3 mm et il sera repérable 1 à 2 fois sur 3 s'il est dans l'utérus (par voie endovaginale).
- HCG entre 1000 et 7000 UI/L : au-dessus de 1000, un oeuf intra utérin doit être visible par voie vaginale, si les conditions d'examens sont normales (seuil porté à 2500 par voie abdominale).
- HCG > 7000 UI /L : un oeuf intra utérin est toujours visible avec un tel taux et il contient une vésicule ombilicale caractéristique.
- >10000 UI/L : l'embryon et l'activité cardiaque sont habituellement retrouvés.

**Autres marqueurs placentaires**

Rapidement, après l'implantation, l'hCG est présent dans le sang maternel au même titre que d'autres protéines produites par le tissu trophoblastique (pregnancy-associated plasma protein A [PAPP-A], pregnancy-specific beta 1 glycoprotein [SP1], human placenta lactogen [HPL], leukemia inhibitory factor [LIF], activine A et inhibine A). Ces protéines sont également produites lors d'une grossesse ectopique mais à des concentrations plus faibles comme c'est le cas pour l'hCG.

**Marqueurs non placentaires**

**Progestéronémie**

Durant les toutes premières semaines de gestation, la Progestérone (P) est synthétisée par le corps jaune stimulé par des facteurs lutés trophiques émis par l'embryon implanté. Durant cette période, le taux de P reste stable et reflète l'évolutivité de la grossesse.[16]

Selon la méta-analyse de Mol et Al l'étude de la progestéronémie pourrait être intéressante : [25]

- [P] > à 25 ng/ml : exclut une GEU (sensibilité supérieure à 97 %).
  - [P] < à 5ng /ml : exclut une GIU évolutive.
  - Entre 5 et 25 ng / ml, la viabilité et la localisation doivent être confirmées par l'échographie.
- Son dosage est utilisé actuellement dans des stratégies diagnostiques telles celles proposées par Carson et Buster ou dans des scores thérapeutiques. En revanche la progestéronémie n'a pas de grande importance dans la surveillance post opératoire de GEU et ne peut pas remplacer le dosage de  $\beta$ HCG dans la surveillance.

**Tableau I: Score de Fernández [25]**

	1	2	3
Terme en jours d'aménorrhée	> 49	49-42	≤ 42
β-hCG (mUI/ml)	≤ 1000	1000-5000	> 5000
Progestérone (ng/ml)	≤ 5	5-10	> 10
Douleur	Absente	Provoquée	Spontanée
Hématosalpinx (cm)	≤ 1	1-3	> 3
Hémopéritoine (ml)	0	1-100	> 100

Score: traitement médical pour un score inférieur à 13; traitement chirurgical pour un score supérieur ou égal à 13.

### Autres examens biologiques [16]

#### La NFS

Elle est essentielle surtout au stade de complication. Elle ne montrera une anémie qu'en cas hémorragie intrapéritonéal. Une hyperleucocytose modérée n'est pas rare, elle risque à tort vers une étiologie infectieuse (appendicite ou salpingite). La NFS associée au groupage rhésus peuvent entrés dans le cadre du bilan préopératoire associés à d'autres paramètres tels que la glycémie, l'urée, créatinémie, TP/TCK.

#### Le groupage sanguin Rhésus

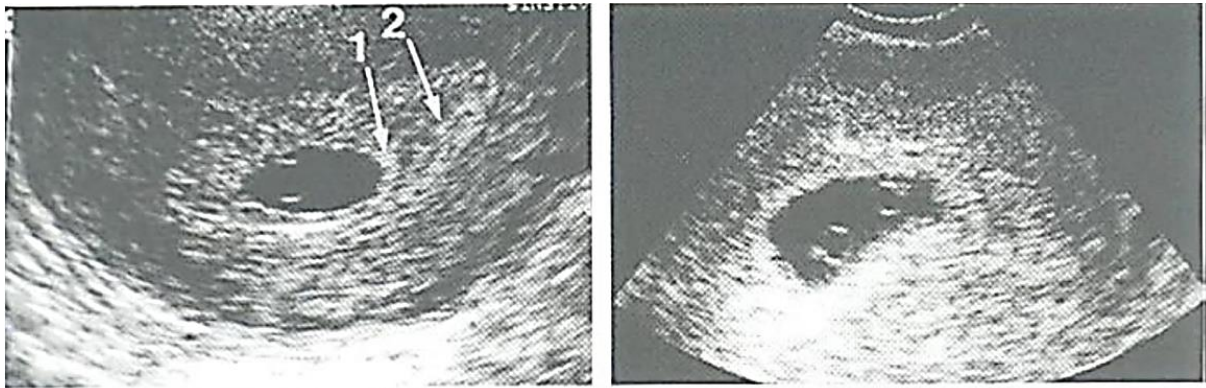
Doit être demandé systématiquement pour toutes les patientes pour une éventuelle transfusion mais aussi pour prévenir l'allo immunisation rhésus chez les patientes de rhésus négatif.

#### - Échographie

L'échographie est un examen paraclinique essentiel dans la recherche d'une GEU. Elle peut se faire par voie abdominale mettant en évidence un sac ovulaire intra utérin visible à partir de la 5<sup>e</sup> SA ; soit par voie endovaginale (plus préférable de nos jours) mettant en évidence la présence d'un embryon ou d'une vésicule ombilicale (VO) au sein d'une image de sac intra-utérin étant donné que l'embryon est visible théoriquement lorsque sa longueur se situe entre 1 à 2 mm c'est-à-dire vers la 5<sup>e</sup> SA plus 3 jours [1].

Cependant l'activité cardiaque apparaît une fois la présence de l'embryon détecté témoignant ainsi le diagnostic [16].

L'épanchement liquidien dans le cul de sac de Douglas n'est pas constant, mais évocateur du diagnostic. Une rupture du kyste du corps jaune peut aussi donner un tel épanchement ou encore un simple reflux tubaire lors des règles abondantes ou d'une fausse couche traduisant ainsi les signes péritonéaux [1].



a) Voie vaginale : œuf de 13 mm et VO de 3 mm. Noter la couronne trophoblastique (1) et l'endomètre (2).  
b) Voie vaginale : présence de deux VO donc grossesse gémellaire monochoriale (encore trop tôt pour déterminer s'il s'agit d'une mono- ou d'une di-amniotique).

### **Figure 7 : Sac ovulaire et vésicule ombilicale [18]**



**Figure 8 : Image échographique d'une GEU tubaire avec un gros hématosalpinx [18].**

#### **- Autres examens paracliniques**

##### **La ponction du Douglas**

N'a de valeur que si positive. Franchement positive en cas d'hémopéritoine important permettant ainsi le recours à une laparotomie d'urgence [1].

##### **La coelioscopie**

Met en évidence la GEU sous une forme de renflement violacé allongé dans le sens de la trompe avec écoulement de sang brun par le pavillon et présence de quelque millilitre de sang noirâtre dans le cul de sac de Douglas. Cependant il existe :

- Des faux négatifs qui sont exceptionnels (0,01%) : ceci traduit des formes ultra précoces à peine visible ; seul l'expérience de l'explorateur notera une coloration bleutée, appréciera un ressaut au palpateur ou recherchera une asymétrie de fond (grossesse interstitielle).
- Des faux positifs rares (1,6%) : généralement liés à une mauvaise vision du pelvis [1].

La coelioscopie est indiquée :

- En cas de forte suspicion de diagnostic, pour permettre le traitement coelioscopique des GEU ne rentrant pas dans des protocoles de traitement médical ou de simple surveillance [16].
- En cas de discordance clinique, biologique et échographique, la coelioscopie sera dans un premier temps diagnostique, puis thérapeutique si la GEU est confirmée. Elle permet d'éviter la laparotomie dans près de 60% des cas [1].

### **IRM**

Examen complémentaire très utile en cas de doute diagnostique ou d'examen échographique difficile, difficulté à localiser une GEU. L'IRM est surtout sensible pour le diagnostic de GEU cornuale, angulaire et interstitielle ainsi que pour les localisations atypiques intra abdominale, ovarienne ou sur corne rudimentaire, et cela en précisant mieux le siège grâce à la haute résolution spatiale qu'elle offre.

Elle n'est réalisable que si l'élimination de la GIU est certaine [16].

#### **- Diagnostic positif**

Toute femme en activité génitale présentant une aménorrhée associée à des métrorragies, douleurs pelviennes, un utérus vide et une masse annexielle parfois embryon avec activité cardiaque à l'échographie,  $\beta$ HCG positif sont des arguments permettant de diagnostiquer la GEU.

#### **- Diagnostic différentiel**

Devant toute métrorragie survenant au cours du premier trimestre lors d'un examen clinique et paraclinique, savoir faire le diagnostic différentiel d'une GEU devant : un avortement précoce, une FCS, une grossesse molaire.

Devant toute douleur pelvienne chez une femme en âge de procréer, savoir faire le diagnostic différentiel d'une GEU devant : une salpingite aigue, une torsion d'annexe, une appendicite.

#### **- Thérapeutique de la Grossesse Extra-Utérine [6]**

##### **3.1.7 Traitement préventif :**

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



### 3.1.8 Traitement curatif :

- **But :**

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

- **Moyens**

Les moyens thérapeutiques sont chirurgicaux ou médicaux.

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

La coelochirurgie a remplacé la laparotomie dans les pays développés.

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

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

- **Indications**

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

Un traitement chirurgical est proposé en première intention pour les GEU ayant un score  $\geq 13$ . De même, un traitement chirurgical est proposé s'il existe une contre-indication au traitement médical principalement basé sur l'utilisation du méthotrexate (anomalies de la crase sanguine, une thrombopénie inférieure à 100000 par ml, une leucopénie inférieure à 1500 par ml, une élévation des transaminases hépatiques à plus de deux fois la normale, ou une créatininémie  $>130 \mu\text{mol/l}$ ).

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

Par ailleurs le traitement médical est également contre indiqué lors de difficultés de compréhension du protocole par la patiente ou du fait d'un éloignement géographique. Les

modalités du traitement et de sa surveillance doivent recevoir l'adhésion complète de la patiente.

**La coelioscopie :** permet de faire le diagnostic ainsi que le traitement.

Les premiers temps de l'intervention comprennent :

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

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

### **Le traitement radical par salpingectomie**

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

### **Chirurgie conservatrice :**

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

### **Traitement médical :**

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

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

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

### **Le traitement par injection répétées**

Comporte quatre injections intramusculaires de 1 mg/kg de MTX à j0, j2, j4 et j6.

Un contrôle des  $\beta$  HCG est réalisé à j14. Un échec est défini par un taux de  $\beta$ -HCG supérieur à 40% du taux initial.

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

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

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

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

#### **L'Association MTX-Mifépristone :**

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

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

- Mesures de Réanimation :

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

- Perfusion de macromolécules à défaut du sang.

- **Pronostic :**

Le pronostic des femmes opérées de GEU est sombre : 30% resteront stériles, 70% auront 1 ou plusieurs enfants, 15-30% feront une 2eme GEU [26].

**MATERIEL**  
**ET METHODES**

## **4 Matériel et méthodes**

### **4.1.1 Cadre d'étude :**

#### **4.1.1.1 Lieu d'étude**

L'unité de gynécologie du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako a servi de lieu à notre étude en collaboration avec le service d'anatomo-cytopathologie du CHU Point G.

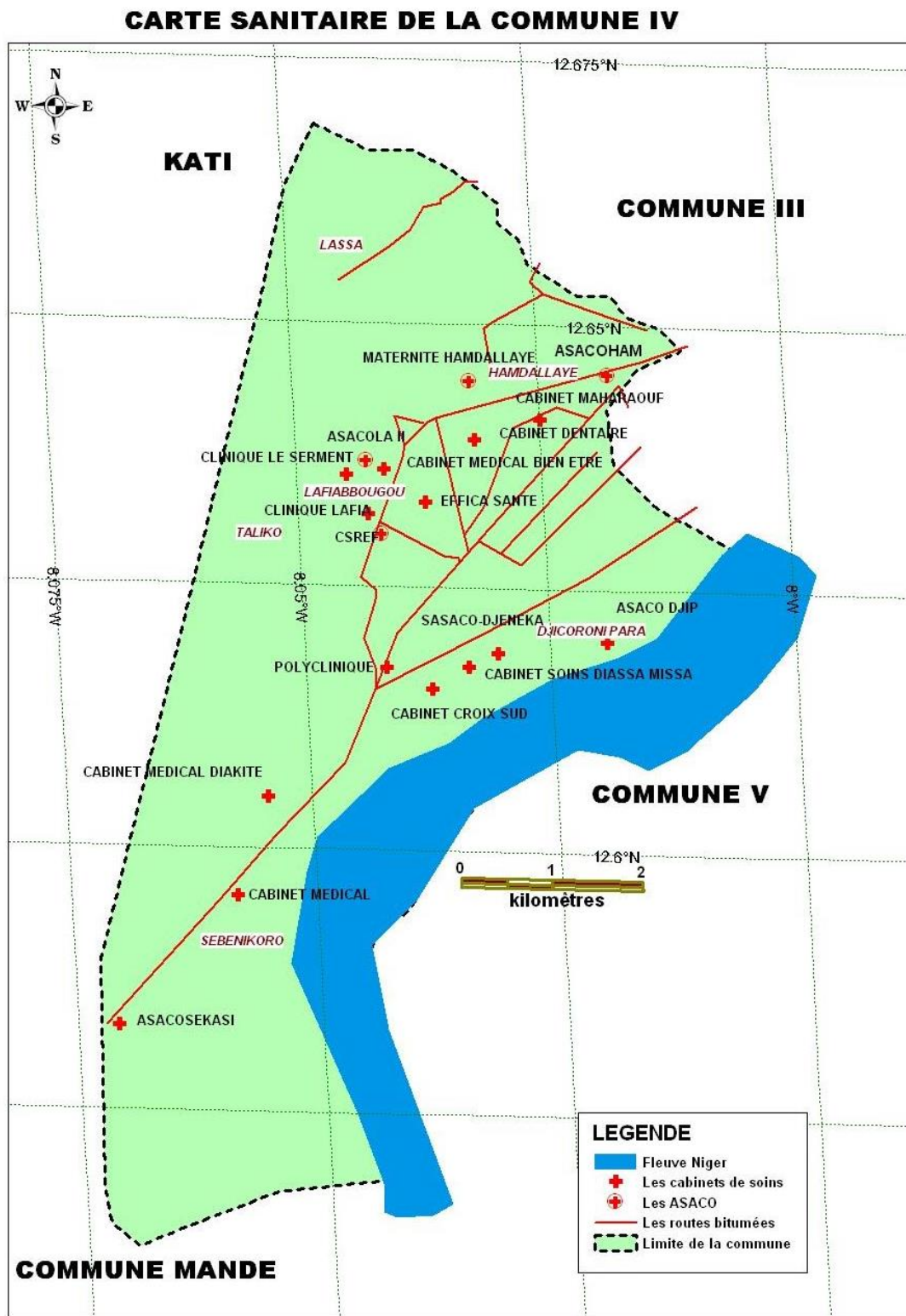
#### **4.1.1.2 Historique de la commune IV :**

L'histoire de la commune IV est intimement liée à celle de Bamako, qui selon la tradition orale a été créée vers le 17 -ème siècle par les Niakaté sur la rive gauche du fleuve Niger et qui s'est développée au début d'Est en Ouest entre les cours d'eau WOYOWAYANKO et BANKONI. Le plus ancien quartier Lassa fut créé vers 1800 en même temps que Bamako et le plus récent Sibiribougou en 1980. La commune IV a été créée en même temps que les autres communes du District de Bamako par l'ordonnance N° 78-34/CMLN du 18 Août 1978 fixant les limites et le nombre des communes du District de Bamako.

Actuellement la commune IV est régie par les textes législatifs suivants :

- ✓ La loi N° 93-008 du 11 Février 1993 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales.
- ✓ La loi N° 95-034 du 12 Avril 1995 portant code des collectivités territoriales.
- ✓ Loi N° 95-022 du 20 Mars 1995 portant statut des fonctionnaires des collectivités territoriales.
- ✓ Loi N° 96-025 du 21 Février 1996 portant statut particulier du District de Bamako.

#### 4.1.2 Données géographiques



**Figure 9** : Carte sanitaire de la commune IV

Source : Carto-oise, RGPH, 2009

Située dans la partie Ouest de Bamako, la Commune IV couvre une superficie de 37,68 Km<sup>2</sup> soit 14,11% de la superficie du District avec une densité de 10266 habitants/ km<sup>2</sup>.

Elle est limitée : à l'Ouest par le Cercle de Kati, à l'Est et au Nord par la Commune III, au Sud par le lit du Fleuve Niger et la Commune III. (Source PUS CIV mars 2001).

#### **4.1.3 Données sociodémographiques :**

La majorité des ethnies du Mali sont représentées en commune IV ainsi que les ressortissants d'autres pays. Sa population totale en 2017 est estimée à 448.525 habitants.

#### **4.1.4 Les structures sanitaires :**

La Commune IV est composée de huit (08) quartiers qui abritent neuf (09) CS Coms et une (01) maternité :

- Quartier de Lafiabougou : ASACOLA 1 et ASACOLA 2 ;
- Quartier de Hamdallaye : ASACOHAM et Maternité RENE CISSE ;
- Quartier de Djikoroni Para : ASACODJENEKA et ASACODJIP ;
- Quartier de Taliko : ASACOLAB 5 ;
- Quartier de Lassa : ASACOLABASAD ;
- Quartier de Sébénikoro : ASACOSEK ;
- Quartier de Sibiribougou : ASACOSEKASI ;
- Quartier de Kalabambougou : absence de CSCOM fonctionnel mais les populations sont prises en charge par ASACOSEK et ASACOSEKASI.

En outre la Commune compte une cinquantaine de structures privées de santé et une trentaine d'officines pharmaceutiques :

- 37 officines pharmaceutiques ;
- 06 centres de santé socio-humanitaires (Luxembourg, Mali Gavardo, El Razi, El Héral d'Iran, AMALDEME, Centre Islamique d'Hamdallaye) ;
- 01 centre national d'appui à la lutte contre la maladie (CNAM) ;
- 25 cliniques et polycliniques (Pasteur, Lac Télé);
- 24 cabinets médicaux et de soins ;
- 03 cabinets dentaires ;
- 02 cabinets d'ophtalmologie ;
- 02 cabinets de sage-femme ;
- 07 cabinets de soins infirmiers ;
- 05 structures de médecine traditionnelle.

Le centre de santé de référence est situé en plein cœur de la commune IV, à Lafiabougou.

Il a d'abord été Protection Maternelle et Infantile (PMI) à sa création (en 1981) érigé en CS Réf en juin 2002 pour répondre aux besoins des populations de la commune en matière de santé.

Situation du personnel socio-sanitaire :

Le centre de santé de référence (C S Réf) de la commune IV compte 198 agents. Il appuie les centres de santé communautaires par l'affectation en personnel qualifié, la dotation en matériel et équipements, par la conduite de missions de supervision et par la formation continue du personnel. Le personnel des centres de santé communautaires à l'instar de celui du C S Réf est pris en charge soit par l'état, le C S Réf, les fonds PPTE, l'APEJ, la mairie ou les ASACO.

- **Les locaux : le CS Réf CIV comprend :**

- 2 bureaux de consultation gynécologique,
- 2 bureaux de consultation médicale,
- 2 salles de consultation pédiatrique,
- 1 bureau de consultation ophtalmologique,
- 1 salle des urgences,
- 2 blocs opératoires,
- 1 salle de réveil,
- 1 salle de stérilisation,
- 1 salle d'accouchement,
- 2 salles de suites de couche,
- 1 salle de réunion,
- 1 salle pour le SIS,
- 1 salle pour la brigade d'hygiène,
- 10 salles d'hospitalisation, dont : (5 salles pour la gynécologie obstétrique avec 18 lits, 2 salles pour la chirurgie générale avec 6 lits, 3 salles d'hospitalisation pour la médecine et la pédiatrie),
- 1 bureau de consultation prénatale,
- 1 bureau de consultation postnatale,
- 1 bureau de consultation ORL
- 1 bureau des examens d'explorations ORL
- 1 bureau de consultation de cardiologie
- 1 bureau de consultation de neurologie
- 1 bureau de consultation de gastro-entérologie.
- 1 salle d'endoscopie
- 02 salles d'échographies,
- 1 unité d'anesthésie-réanimation,



- 1 unité PEV,
- 1 unité pour le développement social,
- 1 salle des faisant fonction d'interne,
- 1 salle pour le surveillant général,
- 1 cabinet dentaire,
- 1 laboratoire,
- 1 DAT,
- 1 unité USAC,
- 1 salle de soins infirmiers,
- 1 morgue, 1 Mosquée, 1 cantine et des toilettes.

NB : le CSRéf était en rénovation, et porte actuellement le nom de l'hôpital de District commune IV.

- **Personnel : le CS Réf CIV emploie :**

- 21 médecins spécialistes,
- 02 biologistes,
- 36 médecins généralistes,
- 01 pharmacien,
- 28 sage-femmes,
- 18 assistants médicaux,
- 14 infirmiers d'état,
- 50 techniciens supérieurs,
- 15 aides-soignants,
- 14 administrateurs,
- 11 comptables,
- 01 informaticien,
- 01 électricien,
- 04 agents d'assainissements,
- 01 aspergeur,
- 02 plantons,
- 09 manœuvres,
- 06 chauffeurs,
- 03 gardiens,
- 01 portier,
- 01 lingère.

## - **Présentation du service gynécologie obstétrique**

Ressources humaines :

Le service de gynécologie obstétrique comprend :

- 04 gynécologues obstétriciens ;
- Vingt-trois (21) étudiants en thèse de la FMOS de Bamako

Les activités du service :

Les activités sont centrées sur :

- La consultation externe qui est effectuée du lundi, mardi, mercredi et vendredi répartie entre 4 gynécologues obstétriciens
- Un staff technique se tient chaque jour à 08heure 30 min dirigé par un Gynécologue Obstétricien afin d'échanger sur les modalités de prise en charge des urgences gynéco-obstétricales à la veille des gardes dans le service.
- Deux jours de programme opératoire (Mardi, Jeudi), une visite est faite chaque jour après le Staff.

### **4.1.5 Période et type d'étude**

Notre étude s'est déroulée sur une période de 12 mois allant du 5 août 2021 au 21 août 2022.

Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive.

### **4.1.6 Population d'étude**

L'étude a concerné les femmes enceintes reçues en consultation (aux urgences) dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.

### **4.1.7 Échantillonnage**

- Critères d'inclusion

Sont incluses dans notre étude, toutes les patientes admises pour GEU et prises en charge dans le service de gynéco-obstétrique du CSRéf CIV et dont le diagnostic a été confirmé par un examen anatomo-cytopathologique.

- Critères de non inclusion

Tous les cas de GEU opérées avant et en dehors de la période d'étude ;

Tous les cas de GEU sans confirmation anatomopathologique

- Collecte des données

Le recueil des données a été fait à l'aide des fiches d'enquêtes remplies à partir des dossiers obstétricaux, le registre d'accouchement, le registre du protocole opératoire et les comptes rendus anatomopathologiques.

#### **4.1.8 Les techniques anatomopathologiques**

Les pièces de salpingectomie ont été fixées au formol à 10%.

A la macroscopie :la pièce a été mesurée, consistance appréciée ainsi que la coloration. Après un examen macroscopique, les prélèvements ont été inclus dans la paraffine, coupés au microtome rotatif et colorés à l'hématoxyline et éosine.

La lecture a été faite au microscope optique au faible et au fort grossissement par un pathologiste.

#### **4.1.9 Analyse et traitement des données**

La saisie de données a été faite sur Microsoft world 2016 et l'analyse des données a été effectuée sur le logiciel IBM SPSS statistics 20.

Comme test statistique, nous avons utilisé le test de Fisher avec comme seuil de signification  $p\text{-value} < 0,05$ .

#### **4.1.10 Variables**

Les facteurs socio démographiques, données cliniques et paracliniques, résultats anatomopathologiques, prise en charge chirurgicale et pronostic maternel.

# **RESULTATS**

## 5 Résultats

### - Fréquence

Durant notre période d'étude de 12 mois, nous avons enregistré 20 cas de GEU sur 130 laparotomies soit une fréquence de 15,38%.

### - Caractéristiques sociodémographiques

**Tableau II : Répartition des patientes en fonction de la tranche d'âge**

Age (ans)	Effectifs	Pourcentage (%)
15-19	2	10
20-29	14	70
30-39	4	20
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

La tranche d'âge 20-29 ans était la plus représentée soit 70% des cas, L'âge moyen était de  $26,7 \pm 2$  ans avec des extrêmes de 19 et 37 ans.

**Tableau III : Répartition des patientes en fonction de l'ethnie**

Ethnie	Effectifs	Pourcentage (%)
Bambara	5	25
Malinké	7	35
Peulh	3	15
Autres	5	25
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Autres : Sarakolé (1), Maure (1), Bozo (1), Wolof (1) et Mianka (1).

L'ethnie Malinké était la plus représentée soit 35% des cas.

**Tableau IV : Répartition des patientes en fonction de leur adresse**

<b>Adresse</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Hamdallaye	3	15
Lafiabougou	3	15
Sebenicoro	7	35
Djicoroni Para	1	5
Autres	6	30
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Parmi nos patientes 35% résidaient à Sebenicoro.

**Tableau V : Répartition des patientes en fonction du niveau d'instruction**

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Non scolarisée	9	45
Primaire	5	25
Secondaire	3	15
Supérieur	3	15
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Dans notre étude, 45% de nos patientes étaient non scolarisées.

**Tableau VI : Répartition des patientes en fonction de la profession**

<b>Profession</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Aide-ménagère	1	5
Ménagère	11	55
Etudiante	2	10
Commerçante	6	30
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

La plupart de nos patientes était les ménagères avec 55% des cas.

**Tableau VII : Répartition des patientes selon le Statut matrimonial**

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Célibataire	3	15
Mariée	17	85
Divorcée	0	0
Veuve	0	0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Les femmes mariées étaient les plus représentées soit 85% des cas.

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

<b>ATCD Chirurgicaux</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Cure GEU antérieure	7	35
Césarienne	3	15
Chirurgie conservatrice des trompes	1	5
<b>Autres</b>	4	20
Sans ATCD	5	25
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Autres à préciser ; appendicectomie (1), kystectomie (2), chirurgie des voies urinaires (1).

Dans notre étude, 35% de nos patientes avaient un ATCD de cure de GEU antérieure.

**Tableau IX : Répartition des patientes en fonction de la parité**

<b>Parité</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Nullipare	5	25
Primipare	6	30
Pauci pare	5	25
Multipare	4	20
Grande multipare	0	0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Dans notre étude 30% de nos patientes étaient des primipares.



**Tableau X : Répartition des patientes selon les antécédents d'infections uro- génitales**

ATCD d'infections uro-génitales	Effectifs	Pourcentage (%)
Infection urogénitale	14	70
Absence d'infection urogénitale	6	30
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Aucours de notre etude,70% de nos patientes avait un ATCD d'infection urogénitale de type vulvo vaginite.

**Tableau XI : Répartition des patientes en fonction de l'utilisation des contraceptifs**

Utilisation de contraceptif	Effectifs	Pourcentage (%)
Pilule (lévonorgestrel)	7	35
Implant (lévonorgestrel)	6	30
DIU	5	25
Aucun	2	10
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Parmi nos patientes 35% des cas utilisaient un contraceptif hormonal (pilule)de type lévonorgestrel.

**Tableau XII : Répartition des patientes en fonction du mode d'admission**

Mode d'Admission	Effectifs	Pourcentage (%)
Venue d'elle-même	3	15
Accompagnée par les parents	6	30
Référée	11	55
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

La plupart de nos patientes nous avait été referée avec 55% des cas.

**Tableau XIII : Répartition des patientes en fonction du motif d'admission**

Motif d'Admission	Effectifs	Pourcentage (%)
Douleurs pelviennes	3	15
Métrorragies	5	25
GEU rompue	8	40
GEU non rompue	4	20
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Le motif d'admission le plus représenté était la GEU rompue de diagnostic échographique, soit 40% des cas.

**Tableau XIV : Répartition des patientes en fonction des signes cliniques à l'admission**

Signes cliniques	Effectifs	Pourcentage (%)
Aménorrhée	16	80
Douleurs pelviennes	16	80
Métrorragies	12	60
Vertiges	4	20
Nausées	2	10
Vomissement	0	0
Hypersialorrhée	0	0
Cris de l'ombilic	10	50
Signe de flot	0	0
Cris du Douglas	14	70
Saignement endo-utérin	12	60

Dans notre étude, 80% des cas avaient des douleurs pelviennes de même qu'une notion d'aménorrhée.

**Tableau XV : Répartition des patientes en fonction de la réalisation des examens complémentaires**

Examens complémentaires	Effectifs	Pourcentage (%)
βHCG urinaire	20	100
Échographie pelvienne	20	100
Taux d'hémoglobine	20	100
Gr-Rh	20	100

Toutes nos patientes ont bénéficié des examens complémentaires (βHCG urinaire, Échographie pelvienne, Taux d'hémoglobine et le groupage rhésus).

**Tableau XVI : Répartition des patientes en fonction du type de GEU**

GEU	Effectifs	Pourcentage (%)
GEU rompue	14	70
GEU non rompue	6	30
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

La majorité des patientes a présenté une GEU rompue, soit 70% des cas.

**Tableau XVII : Répartition des patientes en fonction de la localisation de la GEU**

GEU	Effectifs	Pourcentage (%)
GEU droite rompue	9	45
GEU droite non rompue	2	10
GEU gauche rompue	5	25
GEU gauche non rompue	4	20
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

La GEU droite était la localisation la plus fréquente chez nos patientes avec 55% des cas.

**Tableau XVIII : Répartition des patientes en fonction du siège de la GEU**

Siège de GEU	Effectifs	Pourcentage (%)
Ampullaire	12	60
Isthmique	4	20
Infundibulaire	2	10
Interstitielle	2	10
Abdominal	0	0
Ovarien	0	0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

La GEU ampullaire était la plus représentée soit 60% des cas.

**Tableau IX : Répartition des patientes selon le moyen de traitement utilisé**

Moyen de traitement	Effectifs	Pourcentage (%)
Médical (méthotrexate)	0	0
Chirurgical (salpingectomie subtotale)	15	75
Chirurgical (salpingectomie totale)	5	25
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

La salpingectomie subtotale a été le moyen de traitement le plus utilisé soit 75% des cas.

**Tableau XX : Répartition des patientes selon la nature des lésions**

Nature des lésions	Effectifs	Pourcentage (%)
Rupture ou fissuration de la paroi tubaire	9	45
Avortement tubo-abdominal	6	30
Hémosalpinx	5	25
Hématocèle retro-utérine	0	0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

La rupture de la paroi tubaire était la plus représentée soit 45% des cas.

**Tableau XXI : Répartition des patientes en fonction du résultat de l'histologie**

Histologie	Effectifs	Pourcentage (%)
Salpingite Chronique	6	54,5
Bilharziose tubaire	3	27,2
Sans étiologie	2	18,3
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Au cours de notre étude, la plupart de nos cas de GEU ayant bénéficié d'un examen anatomopathologique était due à une salpingite chronique soit 54,5% des cas.

**Tableau XXII : Répartition des patientes ayant bénéficié d'une transfusion sanguine en per ou postopératoire.**

<b>Transfusion sanguine</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Oui	13	65
Non	7	35
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

La plupart de nos patientes a été transfusée avec 65% des cas.

**Tableau XXIII : Répartition des patientes en fonction des traitements administrés en postopératoire.**

<b>Traitements administrés en postopératoire</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Antibiotiques	20	100
Antalgiques	11	55
Anti-inflammatoires	9	45

Toutes les patientes ont reçu des antibiotiques en postopératoire.

**Tableau XXIV : Répartition des patientes en fonction de la durée d'hospitalisation (en jour)**

<b>Durée d'hospitalisation</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
3 jours	18	90
4 jours	1	5
5 jours	1	5
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

La majorité de nos patientes ont fait 3 jours d'hospitalisation soit 90% des cas.

**Tableau XXV : Répartition des patientes en fonction du pronostic maternel.**

Pronostic maternel	Effectifs	Pourcentage (%)
Vivante	20	100
Décédée	0	0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

Au cours de notre étude, nous n'avons pas enregistré de décès maternel.

**Tableau XXVI : Répartition des cas de GEU en fonction de la tranche d'âge.**

Tranche d'âge	GEU		Total (%)
	Non rompue	Rompue	
15-19 ans	1 (16,7)	1 (7,1)	2(10)
20-29 ans	4 (66,7)	10 (71,4)	14(70)
30-39 ans	1 (16,7)	3 (21,4)	4(20)
Total	6(100)	14(100)	20(100)

**Test exact de Fisher = 0,990.**

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre l'âge et la survenue de la GEU ( $P > 0,05$ ).

La tranche d'âge 20-29 ans avait le taux le plus élevé de GEU soit 70% des cas.

**Tableau XXVII : Répartition des cas de GEU en fonction de l'ethnie.**

Ethnie	GEU		Total
	Non rompue (%)	Rompue (%)	
Bambara	1 (16,67)	4 (28,6)	5(25)
Peulh	0 (0,0)	3 (21,4)	3(15)
Malinké	2 (33,33)	5 (35,7)	7(35)
Autres	3 (50,0)	2 (14,3)	5(25)
Total	6(100)	14(100)	20(100)

**Test exact de Fisher = 0,530.**

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre la survenue de la GEU en fonction de l'ethnie ( $P > 0,05$ ).

La survenue de la GEU était plus fréquente chez les malinkés soit 35% des cas.

**Tableau XXVIII : Répartition des cas de GEU en fonction du niveau d'instruction**

Niveau d'instruction	GEU		Total (%)
	Rompue	Non rompue	
Non scolarisée	6(42,85)	3(50)	9(45)
Primaire	4(28,57)	1(16,66)	5(25)
Secondaire	2(14,28)	1(16,66)	3(15)
Supérieur	2(14,28)	1(16,66)	3(15)
Total	14(100)	6(100)	20(100)

**Test exact de Fisher = 0,991.**

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre le niveau d'instruction et le type de GEU ( $P > 0,05$ ).

La majorité de nos patientes qui avait une GEU était non scolarisée soit 45% des cas.



**Tableau XXIX : Répartition des cas de GEU en fonction de la profession.**

Profession	GEU		Total (%)
	Rompue	Non rompue	
Aide-ménagère	1(7,14)	0(0)	1(5)
Ménagère	7(50)	4(66,66)	11(55)
Elève	0(0)	0(0)	0(0)
Etudiante	1(7,14)	1(16,66)	2(10)
Fonctionnaire	0(0)	0(0)	0(0)
Commerçante	5(35,71)	1(16,66)	6(30)
Total	14(100)	6(100)	20(100)

**Test exact de Fisher =0, 422.**

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre la survenue de la GEU en fonction de la profession ( $P > 0,05$ ).

**La majorité des patientes qui avait une GEU était des ménagères avec 55 (%).**

**COMMENTAIRES  
ET DISCUSSION**

## **6 Commentaires et Discussion :**

### **- Méthodologie :**

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et transversale allant du 05/08/2021 au 21/08/2022 portant sur l'étude clinique, thérapeutique et anatomopathologique de la GEU au Centre de Santé de Référence de la commune IV du district de Bamako (CSREF CIV).

### **- La fréquence**

Durant notre période d'étude nous avons enregistré 20 cas de GEU sur 130 laparotomies chez 7990 femmes enceintes reçues en consultations soit une fréquence de 0,25%. Ce résultat est inférieur à celui de DB Sanogo qui a trouvé dans son étude en 2012 au CSRef CVI 0,75% [1]. Ceci s'explique par le fait que son nombre de cas de GEU obtenu était supérieur à celui du notre pendant l'étude. S Dembélé avait obtenu 1,38% dans son étude en 2014 au CSRef de la commune IV [5].

### **- Caractéristiques socio-démographiques :**

#### **Age**

La tranche d'âge la plus touchée au cours de notre étude a été de 20-29 ans soit un taux de 70% des cas. Ce résultat est comparable à celui de M Keita qui a trouvé dans son étude au CSRef CIV en 2006 une tranche d'âge de 19 - 33ans soit 66,14% [3], Par contre B Sangare [16] a trouvé dans son étude en 2020 au CSRef CIV 63,63% avec une tranche d'âge 20-29ans.S Soumaoro [6] a trouvé dans son étude en 2020 au CSRef CV1 une tranche d'âge de 20- 35ans, soit 87,93% des cas. Cette tranche d'âge correspond à la période d'activité sexuelle optimale dont la plus affectée par les IST.

#### **La profession**

Dans notre étude, les ménagères occupent la première place avec 55% des cas. Ce taux est comparable à celui de B Sangaré [16] en 2020 au CSREF CIV qui avait obtenu 54,5% des cas. Par contre, il est différent à celui de Fernandez [2] en 1986 qui avait trouvé 50% des cas. Ceci est le reflet des conditions de vie de la femme dans notre pays à cause de la sous scolarisation des filles, l'inégalité entre l'homme et la femme dans la recherche de l'emploi et le refus de certains hommes de laisser leurs femmes travailler hors du foyer.

#### **Statut matrimonial**

Les femmes mariées étaient les plus représentées soit 85% des cas. Ce taux est inférieur à l'étude réalisée par DB Sanogo [1] en 2012 qui avait trouvé 92% des cas et celui de S Soumaoro [6] en 2020 au CSRef CV1 qui avait obtenu 95,69% des cas.

## **Données cliniques**

### **Mode d'admission**

Dans notre étude, la majorité de nos patientes nous a été référée soit 55% des cas, 30% des cas nous ont été adressées par leurs parents et seulement 15% sont venues d'elles-mêmes. Ce résultat est comparable à celui de DB Sanogo [1] en 2012 au CSRéf CVI qui avait trouvé 60% des patientes référées. La plupart des patientes référées n'ont pas bénéficié des conditions du système de référence à savoir la prise d'une voie veineuse et la réalisation du groupage rhésus.

### **ATCD de chirurgie pelvienne**

Les récurrences de GEU ont été observées chez 35% de nos patientes. Ce taux est similaire à celui obtenu par M Keita [3] en 2006 qui a trouvé 32,65% des cas, Par contre supérieur au taux de S Soumaoro [6] qui avait obtenu 3,48% des cas. Ceci pourrait s'expliquer par la persistance des facteurs favorisants notamment les infections génitales après la GEU et les difficultés rencontrées pendant le suivi post opératoire des patientes.

### **ATCD d'infection génitale**

Au cours de notre étude, la majorité de nos patientes avait un ATCD d'infection uro- génitale de type vulvo-vaginite soit 70% des cas. Ce taux est légèrement inférieur à celui de S Dembélé [5] en 2014 qui avait trouvé 73,2% des cas. Ceci s'explique par le fait qu'il existe une relation entre un ATCD d'infection génitale et la fréquence de la GEU selon plusieurs études.

### **Parité**

Dans notre étude, les primipares étaient les plus représentées 30% des cas, les pauci pares et les multipares représentaient respectivement 25% et 20% cas. DB Sanogo [1] avait obtenu dans son étude 30% des cas chez les multipares. Ceci sous-entend que la GEU peut survenir quel que soit la parité.

### **Manifestations cliniques**

Les signes cliniques les plus retrouvés ont été la notion d'aménorrhée et des douleurs pelviennes soit respectivement 80% des cas chacun, les métrorragies ont été retrouvées chez 60% des patientes.

Dans une étude réalisée par S Soumaoro [6] en 2020 les douleurs pelviennes représentaient 41,38% des cas. A savoir que la majorité des patientes ne consultent que si l'évolution de la grossesse leur semblerait anormale.

### **Examens paracliniques**

Toutes les patientes ont bénéficié d'un test urinaire soit 100% des cas. De même elles ont bénéficié d'une échographie pelvienne avec un taux de 100% des cas ayant objectivé la

présence d'un sac gestationnel en dehors de la cavité utérine. Ce taux est supérieur à celui de DB Sanogo [1] qui avait trouvé dans son étude en 2012, 84% des cas [1].

### **Etude histologique**

Pendant notre étude le service d'anatomie cytopathologie a pu étudier 11 pièces opératoires tout en mettant en évidence des villosités placentaires et parfois des infiltrations polynucléaires neutrophiles associées à des hémorragies. Les étiologies suivantes ont été retrouvées ; la salpingite chronique 54,5% des cas, bilharziose tubaire 27,2% et les 18,1% des cas restants étaient sans étiologie. Ce taux est supérieur à celui de S Soumaoro [6] qui a trouvé 35,41% des cas.

### **Traitement**

Dans notre étude, la plupart des patientes ont été admises dans un tableau d'hémopéritoine ainsi la laparotomie et la salpingectomie subtotale (partielle) ont été l'acte chirurgical le plus utilisé soit 75% des cas. DB Sanogo [1] avait eu 88,75% des cas en 2012 et B Sangaré [16] en 2020 avait obtenu 36,4% des cas.

En ce qui concerne les traitements médicaux récents (méthotrexate) et la coeliochirurgie décrits dans la littérature ; n'ont pas été pratiqués par manque de moyens techniques.

La plupart de nos patientes ont bénéficié d'une transfusion sanguine soit un taux de 65% des cas.

### **Pronostic maternel**

Pendant notre étude, nous n'avons pas enregistré de décès maternel de même que B Sangaré [16] qui n'a enregistré aucun décès. Contrairement à D B Sanogo en 2020 [16] qui avait trouvé 2% des cas [1].

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## **7 Conclusion et Recommandations**

### **- Conclusion**

La GEU constitue un problème de santé publique dans notre pays lié à une augmentation croissante de sa fréquence. L'infection génitale de plus en plus fréquente, des partenaires sexuelles multiples, l'insuffisance dans la prise en charge des infections sexuellement transmissibles et des avortements clandestins constituent des facteurs de risques non négligeables. La triade symptomatique classique à savoir (des douleurs pelviennes, une aménorrhée et des métrorragies) a constitué le principal tableau clinique. Le diagnostic presque toujours tardif et l'accès difficile à des moyens diagnostiques comme l'échographie offre de choix thérapeutique. Un traitement chirurgical lourd entraîne d'importantes mutilations et diminue les chances de fécondités ultérieures des patientes.

L'issue de cette pathologie est favorable dans la majorité des cas si le diagnostic est précoce avec la prise en charge adéquate surtout à travers des moyens techniques comme la coeliochirurgie ; dont le besoin se fait sentir permettant d'augmenter les chances de conservation tubaire des patientes prises en charge pour GEU.

### **- Recommandations**

#### **Aux autorités politico-administratives et sanitaires**

- Equiper les centres de santé de référence des moyens d'investigation paraclinique opérationnels 24h/24 pour un diagnostic rapide et précoce en mettant en place une échographie avec sonde endo vaginale.
- Equiper les blocs opératoires des centres de santé de référence en matériels de coeliochirurgie tout en assurant la formation des médecins à cette pratique.
- Recruter des médecins anatomopathologistes dans les centres de santé de référence afin de faciliter le diagnostic histologique.

#### **A la Direction du CSRéf**

- Equiper le laboratoire en réactif pour permettre le dosage quantitatif des beta HCG.
- Former et recycler le personnel soignant au dépistage et à la prise en charge des IST.

#### **A la Population**

- Fréquenter les hôpitaux pour dépister tôt les IST,
- Consulter précocement en cas de suspicion de grossesse pour permettre sa localisation.

# **REFERENCES**



## Références :

1. Sanogo D B. Aspects épidémiologiques et anatomopathologiques de la grossesse extra utérine au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako. [Thèse de médecine] Bamako : FMOS ; 2012.
2. Fernandez H : Grossesse extra utérine : étiologies, diagnostic, évolution et traitement, [Thèse de médecine] Bamako : FMOS 2323p ... ; in Revue du praticien, 2000.
3. Keita M A : Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques des grossesses extra utérines au centre de santé de référence de la commune IV à propos de 127 cas. [Thèse de médecine] Bamako : FMOS ; 2006.69p.
4. Guendeba D. La grossesse extra utérine dans le service de Gynécologie-Obstétrique du CHU Gabriel Touré. [Thèse de médecine] Bamako : FMOS ; 2007. 101p.
5. Dembélé S. Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques de la grossesse extra utérine au centre de santé de référence de la commune IV du 1<sup>er</sup> janvier 2020 au 31 décembre 2012. [Thèse de médecine] Bamako : FMOS ; 2014.73p.
6. Soumaro S. Etude clinique, thérapeutique et anatomopathologique de la grossesse extra utérine au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako. [Thèse de médecine] Bamako : FMOS ; 2020.79p.
7. Dembélé Y. Grossesse extra utérine : Aspect épidémiologique, clinique, diagnostique, thérapeutique et pronostique au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako à propos de 127 cas. [Thèse de médecine] Bamako regnancy during FMOS ; 2006.75p.
8. Kamina P. Anatomie clinique de l'appareil génital féminin 2<sup>-ème</sup> édition. Paris : Maloine ; 2008.
9. Delaroche L. Patrat C. Fécondation dans l'espèce humaine. EMC Obstétrique/Gynécologie. 2012 ;(3) : 1-9p.
10. . La migration et la nidation de l'embryon [En ligne]. ...[ consulte le 22/10/2022] disponible sur : <https://www.louhane.com/nidation-symptomes-et-les-signes-de-cette-etape-importante-2.html>.
11. Depuis O, Clerc J, Madelenat P, Golfier F, Raudrant D. Grossesse extra-utérine. Encycl. Med. Chirurg. Gynécologie Obstétrique. 2009.
12. Meirik O. Ectopic pregnancy during 1961-78. In Uppsala countr seden acta. Obstet Gynecol Scand 1961 ; 60 : 545-548.
13. Judlin P, Leguin T, Zaccabri A, Landes P. Avenir génital apres GEU à propos d'une serie continue de 330 cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1986 ; 58-59p.

14. Pouly JI, Chacron C, Mage C, Manhes H, Canis M, Wattiz A, Bruhat Ma, Multifactorial analysis of fertility following conservative laparoscopic treatment of ectopic pregnancy through a 223 cases series. *Fertil steril* 1991 ; 56 : 453-60.
15. Rothe DJ, Birnbaum SJ. Cervical pregnancy: diagnostic and management. *Obstet gynecol* 1973 ; 42 : 675.
16. Sangare B. Etude clinique thérapeutique et anatomopathologique de la GEU au centre de santé de référence de la commune IV [thèse de médecine]. Bamako : FMOS ; 2020. 84p.
17. Touveny A. Grossesses extra utérines de localisations rares à propos de 28 cas. Analyse des pratiques et proposition de protocole thérapeutique pour la maternité régionale universitaire de Nancy [Thèse de médecine]. Nancy : Université de Nancy ; 2013.
18. Amarouche F, Zamouche I. Grossesse extra utérine. [Thèse de médecine]. Algérie : CHU de Bejaia ; 2018.
19. Bouyer J, Coste J. Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case-control population-based study in France. *Am J Epidemiology* 2003. 157 : 185-95.
20. Registre des grossesses extra utérines en Auvergne. Facteurs de risques des GEU survenant lors d'un échec de contraception par stérilet. *GEU contact* 1999 : 4-5p
21. Soumaoro S. Etude Clinique Thérapeutique et anatomopathologique de la GEU au CSRéf de la commune VI de Bamako [Thèse de médecine]. Bamako : FMOS ; 2020.79p.
22. Fauconier A, Mabrouk. Grossesse extra utérine : intérêt et valeur de l'examen clinique dans la stratégie de prise en charge *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003 ; 18-37p.
23. Krik E, Condous E, Bourne T, Pregnancies of unknown location. *Obstet Gynecol* . 2009 : 1-7p.
24. Ngrand I ; J Gonadotrophine chorionique et sous unité beta libre. *Biologie clinique/Biochimie* : 90-10-04595 ; 2007.
25. Gervaise A, Fernandez H. Prise en charge diagnostiques et thérapeutiques de la grossesse extra utérine. *Encl. Med. Chir. Gynécologie* 2010. 8p.
26. Bah B, La GEU en milieu noir africain à propos de 104 cas observés à Bamako [Thèse de médecine]. Bamako : FMOS ; 1980.

# **ANNEXES**

## Fiche d'enquête

Fiche N° ..... Année :2020/2021

### I. Données sociodémographiques

1-Nom : ..... 2- Prénom : .....

3-Age : ..... 4-Ethnie : /...../

(1=Bambara, 2=Sarakolé, 3=Sonrhäi, 4=Peulh, 5=Malinké, 6=Dogon, 7=Senoufo,  
8=Mianka, 9= Autres)

5-Adresse:/...../

(1= Talico, 2= Lassa, 3= Sibiribougou, 4= Djicoroni Para,  
5= Sebenicoro, 6= Hamdallaye, 7= Lafiabougou, 8= Kalabambougou,  
12 =Autres)

6-Niveau d'instruction : /...../

1= non scolarisée, 2=cycle primaire, 3=cycle secondaire, 4=cycle supérieure

7-Profession : /...../

(1=ménagère, 2=élève, 3=étudiante, 4=fonctionnaire, 5= commerçante, 6=Autres)

8-Etat matrimonial : /...../

(1=Célibataire, 2=Mariée, 3= Divorcée, 4= veuve).

### II. Antécédents

#### 1. Médicaux :

9-HTA : /...../ (1=oui, 2=non)

10- Diabète : /...../ (1=oui, 2=non)

11- Drépanocytose : /...../ (1=oui, 2=non)

12- Asthme : /...../ (1=oui, 2=non)

13-Bilharziose : /...../ (1=oui, 2=non)

14-Autres (1=si oui à préciser, 2=non)

#### 2. Chirurgicaux :

15-Appendicectomie : /...../ (1=oui, 2=non)

16-la chirurgie conservatrice des trompes/...../ (1=oui, 2=non)

17=Cure de GEU antérieure/...../ (1=oui, 2=non)

18-Péritonite/...../ (1=oui, 2=non) 19=kystectomie/...../ (1=oui, 2=non)

20-Césarienne /...../ (1=oui, 2=non)

21 chirurgies des voies urinaires/...../ (1=oui, 2=non)

22 Autres/...../ (1=oui à préciser, 2=non)

**3. Gynéco- obstétricaux :**

23 Menarche : /...../ (âge)

24 Cycles : /...../ (1=régulier, 2=irrégulier)

25 Durée des règles (Jours) : /...../

26 Dysménorrhée : /...../ (1=oui, 2=non)

27 Gestité : /...../

28 Parité : /...../

29 Avortement : /...../

30 fausse couche : /...../ (1=oui..., 2=non)

31 IVG : /...../ (1=oui, 2=non)

32 Infection urogénitale : /...../ (1=oui..., 2=non)

33 Traitée pour stérilité : /...../ (1=oui, 2=non)

34 Contraception : /...../ (1 pilule oestroprogestative ; 2 pilule progestative ; 3  
DIU ; 4 Dépôt provera ; 5 pilules du lendemain ; 6 implants de jadelle ; 7 autres)

**III. Date d'admission et Mode d'admission**

**4. Date d'admission :** ...../...../...../.....

**5. Mode d'admission**

35 Venue d'elle même : /...../ (1=oui, 2=non)

36 Accompagnée par ses parents : /...../ (1=oui, 2=non)

37 Référée/évacuée : /...../ (1=oui, 2=non)

38 Motif d'admission ou Motif de référence : /...../ (1 Métrorragies, 2 Douleurs  
pelviennes ; 3 GEU rompue échographique ; 4 GEU non rompue échographique ; 5  
Autres)

**6. Moyen de déplacement utilisé :** /...../

(1=Ambulance ; 2= Taxi ; 3 Moto, voiture personnelle, 4 Autres)

**7. Qualification de l'agent responsable de l'évacuation**

(1=Infirmier ; 2=Sage-femme ; 3 médecin généraliste ; 4 médecin spécialiste ; 5  
Autres)

#### IV. Données cliniques à l'admission

##### Signes fonctionnelles :

39 Notion d'aménorrhée (retard des règles : /...../ (1=oui, 2=non) durée:.....

40 Douleurs pelviennes progressives : /...../ (1=oui, 2=non) ; spontanées :  
/...../ (1=oui, 2=non)

41 Métrorragies : /...../ (1=oui, 2=non)

42 Fièvre : /...../ (1=oui, 2=non)

43 Vertiges : /...../ (1=oui, 2=non)

##### Signes sympathiques de grossesses :

44 Nausées : /...../ (1=oui, 2=non)

45 Vomissements : /...../ (1=oui, 2=non)

46 Tension mammaire : /...../ (1=oui, 2=non)

47 hyper sialorrhée : /...../ (1=oui, 2=non)

##### Signes physiques :

48 Pâleur : /...../ (1=oui, 2=non)

49 Fièvre : /...../ (1=oui, 2=non)

50 Signe de flot : /...../ (1=oui, 2=non)

51 Cri de l'ombilic : /...../ (1=oui, 2=non)

53 Cri du Douglas : /...../ (1=oui, 2=non)

54 Masse latéro utérine : /...../ (1=oui, 2=non)

55 Saignement Endo utérin : /...../ (1=oui, 2=non)

#### V. Examens Para cliniques

56 Groupage rhésus : /...../

57 NFS : /...../

58 HCG Urinaire : /...../ (1=oui, 2=non)

59 Beta HCG plasmatique : /...../

60 Échographie pelvienne : /...../ (1=oui, 2=non)

- Résultat

#### VI. Diagnostic retenu

61 GEU : /...../ (1=rompue, 2=non rompue)

## VII. Traitement de la grossesse extra utérine

- 63 Motif : .....
- 64 Moyen utilisé : .....
- 65 Annexectomie
- droite : /.../ (1=oui, 2=non) - gauche: /.../ (1=oui, 2=non)
- 66 Salpingectomie
- droite : /.../ (1=oui, 2=non) - gauche: /.../ (1=oui, 2=non)
- 67 Chirurgie conservatrice des trompes : /.../ (1=oui, 2=non)
- 67 Méthotrexate.... ;/.../[1=oui, 2=non]

## VIII. Aspects per opératoires

- 68 Localisation : /...../ (1=droite, 2=gauche)
- 69 Siege de la nidation : /...../ (1=tubaire, 2=ampullaire, 3=isthmique, 4= infundibulaire, 5= interstitielle, 6= ampulo isthmique, 7= ovarienne, 8= abdominal)
- 70 GEU Bilatérale :
- GEU+GIU : /...../ (1=oui, 2=non)
- 71 Nature des lésions :
- (1 rupture ou fissuration de la paroi tubaire, 2= avortement tubo abdominal complet ou en cours, 3= hemosalpinx, 4= hématocèle retro utérine)
- 72 Etat des trompes : (1= trompe contro latérale saine, 2= trompe unique, 3= adhérente, 4= inflammatoire)
- 73 Etats des ovaires
- Etat de l'ovaire contro latéral : /...../ (1=bon, 2=mauvais)

## IX. Anatomie pathologie

- Pièce Fixée et adressée : /...../ (1=oui, 2=non)
- Résultat

## X. Autres Traitements

- 74 Antibiotiques : /...../ (1=oui, 2=non)
- 75 Antalgiques : /...../ (1=oui, 2=non)
- 76 Anti inflammatoires : /...../ (1=oui, 2=non)

77 Transfusion : /...../ (1=oui, 2=non)

- Si oui (nombre de poches) =.....

#### XI.Evolution et suites opératoires

78 Complications : /...../ (1=oui, 2=non)

- 79 Affections Associées : /...../ (1=oui, 2=non) Si oui  
préciser=.....

80 Nombre de jours d'hospitalisation : .....

81Etat à la sortie : .....

Autres : .....



**Fiche signalétique :**

Nom : SAKO

Prénom : Habib

Titre : **ETUDE CLINIQUE, THERAPEUTIQUE ET ANATOMOPATHOLOGIQUE  
DE LA GROSSESSE EXTRA UTERINE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE  
DE LA COMMUNE IV DU DISTRICT DE BAMAKO DU 05 AOUT 2021 AU 21  
AOUT 2022.**

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2021-2022

Ville de soutenance : BAMAKO

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS)

Secteur d'intérêt : Gynécologie- Obstétrique

Numéro de téléphone : 93988555/74829741

Email : Sackoabib.38 gmail.com

**Résumé :**

Les hémorragies du premier trimestre sont les motifs fréquents de consultation dans le service de Gynécologie- obstétrique.

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et transversale qui a porté sur les cas de GEU pris en charge dans le service de Gynécologie- obstétrique du CSRéf CIV du district de Bamako allant du 05/08/2021 au 21/08/2022 soit une période de 1 an.

Durant cette période, notre étude nous a permis de déterminer :

-La fréquence de la GEU dans le service : 0,25% ;

-Les moyens ; méthodes de diagnostic et de prises en charge (examen clinique ; échographie pelvienne ; la prise en charge a été chirurgicale dans tous les cas) ;

Le facteur de risque principal demeure les IST.

La majorité de nos patientes ont consulté au stade de rupture avec comme complications immédiates : hémorragie, anémie et un pronostic materno - obstétrical réservé.

Mots clés : GEU, facteur de risque, pronostic materno-obstétrical.

**Material Safety Data Sheet:**

Name: SAKO

First name: Habib

Title: **CLINICAL, THERAPEUTIC AND ANATOMOPATHOLOGICAL STUDY OF  
EXTRA UTERINE PREGNANCY AT THE REFERENCE HEALTH CENTER OF  
COMMUNE IV OF THE DISTRICT OF BAMAKO FROM AUGUST 5, 2021 TO  
AUGUST 21, 2022.**

UNIVERSITY YEAR: 2021-2022

Support city: BAMAKO

Country of origin: MALI

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology (FMOS)

Sector of interest: Gynecology-Obstetrics

Telephone number: 93988555/74829741

Email: Sackoabib.38 gmail.com

Summary :

Hemorrhages in the first trimester are frequent reasons for consultation in the Gynecology-Obstetrics department.

This was a prospective, descriptive and transversal study which focused on GEU cases managed in the Gynecology-obstetrics department of the CSRéf CIV in the Bamako district from 08/05/2021 to 08/21/ 2022, a period of 1 year.

During this period, our study allowed us to determine:

- The frequency of GEU in the service: 0.25%;
- The means ; methods of diagnosis and treatment (clinical examination; pelvic ultrasound; treatment was surgical in all cases);

The main risk factor remains STIs.

The majority of our patients consulted at the rupture stage with immediate complications: hemorrhage, anemia and a guarded maternal-obstetric prognosis.

Key words: GEU, risk factor, maternal-obstetric prognosis.

## SERMENT D'HIPOCRATE

*En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

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

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

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

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

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

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

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

## JE LE JURE