

Université de Bamako

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Année universitaire 2010-2011

N°.....

Thèse de médecine

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET
ANATOMOPATHOLOGIQUES DE LA
GROSSESSE EXTRA-UTERINE AU CENTRE
DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE
VI DU DISTRICT DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le /...../ 2011
devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Par Mr Daouda B SANOGO

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

Jury

Président : Pr Salif DIAKITE

Membre: Dr Bakarou KAMATE

Co-directeur :Dr Boubacar TRAORE

Directeur : Dr Moustapha TOURE

DEDICACES

BISSIMILAHİ RAHMANİ RAHİM

Au nom d'ALLAH, le TOUT MISERICORDIEUX, le TRÈS MISERICORDIEUX.

«GLOIRE à TOI ! Nous n'avons de savoir que ce que Tu nous as appris. Certes c'est Toi l'Omniscient, le Sage».

Louange et Gloire à ALLAH le Tout Puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et de voir ce jour que j'attendais tant.

Je dédie ce travail à Dieu, le Clément et Miséricordieux pour sa grâce.

Puisse Allah le Tout Puissant m'éclairer de sa lumière divine amen !

DIEU

Donne à mes yeux la lumière pour voir ceux qui ont besoin de soins ;

Donne à mon cœur la compassion et la compréhension ;

Donne à mes mains l'habileté et la tendresse ;

Donne à mes oreilles la patience d'écouter ;

Donne à mes lèvres les mots qui réconfortent ;

Donne à mon esprit le désir de partager ;

Donne – moi Allah, le courage d'accomplir ce travail ardu et fait que j'apporte un peu de joie dans la vie de ceux qui souffrent.

Amen !

A notre **Prophète MOHAMED** ; Salut et Paix sur LUI, à toute sa Famille, tous ses Compagnons, et à tous ceux qui Le suivent jusqu'au jour du jugement.

Après avoir rendu grâce à DIEU ;

Je dédie ce travail à :

- Toutes les mères, singulièrement à celles qui ont perdu la vie en donnant naissance à la vie.

- A la mémoire de mon père : **Feu Boubacar Sanogo**

Tu as bien voulu me conduire sur le chemin de l'école et de faire de moi ce que je suis aujourd'hui. J'aurai tellement aimé que tu sois là aujourd'hui mais le destin en a décidé autrement. Aujourd'hui plus que jamais, j'apprécie la valeur de tes efforts ; la justesse de ton éducation et la précocité de tes conseils ; l'homme de vertue, tu resteras pour moi un exemple à suivre.

Grâce à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, la probité, le respect de soi et des autres, la rigueur la loyauté ; je resterai toujours un enfant digne de toi et je me souviendrai toujours de tes sages conseils. Cher père trouve ici l'expression de ma grande affection et de ma profonde reconnaissance. Merci

Bah ! Qu'Allah le tout puissant, le clément et le miséricordieux t'accorde son jardin béni.

-A ma mère : Mariam Dembelé

Tu as toujours été là aux moments difficiles de ma vie ; femme respectueuse, tu as su m'inculquer les règles de bonnes conduites ; grâce à Dieu et à tes bénédictions voilà enfin que je suis devenu ce que tu as toujours voulu que je sois.

Puisse ALLAH, le Tout Puissant t'accorder encore longue vie dans la paix et dans le bonheur auprès de nous. Amen !

- A mon Oncle : **Houdou Sanogo**

les mots me manquent pour vous remercier car depuis mon enfance jusqu'à maintenant, vous êtes un soutien et un guide pour moi. Votre soutien moral et financier a été d'un immense service pour moi. Recevez ici toute ma sympathie.

- A ma Tante : **Kadidia Sanogo**

Tu es plus qu'une mère pour moi, tes conseils et encouragements n'ont pas fait défaut. Tu es une mère exemplaire.

-A mes frères : **Salia Sanogo, Djibril Sanogo, Sada Sanogo, Anta Sanogo , Aboudou Sanogo, Salikou Sanogo, Kassim Sanogo, Oumar Sanogo.**

Vous m'avez soutenu moralement pendant les moments les plus difficiles de ma formation ; et vos conseils n'ont jamais fait défaut. Ce travail me permet de vous réitérer mon amour et c'est aussi l'occasion pour moi de vous rappeler que la grandeur d'une famille ne vaut que par son unité.

Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

-**A mes amis de la FMPOS** : Souleymane D Sanogo, Hamidou Sacko, Seydou A Coulibaly, Drissa Diabaté, Natenin K Diakité, Djonkouda Dembelé, Awa N Diarra, René Dako, Mariam Sogodogo.

Je n'ai jamais douté de votre amitié ; j'ai appris à vous connaître et à vivre avec vous malgré nos divergences et la galère de l'internat ; Sept années durant nous nous sommes cotoyés comme des frères .Votre compréhension, votre disponibilité, vos encouragement, votre attention, votre soutien moral et matériel constants n'ont pas été vains. Je profite de cette occasion solennelle pour saluer vos efforts ; Je vous dis courage et merci.

In memorium

A vous : grand parents, Oncles, Tantes, Frères, Sœurs et amis qui êtes absents en ce moment-ci, je vous souhaite d'être bien accueillis dans le royaume de Dieu. Dormez en paix.

A.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

N. **REMERCIEMENTS**

A tous mes Maîtres de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako.

Pour la qualité des conseils que vous nous avez prodigués tout au long de notre formation et les enseignements reçus.

Très honorable : Docteur **TRAORE Boubacar** :

Consacrer la majorité de son temps pour les corrections n'est pas une chose facile. Cela dénote d'une volonté absolue d'aider les autres. Permettez cher maître de vous exprimer toute ma reconnaissance et mon attachement indéfectible à votre personne. Puisse Dieu récompenser en bien tous les efforts que vous ne cessez de déployer pour les autres sans attendre une contrepartie.

Au Docteur **TRAORE Aminata CISSE** : votre disponibilité, votre rigueur à travers une facilité de transmission de votre savoir, mais surtout votre souci constant pour le travail bien fait font de vous un grand maître admiré de tous. Ces quelques temps passés à vos côtés en témoignent et nous tenons à vous gratifier pour tout l'enseignement scientifique et social dont nous avons pu bénéficier à travers votre riche expérience. Que Dieu vous accorde une longue vie afin que beaucoup d'autres étudiants puissent bénéficier de votre enseignement jugé remarquable.

A tout le personnel du Centre de Santé de Référence de la CVI de Bamako.

A tous les jeunes médecins du service particulièrement **Dr DOUMBIA Fatoumata TRAORE, Dr DEMBELE Aïssata, Dr TRAORE Mariam Danioko Dr Diakité M L, Dr Sanogo Sidiki, Dr Keita Mohamed** et les médecins directeurs.

-A tous les Thésards du CSRéf de la CVI, merci de vos soutiens et conseils. Ce travail est le votre.

-A tout le personnel de L'ANIASCO plus précisément : **Dr Abdoulaye Coulibaly**
Vous avez été pour moi un maître, un frère ; ce travail est le votre, merci pour tout ; jamais je ne vous oublierai. Qu'ALLAH renforce votre bonté et votre générosité et guide toujours vos pas sur le droit chemin ; « amen ».

-A mes cousins et cousines : **Kassim Traoré, Lamissa Cissé, Djeneba K Sanogo, Salimata Diaby, Wassa Berthé**

Aucun mot ne traduira ce que je pense de vous

-A toute la famille **Sanogo** :

Merci de vos soutiens moraux et encouragements, ce travail est le votre. Puisse Dieu nous prêter longue vie et consolider notre fraternité.

A notre Maître et Président du Jury :

Professeur Salif DIAKITE

❖ **Professeur honoraire de Gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie (F.M.P.O.S)**

Honorable Maître, vous nous faites un très grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre modestie fait de vous un maître d'abord facile. Nous avons été très impressionnés par votre simplicité et votre humanisme.

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

Respecté et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre profonde reconnaissance.

Qu'ALLAH vous accorde santé et longévité.

A notre Maître et Juge :

Docteur Boubacar TRAORE

- ❖ **Gynécologue obstétricien**
- ❖ **Médecin-chef du centre de santé de référence de la commune VI du District de Bamako**
- ❖ **Trésorier Général de la SO MA GO (Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique)**
- ❖ **Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé.**

Cher Maître, nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faite en nous acceptant dans votre service.

A vos cotés, nous avons appris à aimer la gynécologie obstétrique. Vos qualités de formateur, votre respect pour les autres, votre disponibilité, votre exigence pour le travail bien fait font de vous un exemple à suivre.

Vous êtes pour nous plus qu'un maître mais un père.

Cher maître trouvez ici en cet instant solennel l'expression de notre sincère gratitude.

Que Dieu réalise vos vœux !

A notre Maître et Juge :

Docteur Bakarou KAMATE

- ❖ **Maitre Assistant en Anatomie pathologique à la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto –stomatologie**
- ❖ **Chercheur et praticien au Centre hospitalier universitaire du Point « G ».**

Cher Maître, vous avez accepté de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre bon sens, votre amour pour le travail bien fait, votre disponibilité votre simplicité, vos connaissances scientifiques et vos qualités humaines font de vous un maître aimé de tous.

Qu'ALLAH vous protège durant toute votre carrière!

A notre Maître et Directeur de thèse :

Docteur Moustapha TOURE

- ❖ **Gynécologue obstétricien**
- ❖ **Chef de service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital du Mali**

- ❖ **Maître Assistant à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie (FMPOS).**
- ❖ **Chevalier de l'Ordre National du Mali.**

Cher Maître, c'est un immense plaisir que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre dévouement, votre combativité, votre dynamisme, votre esprit d'ouverture, votre sens élevé du dialogue sont des atouts dont nous avons bénéficié tout au long de ce travail.

Vos qualités humaines, sociales et professionnelles font de vous un maître de référence.

Veillez croire ici cher maître à notre profonde gratitude et à notre sincère reconnaissance.

Que Dieu réalise vos vœux !

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION ET OBJECTIFS :.....	1-2
II- GENERALITES :.....	3
III- MATERIEL ET METHODES.....	25
IV- RESULTATS :.....	33
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION:.....	44
VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :.....	50
VII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :.....	52
ANNEXES :.....	56

ABREVIATIONS

ATCD : Antécédent

AMP : Assistance médicale à la procréation

CHU.GT : Centre hospitalier universitaire Gabriel Touré

CHUP « G » : Centre hospitalier universitaire du point « G »

CSRéf CVI : Centre de santé de référence de la commune VI

DIU : Dispositif intra-utérin

FIV : Fécondation in vitro

FIVETE: Fécondation in vitro et transfert d'embryon

GEU : Grossesse extra-utérine

GIU : Grossesse intra-utérine

HCG: Hormone chorio-gonadotrophine

GIFT: gamete Intra Fallopian Transfer

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MST : Maladie sexuellement transmissible

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

OMS : Organisation mondiale de la santé

PEV : Programme Elargi de Vaccination

DEFINITIONS OPERATIONNELLES :

Primigeste: Une seule grossesse

Paucigeste: La deuxième ou la troisième grossesse.

Multigeste: La quatrième, cinquième ou sixième grossesse.

Grande multigeste: La septième grossesse et plus.

I. INTRODUCTION

Les hémorragies du 1^{er} trimestre de la grossesse sont des motifs fréquents de consultation dans le service de gynéco-obstétrique au centre de santé de référence de commune VI du District de Bamako. Parmi ces causes, la grossesse extra utérine (G E U) est la complication la plus redoutable et menace le pronostic vital et obstétrical de la femme .

Le terme de GEU s'applique aux grossesses qui s'implantent et se développent en dehors de la cavité utérine .

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 (A M P). [1]

Aux Etats-Unis, malgré la haute technologie, la GEU demeure un problème de santé publique. [1]

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 [2].

Au Mali, les G E U occupent le second rang du tableau des urgences gynéco obstétricales après la césarienne [2].

Cette place est liée à l'augmentation des infections sexuellement transmissibles (IST). D'autres facteurs de risques sont évoqués notamment les interruptions volontaires de grossesses (IVG) clandestines compliquées d'infection génitale, le tabagisme au moment de la conception, la chirurgie tubaire (plastie tubaire), les antécédents de chirurgie abdominale compliquée d'adhérence pelvienne, le fibromyome de la corne utérine, les malformations tubaires (diverticules).

Il s'agit d'une affection redoutable :

- d'une part :

à cause de son caractère urgent, lié à la rupture tubaire le plus souvent avec son corollaire d'hémorragie cataclysmique dont la gestion est toujours délicate dans les pays en développement faute d'infrastructures adéquates.

- et d'autre part :

à cause du caractère dramatique de ses séquelles dont la stérilité secondaire, surtout chez une femme sans enfant, ayant un antécédent de grossesse extra-utérine avec salpingectomie antérieure.

Le pronostic et les modalités thérapeutiques sont en relation étroite avec le stade de dépistage de la maladie.

Aucune étude sur les aspects épidémiologiques et anatomopathologiques de la GEU n'a été faite dans notre service, ce qui justifie le présent travail dont les objectifs sont les suivants :

OBJECTIFS

1) Objectif général :

Etudier le profil épidémiologique et anatomopathologique des GEU au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

2) Objectifs spécifiques :

- a) Déterminer la fréquence des GEU au CSREF de la commune VI du district de Bamako ;
- b) Etudier les caractéristiques sociodémographiques des patientes ;
- c) Décrire les aspects anatomopathologiques et étiologiques ;
- d) Déterminer le pronostic maternel.

II. GENERALITES

1. HISTORIQUE

La Grossesse Extra-utérine, il y a un siècle, était considérée comme une fatalité. C'est Lawson Tait [3], en 1888 qui a été le premier auteur d'un nouveau concept : une intervention chirurgicale pouvait sauver la patiente. Cette technique consistait en une salpingectomie. Depuis, le traitement de la grossesse extra-utérine a évolué à travers le temps.

En 1953, Stromne [4] montrait que le traitement conservateur de la grossesse extra-utérine était possible par laparotomie.

Jusqu'en 1977, la laparotomie était la solution inévitable du diagnostic de la grossesse extra utérine.

Le traitement conservateur cœlioscopique de la grossesse extra utérine a été proposé pour la première fois en 1977 par Manhes et Bruhat [5]. Depuis d'autres techniques, non plus chirurgicales, mais médicales sont apparues.

Aujourd'hui dans les pays développés le Traitement médical est utilisé.

La première tentative a été rapportée en 1982 par Tanaka [6] au Japon par le Methotrexate. Depuis, d'autres substances sont utilisées notamment la RU 486 et les prostaglandines dont les premiers essais ont été réalisés en cœlioscopie par injection intra – tubaire de prostaglandine F2 alpha.

En France Fernandez le pratique sous échographie [1] L'abstinence thérapeutique est évoquée par certains auteurs comme Dargent [7] en France.

2. PHYSIOPATHOLOGIE DE LA FECONDATION

2.1 Cellules sexuelles

- **Les cellules sexuelles mâles**

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

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

Ces transformations successives portent le nom de spermatogenèse.

- **Les cellules sexuelles femelles**

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

2.2 Fécondation :

- **Pénétration des spermatozoïdes dans les voies génitales.**

Au moment de l'orgasme qui a lieu pendant les rapports sexuels, le sperme est déposé dans le cul de sac postérieur du vagin et sur le col de l'utérus.

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

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

- **L'ovule**

L'ovule est recueilli par la trompe utérine ; les franges du pavillon tubaire entrent en turgescence, soit que la principale d'entre elles, la Frange de Richard, lui serve de vecteur ; leur rôle est primordial dans ce premier stade de la migration. On comprend la gravité des stérilités dues à leur destruction.

2.3 Lieu de fécondation

On admet que la fécondation se fait, en général, dans le tiers externe de la trompe, mais elle peut avoir lieu à la surface même de l'ovaire.

2.4 Moment de la fécondation

Dans l'espèce humaine, le moment de la fécondation est mal connu.

Il suit probablement de peu l'ovulation.

2.5 Mécanisme

- **Pénétration du spermatozoïde dans l'ovule.**

Les spermatozoïdes arrivés dans la trompe entourent l'ovule, celui-ci est doublé d'une coque de cellules granuleuses qui dans, l'espèce humaine, doit disparaître pour permettre la pénétration des spermatozoïdes. Cette résorption serait due à des fibrinolysines, mucoprotéiques élaborées par la muqueuse tubaire.

Le spermatozoïde s'accroche alors à la zone pellucide, accrolement assuré par une liaison physico-chimique entre une « fertilisine » contenue dans la zone pellucide, et certains formants la tête du spermatozoïde. Pour traverser ensuite la membrane vitelline, le spermatozoïde, par un phénomène de lyse au cours duquel disparaît l'acrosome, creuse un tunnel et pénètre dans l'espace péri vitellin, puis le cytoplasme.

Le flagelle du spermatozoïde disparaît, la tête et les centrosomes se gonflent et se transforment en un corpuscule allongé, le pronucléus mâle, qui se place au centre du cytoplasme.

- **Activation de l'ovocyte**

La pénétration du spermatozoïde active l'ovocyte et la maturation nucléaire repart. Il se forme un ovule et le deuxième globule polaire est expulsé. Le noyau de l'ovule grossit et devient le pronucléus femelle, qui vient s'accorder au pronucléus mâle.

- **Modifications volontaires de la fécondation**

La fécondation in vitro (FIV) consiste à réaliser la fusion des gamètes hors de l'organisme. Elle est utilisée pour remédier à certaines stérilités tubaires ou déficiences spermatiques. Une stimulation ovarienne permet de recueillir un certain nombre d'ovocytes et plusieurs embryons sont souvent obtenus simultanément. Le transfert dans l'utérus maternel peut être effectué 1 à 3 jours plus tard. Il doit être restreint pour limiter le risque de grossesse multiple. D'autres techniques d'assistance médicale à la procréation (AMP) sont utilisées, dont le transfert immédiat des gamètes dans les trompes (GIFT).

2.6 Migration

Pour arriver dans l'utérus, l'ovule fécondé demeure dans la lumière de la trompe, c'est la migration. La progression de l'œuf est assurée surtout par les mouvements péristaltiques de la trompe, qui atteignent leur amplitude maximale après l'ovulation ; accessoirement par les mouvements vibratiles de l'épithélium tubaire et par le courant du liquide péritonéale vers la cavité utérine. Les hormones ovariennes jouent un rôle dans la migration en réglant la contractilité musculaire de la trompe.

- Les œstrogènes amplifient la contractilité tubaire et provoquent son hypertonie.
- La progestérone diminue le tonus et laisse persister quelques ondes péristaltiques qui permettent la progression lente de l'œuf vers la cavité utérine.

On a avancé que, pendant la migration, la nutrition de l'œuf était assurée par l'imbibition des sécrétions tubaires.

La durée de la migration tubaire semble être de trois à quatre jours.

La partie externe de la trompe est parcourue plus rapidement que la partie interne.

L'œuf arrive alors libre dans la cavité utérine.

3. PHYSIOPATHOLOGIE DE LA GEU. [8]

3.1 Retard de captation par le pavillon de la trompe

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

L'œuf capté avec retard peut atteindre le stade de blastocyte dans l'ampoule où, n'étant pas protégé par sa gangue albumineuse, il se fixe : il s'agit d'une grossesse ampullaire.

La migration transpéritonéale de l'ovule a pu être incriminée dans 20 à 50% des GEU sur la constatation per-opératoire de la présence d'une grossesse ectopique d'un côté et d'un corps jaune sur l'ovaire controlatéral. [9- 10- 11]

3.2 Arrêt ou ralentissement de sa migration dans la trompe

- Le péristaltisme tubaire peut en effet être perturbé de multiples manières [12].
 - par une malformation congénitale des trompes (hypoplasie, diverticule, rétrécissement) ; [10, 13]
 - par des séquelles inflammatoires, spécifiques ou non, qui ont atteint l'épithélium de revêtement du fait de la sclérose après traitement antibiotique d'une salpingite, des brides inflammatoires peuvent également couder ou modifier la morphologie des trompes ;
 - par des séquelles d'une chirurgie plastique des trompes ; [10]
 - par une endométriose tubaire souvent située dans la portion interstitielle de la trompe ; [14]
 - par le facteur spasmodique tubaire, le péristaltisme étant modifié par des sécrétions stéroïdes ovariennes. [12]
 - La pilule du lendemain exposerait à un risque de GEU de 10%, [13]
- Les progestatifs micro dosés en prise continue augmentent le risque de GEU en raison de leur action inhibitrice sur les contractions musculaires de la trompe.

- Les dispositifs intra-utérins multiplient par dix le risque de grossesse tubaire. [15, 16]

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

- L'induction de l'ovulation par des gonadotrophines humaines (HMG-HCG) favorise les GEU dont le taux peut atteindre 3%. Il est alors fréquent de noter l'association grossesse intra-utérine et grossesse extra-utérine. Cette complication s'observe au cours des ovulations multiples, les ovulations pouvant survenir à des moments différents après l'injection d'HCG. Le premier ovocyte a un transit normal mais les modifications hormonales liées au premier corps jaune perturbent le transport des ovules supplémentaires. [17, 18, 19, 20]
- Après Fécondation In Vitro (FIV), malgré la réimplantation de l'œuf dans l'utérus, la GEU est possible (5 à 10%) s'il reste une trompe perméable à la corne. La GEU est fréquente aussi après GIFT ou ZIFT. [21].

4. LES FORMES ANATOMIQUES DE LA GEU

4.1 La grossesse tubaire (98% des cas) : [21]

- Elle est le plus souvent ampullaire (78%). Cette portion élastique et large des trompes permet une évolution plus longue.
- Parfois isthmique (20%), elle se révèle alors précocement du fait de l'étranglement du conduit [10]
- Elle est rarement interstitielle.

4.2 La grossesse abdominale (1.3 % des cas)

L'œuf se développe dans la cavité abdominale, le placenta est inséré au hasard sur le grêle et le méésentère, permettant une évolution prolongée parfois jusqu'au terme. [21]

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

Elle est caractérisée par l'intégrité tubaire homo et controlatérale avec présence d'un sac ovulaire sur l'ovaire relié à l'utérus par le ligament utero- ovarien, ainsi que par la présence de tissu ovarien en contact direct avec le sac ovulaire. [21]

On distingue :

- La grossesse ovarienne primaire où le tissu ovarien forme une coque complète autour de l'œuf, grossesse intra folliculaire. Sa fréquence serait de 0,4 à 0,7%
- La grossesse ovarienne combinée où le tissu ovarien ne forme pas une coque complète autour de l'œuf. C'est la forme la plus fréquente.

L'évolution de la grossesse ovarienne peut se faire soit in situ, soit vers la greffe abdominale secondaire.

Certains auteurs pensent que la forme intra ligamentaire de la grossesse extra-utérine pourrait être une variété de l'implantation ovarienne. [10]

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

C'est une localisation très rare, environ 1 cas / 15000 grossesses [22, 23]. On doit la distinguer de l'avortement incomplet avec rétention et transplacentaire secondaire du trophoblaste au niveau de l'endocol, et aussi des grossesses cervico-isthmiques qui, de part leur implantation basse et partiellement intra-utérine, peuvent évoluer jusqu'au terme. La grossesse cervicale est caractérisée par le fait qu'elle se termine avant le troisième mois et qu'à l'examen histologique, la cavité utérine présente les caractéristiques d'une caduque de grossesse ectopique sans aucun élément trophoblastique.

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

5 ANATOMIE PATHOLOGIQUE

5.1 Macroscopie

La GEU réalise une voussure ovoïde rouge foncée, violacée, siégeant sur la trompe. Le reste de celle-ci étant normalement vascularisé, turgescence, congestif. Sur l'ovaire, existe un corps jaune normal.

5.2 Microscopie

Le processus de nidation est le même au niveau de la trompe qu'au niveau de l'utérus ; on trouve donc dans la zone d'insertion :

- une musculature amincie et infiltrée ;
- des formations chorio-placentaires.

L'œuf n'est pas nourri par les lacs sanguins maternels mais par l'insertion des vaisseaux de la membrane. L'utérus grossit un peu. Sa muqueuse subit une transformation déciduale (fausse caduque sans villosités choriales qui sera éliminée quand l'œuf sera mort).

Les atypies d'Arias Stella représente un meilleur élément de diagnostic, mais elles ne peuvent permettre d'affirmer seules la GEU, puisqu'elles apparaissent dans les endomètres soumis à une action chorionique intense : rétention placentaire, môle, patientes sous clomiphène. [8]

6. DEVENIR DE LA GEU

- Elle 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 saigner. 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

7. CLINIQUE

La GEU revêt plusieurs tableaux cliniques.

7.1 Type de description : G E U non rompue

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

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

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

- L'interrogatoire doit être méticuleux :

Il précise la durée et le rythme habituel des cycles, la date des dernières règles, tout en faisant récapituler les cycles antérieurs. On précisera surtout les antécédents obstétricaux (Fausses couches éventuelles) et les antécédents gynécologiques infectieux (salpingites).

On recherchera la notion de contraception par DIU ou par micro- progestatifs, traitement pour stérilité (traitement médical ou chirurgical), de primo-infection, de tuberculose, enfin l'existence d'une GEU antérieure.

-L'examen retrouve les signes sympathiques de la grossesse.

On retrouve aussi une pâleur anormale, des lipothymies fréquentes, d'apparition récente, le ventre est souple, respire bien.

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

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

On est frappé par deux choses :

- L'utérus, quoique ramolli, est plus petit que ne le voudrait l'âge supposé de la grossesse.
- Dans un cul de sac, on retrouve une masse unilatérale indépendante de l'utérus, mobile, douloureuse.

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

7.2 Formes cliniques

a) Rupture cataclysmique de la GEU (Inondation péritonéale)

L'urgence abdominale est facilement reconnue chez une femme jeune, qui a ressenti une douleur hypogastrique brutale, atroce, rapidement suivie d'épisodes de syncope.

L'examen général met en évidence un état de choc en rapport avec une anémie aigue.

L'abdomen est parfois tympanique avec une défense pariétale et une matité dans les deux flancs. Le Toucher vaginal provoque une douleur vive « le classique Cri du Douglas ». La grossesse ectopique est rarement perçue.

La ponction du cul-de-sac de Douglas ramène du sang incoagulable.

La laparotomie salvatrice confirme l'hémopéritoine consécutif à une rupture tubaire ou à un avortement tubo-abdominal.

Parfois, on aura la surprise de découvrir non pas une grossesse ectopique mais un corps jaune hémorragique ou une rupture de Kyste endométriosique de l'ovaire.

b) La forme pseudo- abortive

Elle est fréquente, avec des hémorragies importantes.

L'expulsion de débris de caduque, que l'on peut prendre pour du placenta, déroute mais au toucher vaginal le col est fermé, l'utérus plus petit pour l'âge de la grossesse.

On peut sentir une petite masse latéro-utérine douloureuse.

Il faut savoir penser à la GEU lors d'un curetage qui ne ramène que peu de chose, et refaire un TV en profitant du relâchement musculaire dû à l'anesthésie générale.

Il faut y penser encore lorsque l'examen histologique des débris de curetage montre une transformation déciduale sans villosité, des atypies d'Arias Stella.

La grossesse cervicale, se présente cliniquement comme une fausse couche très hémorragique avec au TV l'impression d'un gros col.

Le curetage évacuateur ne suffit pas à assurer l'hémostase qui n'est souvent obtenue que par cerclage du col ou une hystérectomie.

c) La forme simulant une salpingite avec des douleurs à type de colique:

La fièvre, une hyperleucocytose et une absence de métrorragies posent des problèmes. Mais dans la GEU, les signes sont unilatéraux, le vagin est propre, il n'y a pas de leucorrhées, 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 faire pratiquer une coelioscopie qui rectifiera le diagnostic.

d) La forme pseudo tumorale (Hématocèle ancienne)

Il s'agit d'une patiente qui consulte pour une pesanteur pelvienne, parfois accompagnée de métrorragies. Il peut également exister :

- des troubles compressifs vésicaux ou rectaux (rétention d'urine et des matières fécales) ;
- une fébricule et un sub-ictère qui évoquent l'existence de l'hématome.

A l'examen, l'on perçoit une masse pelvienne plus ou moins sensible.

Le dosage des β -HCG peut être négatif ($<10\text{m UI/ml}$) en l'absence d'activité trophoblastique.

A l'échographie, se dessine une tumeur pelvienne mal limitée d'aspect hétérogène.

Le diagnostic sera établi par coelioscopie ou laparotomie.

e) La grossesse abdominale évoluant au-delà du 5^{ème} mois

Les particularités cliniques sont les suivantes :

- douleurs abdominales lors des mouvements fœtaux,
- les métrorragies sont possibles avec expulsion de caduque. L'examen est peu concluant, à quelques nuances près, il existe souvent une présentation pathologique,
- la palpation perçoit directement le fœtus sous la peau sans interposition myométriale,
- le TV note la présence d'une masse ronde, ferme et contractile (l'utérus non gravide).

L'échographie permet le diagnostic en montrant un fœtus vivant souvent hypotrophique au milieu des anses grêles en dehors de l'utérus.

Seule la laparotomie permet l'extraction du fœtus.

f) La GEU qui persiste après IVG

En l'absence de contrôle du produit d'aspiration la grossesse ectopique se manifestera le plus souvent par une rupture. Il faut y penser en cas de douleurs et de saignements après IVG.

g) La grossesse dans la corne borgne d'un utérus pseudo unicorne

Cette variété de grossesse implantée en dehors de la cavité utérine normale n'est généralement découverte qu'à l'occasion de la rupture cataclysmique de la corne borgne.

Il s'agit d'une patiente enceinte après une période de stérilité plus ou moins longue, souffrant depuis plusieurs années de dysménorrhée, qui consulte pour des douleurs pelviennes associées de manière inconstante à des métrorragies. La masse annexielle est peu douloureuse.

L'échographie est faussement rassurante, car elle montre un sac chorionique entouré d'un manteau myométrial (diagnostic différentiel impossible avec une grossesse dans un utérus fibromateux ou bicorne).

Même à la coelioscopie, le diagnostic peut être méconnu si une observation rapide du pelvis ne remarque pas que la corne gravide est distincte de l'utérus auquel elle est reliée par un cordon fibreux au niveau de l'isthme.

L'évolution de cette grossesse dans une corne borgne connaît trois modalités :

- mort embryonnaire et involution,
- rupture entre 14-20 semaines,
- exceptionnellement, accouchement près du terme par césarienne.

h) L'association grossesse extra-utérine et intra-utérine

Cette association classiquement rare. La présence du sac gestationnel intra-utérin sur les coupes ultrasonores risque d'être faussement rassurante.

L'ablation chirurgicale de la grossesse ectopique doit éviter tout geste traumatique sur l'utérus.

Ces aspects atypiques pourraient être multipliés à l'infini, tant la GEU est une grande simulatrice de toutes affections gynécologiques [24]. Les ultrasons, l'HCG, et surtout la cœlioscopie permettent d'arriver au diagnostic.

8. LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

8.1 L'hémogramme et le groupage rhésus

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

8.2 Le diagnostic immunologique de grossesse (DIG)

Il n'est évocateur que s'il est nettement ou faiblement positif.

Le dosage spécifique de l'HCG utilisant les anticorps monoclonaux, est plus sensible puisque sensible à 50 ou 70 unités, il est positif dès le 1^{er} jour ou avant le retard des règles.

Ils peuvent parfois être faussés par une protéinurie importante, une hématurie, une hémoglobinurie, ou une bactériurie.

8.3 Le dosage quantitatif de l'HCG plasmatique

L'hormone gonadotrophine chorionique est une hormone peptidique sécrétée spécifiquement par le trophoblaste. Elle est donc spécifique de la grossesse en dehors des cas rares de sécrétion par une tumeur de type chorio-épithéliome.

Le dosage sanguin par méthode radio immunologique ou immuno-enzymologique peut être obtenu en 2 ou 3 heures. Il est spécifique et très sensible. La limite de détection est de 5mUI/ml.

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

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

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

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

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

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

NB : la fraction B est spécifique de la grossesse.

8.4 L'échographie

Elle peut se faire par voie abdominale, un sac ovulaire intra-utérin est visible à partir de la cinquième semaine d'aménorrhée. On doit cependant préférer aujourd'hui la voie vaginale, le sac ovulaire étant visible dès la quatrième semaine.

- Les signes latéro-utérins

Il est parfois possible de voir un sac gestationnel latéro-utérin. Ce sac gestationnel n'est pas entouré de l'épais manteau myométrial de l'implantation utérine normale, parfois l'embryon est visible avec un tube cardiaque actif. Le diagnostic est alors certain.

- Les signes péritonéaux

L'épanchement liquidien dans le cul-de-sac de Douglas n'est pas constant mais il est évocateur du diagnostic. Une rupture de Kyste du corps jaune peut aussi donner un tel épanchement ou encore un simple reflux tubaire lors de règles abondantes ou d'une fausse couche.

8.5 La ponction du Douglas

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

8.6 La coelioscopie

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

- les faux négatifs sont exceptionnels (0,01%) : Il s'agit des formes ultra-précoces à peine visibles : seule l'expérience de l'opérateur notera une coloration bleutée, appréciera un ressaut au palpateur ou recherchera une asymétrie du fond (grossesse interstitielle).
- les faux positifs sont rares (1,6%). Ils sont liés en général à une mauvaise vision du pelvis.

La coelioscopie a deux avantages essentiels :

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

L'attitude logique est donc de sélectionner les indications par combinaison des examens, en particulier les β -HCG plasmatiques et l'échographie.

9. DIAGNOSTIC

9.1 Diagnostic positif

Toute femme en activité génitale présentant une aménorrhée associée à des métrorragies, une douleur unilatérale et une masse annexielle à l'examen, un utérus vide et une masse annexielle parfois un embryon avec une activité cardiaque à l'échographie et les β HCG positifs sont des signes permettant de poser le diagnostic de la GEU.

9.2 Diagnostic différentiel

- Fausse couche spontanée : pertes abondantes, rouges avec des caillots. Au TV le col est ouvert, l'utérus est en rapport avec l'âge de l'aménorrhée. Le pelvis est généralement douloureux et l'absence de villosité chorionale du produit de curetage à l'anatomopathologie confirme le diagnostic.
- Grossesse intra utérine associée à une douleur : la taille de l'utérus est conforme à l'âge théorique de la grossesse, pas de saignement, col fermé. L'échographie confirme la GIU évolutive.
- Torsion d'annexe : Dans ce cas il n'y a pas de signe de grossesse, le test de grossesse est négatif. Au TV il y'a un sillon entre la masse et l'utérus. Une échographie ou la cœlioscopie confirme le diagnostic.
- Annexite : Il n'y a pas d'aménorrhée, on note une fièvre et une hyperleucocytose. Les pertes cervicales sont purulentes, la masse annexielle est bilatérale.
- Syndrome appendiculaire : Evoqué devant une fièvre, des troubles digestifs à type de vomissement, la douleur au point de Mac Burney et une hyperleucocytose. Le cycle menstruel est tout à fait normal.
- La grossesse molaire : On a une exagération des signes sympathiques. A l'examen clinique l'utérus a une taille supérieure à l'âge normal de la grossesse avec des kystes ovariens bilatéraux. Une échographie réalisée montre une image en flocons de neige.

10 CONDUITE PRATIQUE

Dans la pratique, on doit se déterminer avec les signes cliniques, le dosage quantitatif d'HCG, et les résultats de l'échographie avant de décider d'une hospitalisation pour coelioscopie et traitement.

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

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

Un taux faible d'HCG associé à des signes échographiques discutables doit faire discuter une coelioscopie.

Pour en décider, on tiendra compte :

- de la clinique : Antécédents de GEU, de FIV, de chirurgie tubaire, port d'un stérilet ; signes cliniques évocateurs avec lipothymies ;
- des signes échographiques : masse latéro-utérine, épanchement péritonéal.

Il peut paraître licite de patienter si on pense qu'il peut s'agir d'une grossesse intra-utérine plus jeune que prévue mais un sac intra-utérin doit apparaître à l'échographie vaginale dès que le taux d'HCG dépasse 2000 à 3000 UI/ml. De même si on pense qu'il s'agit d'une fausse couche atypique ; une chute de plus de 86% du taux d'HCG en 72 heures, une stagnation du taux, à plus forte raison toute ascension doit faire revoir le diagnostic. Mieux vaut une coelioscopie blanche qu'une hémorragie cataclysmique qui peut être fatale à la mère (6% des morts maternelles) [33].

11 .THERAPEUTIQUE DE LA GROSSESSE EXTA-UTERINE

11. 1 Traitement médical

➤ Description de la méthode et variantes

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

Ses voies d'administrations sont variées :

- **orale** : très peu utilisée. Posologies variant de 0,4mg/kg à 5mg/j pendant 4 à 5 jours.

- **locale** : l'injection in situ de Methotrexate par ponction trans-vaginale sous contrôle échographique permet la réduction des taux systémiques du produit. La posologie habituelle est de 1mg/kg.

Cette technique nécessite que la GEU soit visible échographiquement.

Une augmentation des douleurs pelviennes peut survenir entre le 1^{er} et le 4^{ème} jour suivant l'injection, et une élévation transitoire du bêta HCG peut survenir à j12.

D'autres techniques ont été décrites : la cathétérisation tubaire transcervicale contrôlée par salpingographie sélective ou falloscopie. Si cette technique présente certains avantages (diagnostique et thérapeutique), elle nécessite une certaine expérience dans le cathétérisme tubaire, ce qui explique qu'elle n'est actuellement employée que par peu d'équipes.

L'injection in situ de Methotrexate par laparoscopie a également été réalisée avec des résultats inférieurs à ceux du traitement chirurgical par coelioscopie. Son indication est donc réservée aux GEU d'accès chirurgical difficile (GEU ovariennes ou interstitielles) ou de traitement chirurgical périlleux du fait d'adhérences locorégionales étendues et denses.

- **parentérale** : plusieurs méthodes sont utilisées :

- ✓ soit injections répétées par voie intramusculaire,
- ✓ soit une injection IM unique à la dose de 1 mg/kg ou de 40 à 50 mg/j.

La décroissance des bêta HCG sera surveillée par dosages toutes les 48 heures.

Une 2^{ème} injection de Methotrexate peut être administrée si celle-ci paraît insuffisante.

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

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

L'utilisation de ces produits est limitée aux cas où le Methotrexate est contre indiqué ou lorsque les patientes présentent une GEU hétérotopique, car ils n'ont pas d'effet néfaste sur la grossesse intra-utérine eutocique.

➤ Avantages et échec

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

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

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

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

➤ Indications

Ce type de traitement s'adresse aux patientes dont l'hémodynamique et l'hématocrite sont stables, et en l'absence d'hémopéritoine important (moins de 100 CC) et ce d'autant plus :

- que la patiente est obèse ou multi-opérée
- lorsqu'il existe une contre indication à l'anesthésie générale
- lorsque la GEU est interstitielle ou ovarienne
- lorsqu'il existe des adhérences pelviennes importantes
- que la GEU survient sur trompe opérée ou dans le cadre d'une FIV.

Enfin, le Methotrexate est aussi employé comme traitement de rattrapage des échecs de la chirurgie coelioscopique conservatrice, dépisté par un taux élevé de bêta HCG post-opératoire mais encore asymptomatique (taux supérieur à 35% du taux initial).

➤ Contre indication

Elles sont diverses :

- les contre-indications du Methotrexate : thrombopénie inférieure à 100 000, leucopénie, maladies rénales ou hépatiques entraînant une insuffisance rénale ou une augmentation des transaminases, des troubles de la coagulation.

Il convient donc, avant tout traitement, de faire un bilan biologique comprenant une numération formule sanguine avec numération plaquettaire, un bilan de coagulation un bilan rénal et hépatique.

11.2 Traitement chirurgical :

Le traitement chirurgical de référence actuel est la coelioscopie. Les seules indications du traitement par laparotomie sont l'insuffisance de matériel endoscopique, l'état de choc très marqué contre-indiquant la coelioscopie.

En effet, de nombreuses études ont montrées des résultats similaires en terme d'efficacité, que le traitement soit endoscopique ou par laparotomie.

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

➤ Technique

- Le traitement radical.

Il s'agit d'une salpingectomie rétrograde.

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

La salpingectomie est débutée au niveau de l'isthme tubaire, puis l'opérateur remonte le long de la trompe jusqu'à l'artère tubaire qui est coagulée puis sectionnée. La pièce est ensuite extraite par l'un des trocars ou par l'intermédiaire d'un sac qui sera sorti après agrandissement d'une incision sus-pubienne. Le contenu tubaire peut être préalablement aspiré afin de diminuer le volume à extraire.

- Le traitement conservateur

Il s'agit d'une salpingotomie antimésiale longitudinale, réalisée après toilette péritonéale et repérage de la GEU. La trompe pathologique est donc ouverte longitudinalement à la partie proximale de l'hématosalpinx, lieu d'insertion de la GEU, sur le bord opposé au mésosalpinx, par une pointe monopolaire ou un laser. Puis, un module d'aspiration-lavage est introduit dans l'ouverture permettant l'évacuation jusqu'à vacuité tubaire complète. La trompe ne doit pas être suturée, la cicatrisation spontanée étant moins pourvoyeuse de séquelles que les sutures chirurgicales.

- Indications et contre-indications

Le traitement est quasiment toujours réalisable. La seule réelle contre-indication est l'existence d'un hémopéritoine de très grande abondance qui, en diminuant la visibilité et en occasionnant un état hémodynamique précaire, rendant difficile l'utilisation des moyens cœlioscopiques.

Les GEU de gros volume (> 6cm) feront l'objet d'un traitement radical alors que les GEU survenants dans des pelvis adhérentiels seront traités par traitement conservateur ou médical.

III. MATERIELS ET METHODES.

A- CADRE D'ETUDE :

Notre étude a été réalisée dans l'unité de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

1 .Présentation de la Commune VI du District De Bamako

C'est la plus grande commune et la plus peuplée de Bamako avec **94** km² de superficie et **504738** habitants en **2011** et une densité de **5002** habitants par km².

La Commune VI comporte 10 quartiers dont 6 urbains et 4 ruraux.

Chaque quartier dispose d'au moins un CSCOM excepté Sokorodji et Dianeguela qui ont en commun un CSCOM. Niamakoro et Yirimadio possèdent chacun deux structures de ce type.

Les principales activités menées par la population de la commune sont: l'agriculture, le maraîchage, la pêche, l'élevage, le petit commerce, le transport, l'artisanat et les fonctionnaires.

Il existe aussi quelques industries (alimentaire, plastique, BTP).

Bamako, la capitale du Mali, connaît un climat tropical de type soudanais caractérisé par une saison sèche (décembre - mai) et une saison pluvieuse (juin - novembre).

Le centre de santé de référence de la Commune VI est beaucoup sollicité par la population de la dite commune mais également par certaines communes et villages environnants.

Cette sollicitation est liée, à l'accessibilité de la structure, car elle est située au bord de la plus grande avenue de Bamako (Avenue de l'OUA).

2. Présentation du centre de sante de référence de la commune VI

Le Centre de Santé de Référence de la Commune VI a été créé en 1981 comme maternité puis érigé en centre de santé de référence en 1999. Ce centre est l'un des six (6) centres de référence du District de Bamako. Il faut signaler que le système de référence n'a débuté qu'en juin 2004.

3. Les ressources du centre de sante de référence

a) Les infrastructures

Le service se compose de trois bâtiments :

➤ Le premier bâtiment abrite le bloc opératoire composé de :

- deux salles d'opération,
- une salle de réveil,
- une salle de préparation pour chirurgien,
- une salle de consultation pré-anesthésique,
- une salle de nettoyage des instruments,
- deux salles d'hospitalisation et 2 salles de garde.

➤ Le deuxième bâtiment en étage :

• au rez-de-chaussée :

- deux salles de consultation pour les médecins généralistes,
- l'unité ophtalmologique,
- l'unité odonto-stomatologique,
- le laboratoire,
- la salle d'injection,
- la salle de pansement,
- l'unité de vaccination (PEV),
- la pharmacie et magasin,
- l'unité de consultation pédiatrique,
- l'U S A C

- A l'étage :
 - le service d'administration comprenant : un bureau pour Médecin-chef, secrétariat, comptabilité, service d'hygiène,
 - la salle de réunion,
 - le système d'information sanitaire (SIS),
 - la salle de consultation pour médecin chirurgien,
 - l'unité ORL,
 - des toilettes.
- Le troisième bâtiment :

La maternité composée de :

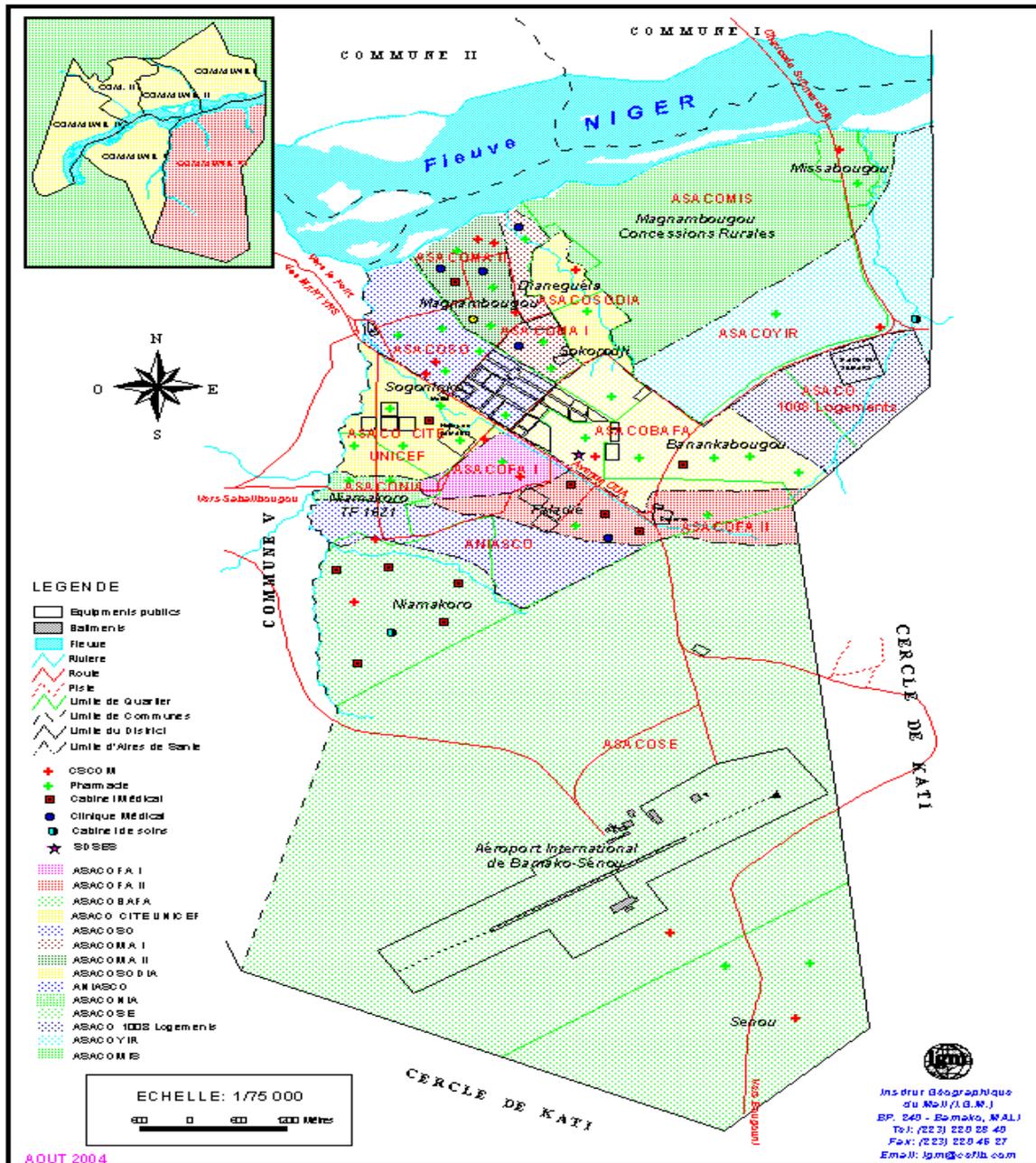
 - la salle d'accouchement qui contient cinq (5) tables d'accouchement et six (06) lits, on y réalise en moyenne quinze (15) accouchements par jour ;
 - une salle des nouveaux nés ;
 - une salle d'observation des femmes ;
 - une salle d'hospitalisation des femmes ;
 - une salle de garde pour sage- femme ;
 - une salle de garde pour Médecin ;
 - une salle de garde pour les faisant fonctions d'interne ;
 - une salle de consultation gynécologique ;
 - une salle de consultation prénatale ;
 - une salle de consultation planning familial ;
 - une salle d'échographie ;
 - une salle de SAA
 - et des toilettes.

- Le centre comprend également :
 - la maison pour le gardien,
 - deux salles pour la prise en charge de la tuberculose et de la lèpre,
 - des toilettes.
 - Une morgue non encore fonctionnelle.

b) Les ressources humaines :

Catégories		Nombre
Médecin gynécologue		3
Médecin généraliste		5
Médecin chirurgien		1
Médecin pédiatre		1
Etudiants faisant fonction d'interne		14
Infirmier diplômé d'Etat	Technicien de laboratoire	5
	Infirmier de premier cycle	10
Sage femme		28
Infirmière obstétricienne		9
Assistants médicaux	Techniciens spécialisés en soins dentaires	2
	Techniciens spécialisés en ophtalmologie	1
	Techniciens spécialisés en ORL	4
	Techniciens spécialisés en santé publique	3
	Techniciens sanitaires	3
Secrétaires		3
Gestionnaire		1
Comptable		2
Adjoint administratif		1
Gardien		1
Chauffeurs		4
Aide soignants		5
Manœuvres		6
Portier		3
Total		115

c) Cadre sanitaire de la commune VI



d) Situation de la logistique au niveau du CSRéf à la date du 01 Janvier 2009

MATERIEL	DATE DE MISE EN SERVICE	MARQUE	ETAT ACTUEL			PROVENANCE
			BON	PASS	MAUV	
Ambulance 4x4	2006	Toyota land cruiser		1		DAF
Autres Véhicules 4x4		Toyota land cruiser		1		PSPHR
Ambulance 4x4	2009	Toyota land cruiser	1			DAF
	2008	Toyota land cruiser		1		DAF
	2009	Ford		1		Allemagne
Autres Véhicules 2X4		TOYOTA		1		
Motos	2000	Yamaha 50			1	RECOUVR.
	2000	Yamaha 100		3		Recouvrement. PNLT
	2007/2009	Yamaha 80	2	1	1	RC/PNLT
		CG 125			1	
Mobylette		ROYAL		1		RC
	2003	DT 125		1		RC
Photocopieuse	2005	NP7161				Néerlandais
Rétroprojecteurs	2005		1			Villes Unies Bko Lyon Genève
Réfrigérateurs	2002			1		DRS
Réfrigérateurs	2005			1		Recouvrement
Congélateurs	2002	Electrolux		1		DRS
	1998			1		
	1997			1		
Ordinateurs	1999	COMPAQ			1	Unicef
	2004 / 2005	HP		2		Recouv/ Unicef
	2006	Toshiba		1		Néerlandais
	2006	HP		1		Projet SIDA3
	2005	HP		1		UNICEF
Groupe électrogène	2002		1			DAF

Les problèmes importants en matière de logistique dans le CSRéf restent la chaîne de froid, l'outil informatique et les véhicules de liaison/ambulance

e) Ressources financières

Les ressources financières du centre proviennent essentiellement de :

- la tarification des actes,
- l'Etat.

f) L'organisation du service

Au plan technique:

- un staff technique se tient chaque jour afin d'échanger sur les modalités de prise en charge des urgences admises la veille dans le service.
- des consultations gynécologiques sont réalisées chaque Lundi et Mardi,
- une séance d'échographie par semaine à (chaque vendredi),
- le programme des actes opératoires est exécuté chaque Mardi et Jeudi
- les consultations pédiatriques sont réalisées tous les jours ouvrables,
- une équipe de garde assure la permanence au niveau du centre 24 heures/24,
- les consultations prénatales, post-natales, de planning-familial et les accouchements se font tous les jours
- les activités de santé publique sont menées,
- les activités de vaccination VAT des femmes enceintes et des enfants de moins d'un an tous les jours et le BCG réservé au lundi et vendredi.
- les consultations de médecine générale, ORL, ophtalmo, odonto-stomato, chirurgie,
- la prise en charge des malades tuberculeux, les malades du VIH,
- Le dépistage du cancer du col de l'utérus.

B. PERIODE D'ETUDE :

Notre étude s'est déroulée sur une période de 12 mois allant du 01 juillet 2010 au 31 juin 2011.

C. TYPE D'ETUDE :

Il s'agit d'une étude transversale portant sur la GEU

D. POPULATION D'ETUDE :

L'ensemble des femmes en âge de procréer reçues en consultation au CSREF CVI pendant la période d'étude.

E. ECHANTILLONNAGE :

a. Critère d'inclusion : sont incluses dans cette étude : toutes les patientes admises pour GEU et prise en charge dans le service de gynéco obstétrique du CSREF de la commune VI.

b. Critère de non inclusion :

-Tous les cas GEU non opérés dans le service

c. Collecte des données :

Le recueil des données a été fait sur une fiche d'enquête complétée à partir des dossiers obstétricaux, le registre d'accouchement, le registre du protocole opératoire.

d. Analyse et traitement des données :

Les données ont été traitées et analysées sur le logiciel SPSS version 12.0 et saisies dans Word 2007.

e. Pièces opératoires de GEU : ont été fixées avec du formol dilué au 1 /10 puis transportées au service d'anatomie pathologique du CHUP « G ».

IV- RESULTATS

1. LA FREQUENCE :

Durant la période d'étude nous avons enregistré 50 cas de GEU sur 6 665 accouchements soit une fréquence de 0.75%.

Tableau I : fréquence de survenue de la GEU par mois ramenée au nombre d'accouchement dans le service.

Mois	Nombre de GEU	Nombre d'accouchement	GEU/accouchement	%
Juillet	4	515	4 /515	0.77
Aout	7	624	7/624	1.12
Septembre	3	633	3/633	0.47
Octobre	2	641	2/641	0.31
Novembre	5	547	5/547	0.91
Décembre	0	525	0/525	0
Janvier	2	509	2/509	0.39
Février	7	413	7/413	1.69
Mars	3	412	3/412	0.72
Avril	9	553	9/553	1.62
Mai	4	626	4/626	0.63
Juin	4	667	4/667	0.6
Total	50	6665	50/6665	0.75

2. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES :

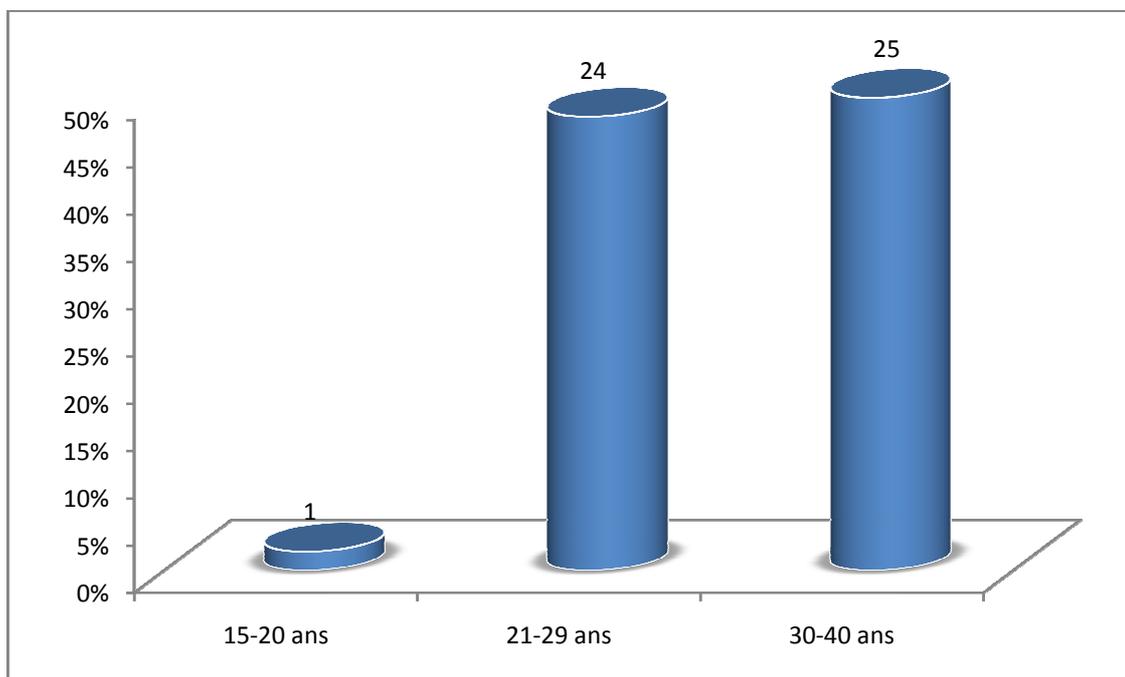


Figure 1 : Répartition des patientes selon l'âge :

L'âge variant de 15 à 40 ans avec une moyenne de $27,5 \pm 17,68$

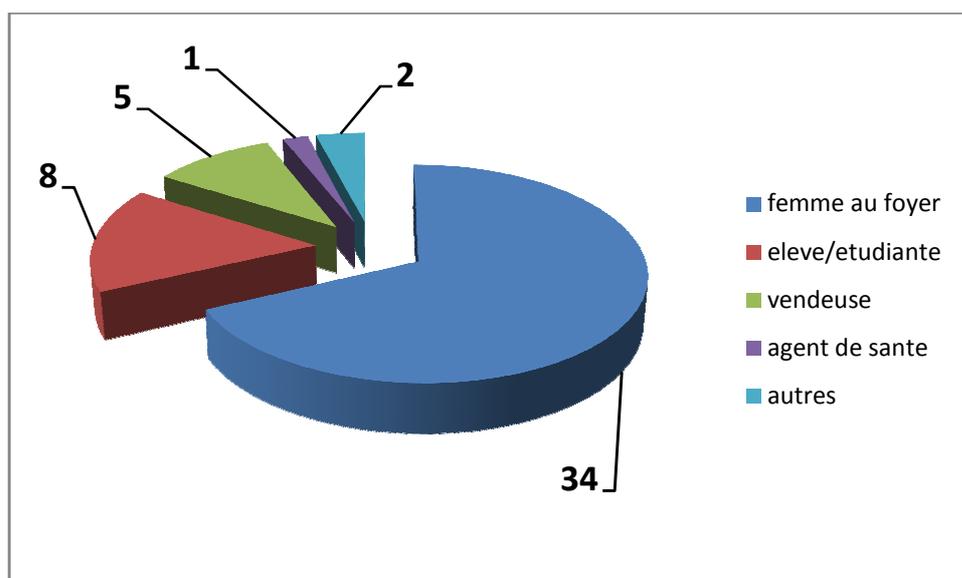


Figure 2 : Répartition des patientes selon la profession

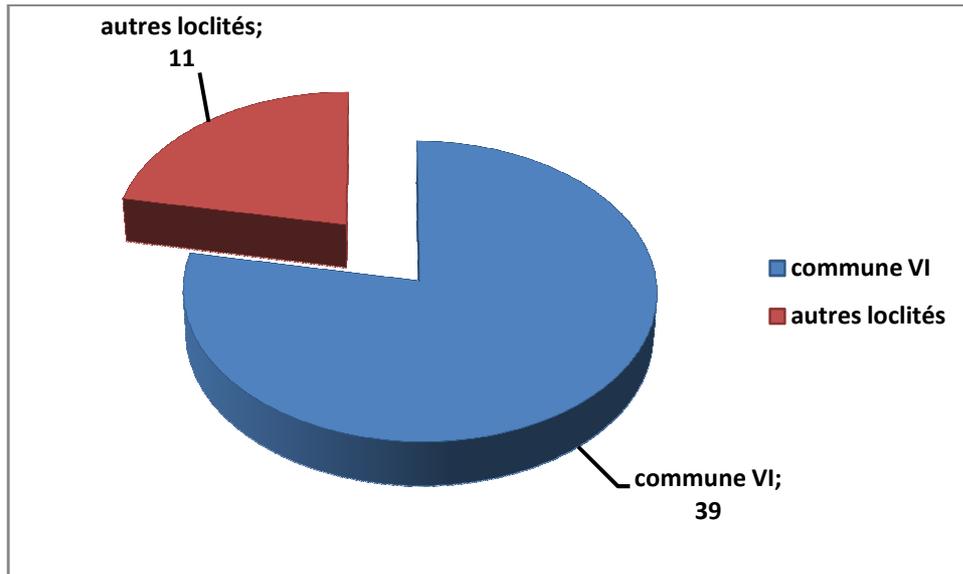


Figure 3 : répartition des patientes selon la provenance

Tableau II : Répartition des patientes selon l'ethnie

Ethnie	Effectifs	Pourcentage
Soninké	3	6,0
Bambara	25	50,0
Peulh	8	16,0
Malinké	4	8,0
Dogon	4	8,0
Autres	6	12
TOTAL	50	100

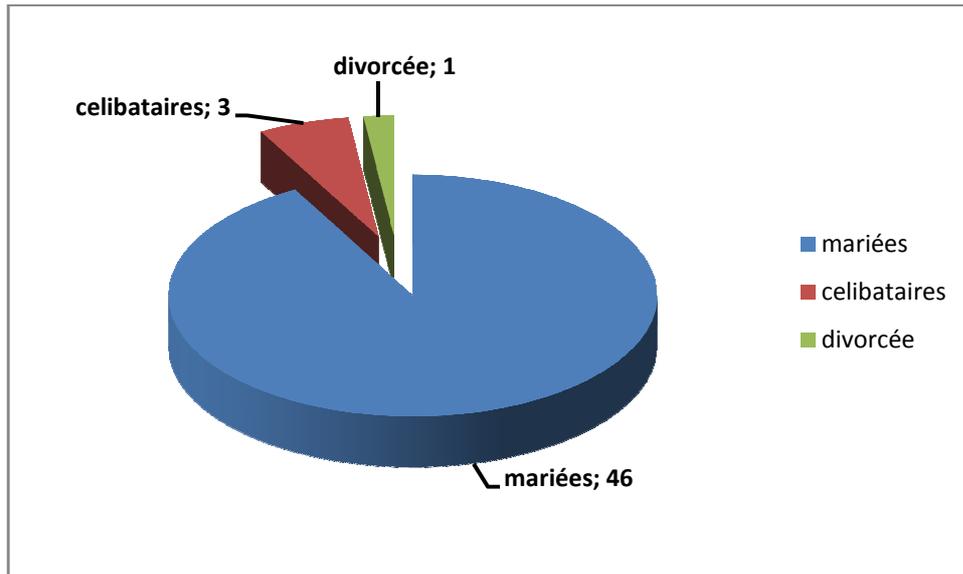


Figure4 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

3. DONNEES CLINIQUES

3.1. Mode d'admission :

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

Mode d'admission	Effectif	%
Evacuée	30	60
Venue d'elle même	20	40
Total	50	100

3.2. Les antécédents :

- **Les antécédents médicaux :**

La bilharziose a été le seul antécédent médical retrouvé chez une patiente.

- **Les antécédents chirurgicaux :**

Tableau IV : Répartition des patientes selon les antécédents de chirurgie pelvienne.

ATCD de chirurgie pelvienne	Effectif	%
Laparotomie G E U	4	8
Césarienne	3	6
Sans ATCD	43	86
Total	50	100

- **Les ATCD Obstétricaux**

Tableau V : Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectif	%
Primigeste	7	14
Paucigeste	17	34
Multi geste	22	44
Grande multigeste	4	8
Total	50	100

Tableau VI : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif	%
Nullipare	10	20
Primipare	10	20
paucipare	14	28
Multipare	15	30
Grande multipare	1	2
Total	50	100

Tableau VII : Répartition des patientes selon les ATCD d'avortement

ATCD d'avortement	Effectif	%
Avortement spontané	7	14
IVG	1	2
Sans ATCD	42	84
d'avortement		
Total	50	100

3.3 Répartition des patientes selon l'état à l'admission :

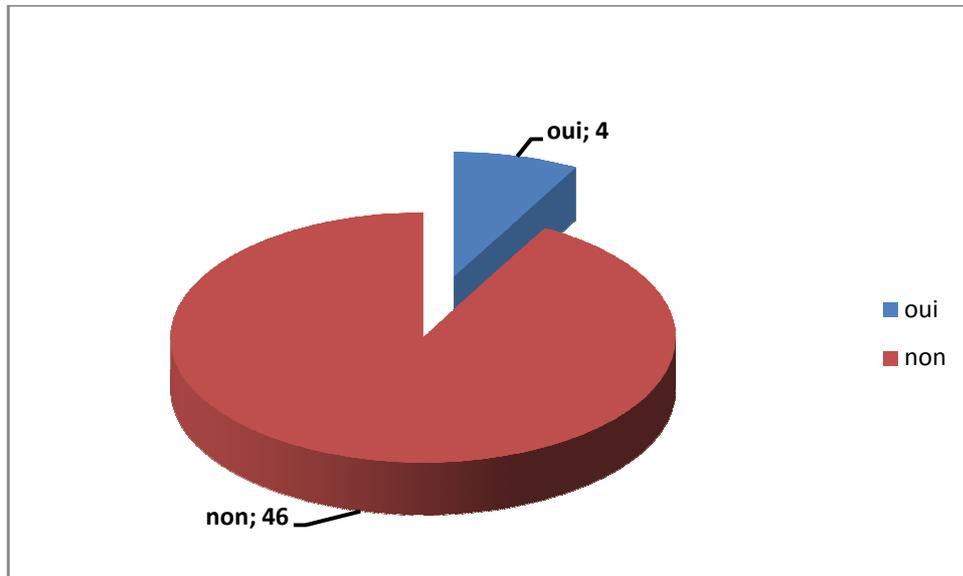


Figure 5 : Répartition des patientes selon l'état de la patiente

NB : 8% des patientes étaient reçues en état de choc.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon le cri de l'ombilic

Cri de l'ombilic	Effectif	%
Oui	47	94
Non	3	6
Total	50	100

Tableau IX : Répartition des patientes selon la présence de métrorragie

Métrorragie	Effectif	%
Oui	42	84
Non	8	16
Total	50	100

Tableau X : Répartition des patientes selon la taille de l'utérus.

Taille de l'utérus	Effectif	%
Sub Normale	48	96
Normale	2	4
Total	50	100

Tableau XI : Répartition des patientes selon la présence d'une masse annexielle

Masse annexielle	Effectif	%
Présente	39	78
Absente	11	22
Total	50	100

Tableau XII : Répartition des malades selon le siège de la GEU

Siège	Effectif	%
-interstitiel	1	2
Tubaire	45	90
- ampullaire		
- isthmique	3	6
Abdominale	1	2
Total	50	100

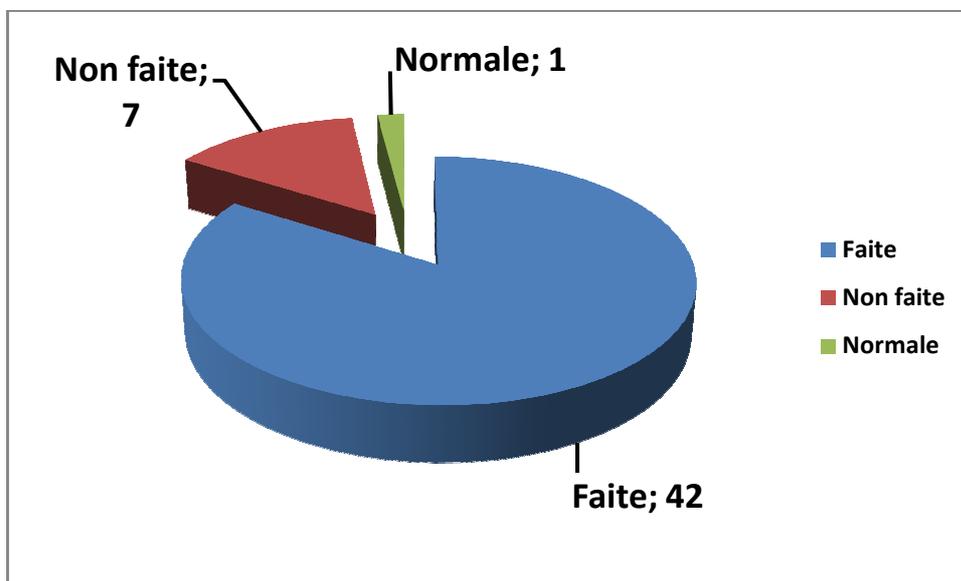


Figure 6 : Répartition des patientes selon le résultat de l'échographie

Tableau XIII : Répartition des patientes selon la ponction du douglas

Ponction Du Douglas	Effectif	%
Non faite	42	84
Faite	8	16
Total	50	100

NB : la culdocentèse a été effectuée chez 8 patientes et était positive à 100%.

4. DONNEES HISTOLOGIQUES

Tableau XIV : Répartition selon la présence des villosités placentaires

Villosité Placentaires	Effectif	%
Présence	45	90
Absence	5	10
Total	50	100

Tableau XV : Répartition selon la présence d'embryon

Embryon	Effectif	%
Présent	43	86
Absent	7	14
Total	50	100

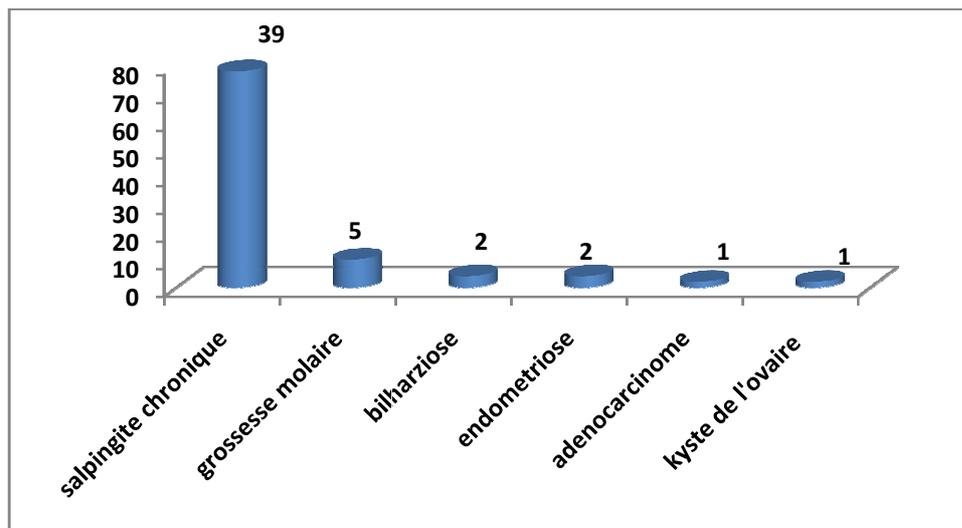


Figure 7 : Répartition selon les résultats histologiques

5. TRAITEMENT

Tableau XVI : répartition des patientes selon les techniques chirurgicales pratiquées

Techniques chirurgicales	Effectif	%
Salpingectomie partielle	47	94
Annexectomie	2	4
TOTAL	49	96

NB : la laparotomie avec décollement du placenta sur les anses a été réalisée chez une patiente soit 2%.

6. PRONOSTIC MATERNEL

Tableau XVII : répartition des patientes selon l'évolution

Patientes	Effectif	%
Vivante	49	98
Décédée	1	2
Total	50	100

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. LA FREQUENCE

Pendant la période d'étude, nous avons enregistré 50 cas de GEU pour 6665 accouchements soit une fréquence de 0,75%.

Notre taux est inférieur à ceux de :

Bah [30] qui a rapporté une fréquence de 1% à l'hôpital du Point ' G' en 1980 ; Traoré [31] 1,72 en 1985 à l'hôpital Gabriel Touré et Samuel [27] 3% au CHU Gabriel Touré ; Sidibé [33] a rapporté 0.60%.

La prise en charge de nombreux cas de GEU aux niveaux de certaines cliniques privées a contribué à la baisse du taux de notre étude.

2. CARACTERISTIQUES SOCIO- DEMOGRAPHIQUES

2.1. L'âge :

La tranche d'âge la plus touchée a été celle de 30-40 ans soit un taux de 50%. Elle correspond à la tranche d'activité sexuelle optimum donc la plus affectée par les IST.

Elle est variable d'un auteur à un autre :

-située entre 20-30 ans pour Traoré [31] ; 26-30 ans pour Soumaré [32].

Aux USA Atrash [29] affirme que le risque de GEU augmente avec l'âge.

Il donne les chiffres suivants :

-5,6 pour 1000 femmes âgées de 15-24 ans,

-12 pour 1000 femmes âgées de 25- 34 ans, et

-18,6 pour 1000 femmes âgées de 35-44ans.

Selon cet auteur, la chronicité des infections pelviennes et la conception tardive expliquent en partie ce rapport avec l'âge.

2.2. La profession

Les femmes aux foyers ont occupé la première place dans notre étude avec 68%. Ce taux est supérieur à celui de Mamadou [2] qui a rapporté 59,08%. Ceci pourrait s'expliquer par la non scolarisation de la plupart de nos femmes dans notre pays. Ce résultat est différent de celui trouvé dans une étude au Gabon en 1986 [25] avec un taux plus élevé (50%) chez les fonctionnaires. Ceci peut s'expliquer par l'usage des contraceptifs.

2.3. Statut matrimonial :

Les mariées ont représenté 92% dans notre étude. Ce taux est proche de celui de Mamadou [2] qui a rapporté 93,5%.

2.4. La provenance :

Les patientes sont venues en grande partie de la commune VI soit 78%. Cela s'explique par la proximité du centre mais aussi par la qualité des prestations jugées satisfaisantes par la population.

3. DONNEES CLINIQUES :

3.1. Mode d'admission :

Le système de Référence /Evacuation a représenté 60% de nos admissions tandis que 40% sont venues d'elles-mêmes.

La plupart d'entre elles n'ont pas bénéficié des conditions du système de référence à savoir la prise d'une voie veineuse et le groupage rhésus. Le non conditionnement des patientes entraîne un retard à la prise en charge dans le service.

3.2. Antécédent de chirurgie pelvienne :

Les récurrences de GEU ont été observées dans 8% des cas.

Ce taux est supérieur à celui de Samuel [27] qui a rapporté 3,6% et de Mamadou [2] qui a trouvé 32,65%.

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

3.3. Les antécédents obstétricaux :

- La gestité :

Dans notre étude, les multigestes ont été les plus représentées avec 44%.

Par contre Samuel [27] a trouvé que les paucigestes étaient les plus représentées avec 61,5%.

La GEU peut survenir à n'importe quel âge de la période d'activité génitale.

- La parité :

Les multipares ont constitué dans notre série le groupe prédominant avec un taux de 30% suivies par les nullipares et les primipares.

Mamadou [2] a trouvé que les multipares représentaient 40,94%.

Cela sous entend que la GEU peut survenir quelque soit la parité

- Les antécédents d'avortement :

14% de nos patientes avaient un antécédent d'avortement spontané.

Ce taux est inférieur à celui de Samuel [27] qui a trouvé 30,1 %.

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

4. MANIFESTATIONS CLINIQUES

Les patientes consultent lorsque l'évolution de la grossesse est anormale. Les signes fonctionnels constitués d'aménorrhée (l'âge gestationnel est situé entre 6 et 8 semaines d'aménorrhées) ; de douleur pelvienne et de métrorragies ont été retrouvés dans 84% des cas .Ce taux est supérieur à celui de Yaya [28] et de Mamadou [2] qui ont rapporté respectivement 79,7% et 48,3%.

5. EXAMENS PARACLINIQUES :

-Le test urinaire de l'HCG a été fait chez toutes les patientes.

Il a été positif dans tous les cas.

Samuel [27] a trouvé le même résultat.

-L'échographie a été pratiquée dans 84% des cas et a objectivé un sac gestationnel en dehors de l'utérus ; ce taux est supérieur à celui de : Samuel [27] qui a rapporté 53%.

Dans 2% des cas, l'échographie était normale.

Cela est dû au faite que cet examen est réalisé souvent par des médecins généralistes.

-La culdocentèse a été effectuée dans 16% des cas.

Ce faible taux s'explique par la non systématisation de cet examen dans le service après une échographie et un tableau clinique franc.

-Le groupage rhésus et le taux d'hémoglobine étaient systématique avant l'intervention chirurgicale

Nous n'avons pas fait le dosage plasmatique des β HCG ; compte tenu de l'extrême urgence (stade de rupture) de nos cas et la non disponibilité de cet examen dans le laboratoire du centre.

6. ETUDE HISTOLOGIQUE

Le service d'anatomie pathologique a étudié 50 pièces opératoires et mis en évidence :

- des villosités placentaires dans 90% des cas ;
- un embryon dans 86% de nos prélèvements.

Ces résultats confirment la grossesse ectopique.

Les étiologies suivantes ont été observées :

Une salpingite chronique dans 78%, l'endométriase et la bilharziose dans 4% des cas.

Ces résultats sont nettement supérieurs à ceux de Picaud [25] qui a trouvé 25,1% de salpingite chronique, 0,5% de bilharziose et d'endométriase.

Wato G [34] a rapporté la bilharziose dans 3% des cas.

Cela s'explique par la fréquence élevée des infections dans nos contrées.

Un cas de GEU sur adénocarcinome de la trompe a été rapporté dans notre étude chez une patiente de 37ans; mais qui n'a pas été signalé dans les études antérieures à notre connaissance.

7. LE TRAITEMENT

Toutes les femmes ont été reçues dans un tableau d'hémopéritoine ; la laparotomie en urgence suivie de la salpingectomie partielle avec hémostase a été l'acte chirurgical essentiel. Cela dénote de la consultation tardive des patientes. La trompe controlatérale était absente chez 4 patientes soit 8%.

Les traitements médicaux récents (METHOTREXATE) et la Coelio-chirurgie décrits dans la littérature n'ont pas été pratiqués faute de moyens techniques [26].

NB : Une de nos patientes a bénéficié la transfusion sanguine soit 2% ; il s'agissait de la patiente qui a présenté l'adénocarcinome de la trompe.

Trois autres de nos patientes devraient bénéficier de la transfusion sanguine (taux d'hémoglobine inférieur à 7g/dl), mais cela n'a pas été possible à cause de la non disponibilité du sang.

8. PRONOSTIC MATERNEL

Nous déplorons un cas de décès soit un taux de 2%. Il s'agit d'une patiente de 37 ans avec un tableau d'anémie clinique sévère dont la biologie nous a donné un taux d'hémoglobine à 4 g/dl avec état de choc.

Son état nécessitait une transfusion malheureusement elle n'a bénéficié que d'une poche de sang iso groupe iso rhésus le décès survient une heure de temps après l'intervention chirurgicale.

Le résultat de l'anatomopathologie confirme la GEU sur adénocarcinome de la trompe.

Mamadou [2] a trouvé 1.57%.

VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

1 .CONCLUSION :

La GEU constitue un problème de santé publique dans nos pays, liée à une augmentation croissante de sa fréquence.

L'infection génitale de plus en plus fréquente, la multiplicité des partenaires, l'insuffisance dans la prise en charge des IST et des avortements clandestins constituent des facteurs de risques non négligeables.

La triade symptomatique classique à savoir (Douleurs abdomino-pelviennes + Aménorrhée + Métrorragies) a constitué le principal tableau clinique.

Le diagnostic presque toujours tardif et l'accès difficile à des moyens diagnostiques comme l'échographie offre peu de choix thérapeutique.

Un traitement chirurgical lourd entraîne d'importante mutilation et diminue les chances de fécondité ultérieure des patientes.

L'issue de cette pathologie est favorable dans la majorité des cas si le diagnostic est précoce avec prise en charge adéquate.

2. RECOMMANDATIONS

La prévention de cette pathologie passe par les actions suivantes :

- **Aux autorités**

- Équiper les formations hospitalières de référence des moyens d'investigation para clinique opérationnels 24 h/24 pour un diagnostic rapide et précoce (échographie avec sonde endo-vaginale, dosage des B HCG plasmatiques)
- Équiper les blocs opératoires des centres de santé de référence en matériel de coeliochirurgie et assurer la formation des médecins à cette pratique.

- **Aux personnels socio- sanitaires**

- Rechercher systématiquement une GEU chez toute patiente en âge de procréer présentant une douleur pelvienne ou abdomino-pelvienne, un saignement génital, ou une aménorrhée.
- Intensifier l'information et la sensibilisation sur les facteurs de risque de la GEU, en direction des femmes en âge de procréer.
- Sensibiliser les sujets cibles sur les signes d'alarme en cas de grossesse : douleurs pelviennes ou abdomino-pelviennes, saignement, chute syncopale.
- Faire une échographie systématique au premier trimestre de la grossesse pour localiser son siège surtout chez les femmes avec facteur de risque ou avec des signes d'appels comme saignement, douleur.
- Aider nos Hôpitaux pour la mise en place de la FIV.

- **À la population :**

- Consulter précocement en cas de suspicion de grossesse pour déterminer sa localisation
- Éviter et traiter efficacement les infections sexuellement transmissibles.

VII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. Fernandez H.** Grossesse extra-utérine, étiologie, diagnostic, évolution, traitement, page 2303 ; in Revue du praticien, 2000.
- 2. Keita M.** Aspects Epidemio-clinique et thérapeutique de la grossesse extra-utérine au Centre de Santé de Référence de la Commune IV de Bamako, Thèse de Médecine, Université de Bamako, F MPOS, 2006, 84 pages.
- 3. Lawson T.** Ectopic pregnancy criteria and accurancyof ultrasonic diagnosis AM. J R oentegenol 1978:153-156.
- 4. Stromne** Salpingectomy for brutal pregnancy eport of à successful case. Obstet gynecol 1993; 1: 472-481.
- 5. Manhes et Bruhat.** Essai du traitement par coelioscopie de la grossesse extra-uterine (GEU) à propos de 26 observations. Rev.fr Gynecol Obstet 1977; 72:667.
- 6. Tanaka.** Treatment of interstitial pregnancy with methotrexate: Report of succenfull case. Fertile sterile 1982; 37:85, 853.
- 7. Dargent, Lansac.** Grossesse extra-utérine : Avenir des opérées et chirurgie conservatrice. Rev part. Paris; 1973, 23: 33-53.
- 8. Brux D J.** Histopathologie gynécologique. Masson, Paris, 1981, 437-443.
- 9. Berger Mj, Taymor MI.** Simultaneous intra-uterine and tubal pregnancies following ovulation induction. Am J obstet Gyn 1975; 82: 775- 782.
- 10. Judlin P, Leguin T, Zaccabri A, Landes P.** Avenir génital après GEU.A propos d'une série continue de 330cas. J. Gynécol. Obstet Biol. Reprod. 1986 : 58-59.
- 11. Saito M, Koyama T, Jaoi J, Kumasaka T, Jazawa K, Nishi N, Okhura T.** Acta Obstet Gynecol, scande1975; 54 : 227.

- 12. Goldner Te, Lawson Hw, Xia Z, Atrasch Hk.** Surveillance for ectopic pregnancy-United States 1970-1989.MMWR 1993;42:73-35
- 13. Doyle Mb, Decherney Ah, Diamond Mp.** Epidemiology and etiology of ectopic pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am 1991; 18: 1-17.
- 14. Job-Spira N, Fernandez H, Bouyer J, Pouly Jl, Germain E, Coste J.** Ruptured tubal ectopic pregnancy: risk factors and reproductive out Come: results of a population-based study in France. Am J. Obstet Gynecol 1999; 180 (4): 938- 44.
- 15. Manhes H, Mage G, Pouly Jl , Robert Jf, Bruhat Ma.** Traitement coelioscopique de la grossesse tubaire non rompue ; Amélioration techniques. Presse Médicale; 1983, 12: 1431.
- 16. Xiong X, Buekens P,Wollast E, Iud.** Use and the risk of ectopic pregnancy; a meta-analysis of case-control studies, contraception 1995; 52: 23-34.
- 17. Bernoux A, Job-Spira N, Germain E, Ughetto S, Pouly Jl.** Fertility out come after ectopic pregnancy and use of intra-uterine device at the time of the index ectopic pregnancy. Hum Reprod 2000; 15: 1173 – 7.
- 18. Janecek P, De Grandi P.** Chirurgie restauratrice d’emblée dans le traitement des grossesses extra-utérines. J. Gynecol Obstet Biol Reprod 1978; 7: 1261-1267.
- 19. Paalman Rj, Mcelin Tw.** Cervical pregnancy: review of the literature and presentation of cases. Amer. J. Obstet Gynecol1959; 77: 317.
- 20. Yang C-P, Chow Wh, Daling Jr, Weiss Ns, Moore Dt.** Does prior infertility increase the Risk of tubal pregnancy? Fertil Sterile 1987; 48: 62- 8.
- 21. Meirik O.** Ectopic pregnancy during 1961-78. In Uppsala countr seden Acta. Obstet. Gynecol scand 1981; 60: 545-548.

- 22. Pouly JI, Chapron C, Mage C, Manhes H, Canis M, Wattiez A, Bruhat Ma .** Multifactorial analysis of fertility following conservative laparoscopic treatment of ectopic pregnancy through a 223 cases series.
Fertil Steril 1991; 56:453-60.
- 23. Rothe Dj, Birnbaum Sj.** Cervical pregnancy: Diagnostic and management.
Obstet Gynecol 1973; 42: 675.
- 24. Mol Bw j, Ankum Wm, Bossuyt Pm, Kau Derveen F.**
Contraception and the risk of ectopic pregnancy; a meta- analysis.
Contraception 1995 ; 52 : 337-41.
- 25. A Picaud.** Evolution de la fréquence de la grossesse extra utérine à Libreville (Gabon) de 1977à1989. Med. Afr .Noire; 1992-39; 12: 798-805.
- 26. Diallo F B.** Grossesse extra-utérine Aspects épidémiologique et thérapeutique au service de gynécologie-obstétrique du CHU IGNACE DEEN DE CONAKRY. Thèse de médecine ; Conakry 1999 ; n° 46.
- 27. Samuel D G.** Etude de la grossesse extra-utérine dans le service de gynécologie –obstétrique du CHU Gabriel Touré a propos de 83cas. Thèse de médecine ; Bamako 2007 ; n°70.
- 28. Dembélé Y.** Grossesse extra utérine : Aspects 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 2006 ; n°60.
- 29. Atrash Hk.** Abdominal pregnancy in the United States –frequency and maternal mortality. Obstet Gynecology 1987-69-333.
- 30. Bah B.** La grossesse extra utérine en milieu noir africain à propos de 104 cas observé à Bamako. Thèse de médecine année 1980 ; n°17.
- 31. Traoré M.** Contribution à l'étude de la Grossesse extra-utérine à propos de 100 cas. Thèse de médecine; Bamako 1985; n° 20.

32. Soumaré M. Etude des Grossesse extra utérine à l'hôpital Gabriel Touré à propos de 116 cas.

Thèse de médecine Bamako 1998.M-69.

33. Sidibé S. GEU : Aspects épidémio-cliniques et thérapeutique au centre de santé de référence de la commune VI du District de Bamako à propos de 128 cas .Thèse de médecine année 2011; n°90.

34. Wato G.GEU et Bilharziose tubaire au Sénégal à propos de 3 cas. Thèse de médecine année 2000 n° 10 ; publication 2004.

FICHE SIGNALETIQUE

NOM : SANOGO

PRENOM : Daouda Boubacar

TITRE DE LA THESE : GEU : Aspects épidémiologiques et Anatomopathologiques de la grossesse extra-utérine au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako.

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2010-2011

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : Mali

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

SECTEUR D'INTERET : Gynécologie et Obstétrique.

Résumé : Il s'agit d'une étude transversale avec recrutement prospectif des données. Elle s'est déroulée dans le Service de Gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako du 01 juillet 2010 au 31 juin 2011. Nous avons colligé pendant cette période 50 cas de grossesse extra-utérine et effectué 6665 accouchements soit une fréquence de 0,75%.

La prise en charge de nombreux cas de grossesse extra-utérine au niveau de certaines cliniques privées a contribué à la baisse du taux de notre étude.

Toutes les patientes ont été reçues en urgence après la rupture de la grossesse extra-utérine. Les multipares ont été les plus représentées avec un taux de 30%.

Les patientes ont consulté lorsque l'évolution de la grossesse était anormale : (douleurs spontanées, métrorragies).

Les méthodes diagnostiques les plus utilisées en plus de l'examen clinique ont été :

- le test urinaire de grossesse 100%
- l'échographie pelvienne 84%.

La majorité de nos cas étaient dus à des salpingites chroniques soit 58%.

La chirurgie radicale a été le moyen thérapeutique utilisé. Nous avons malheureusement déploré 1 cas de décès soit 2%, il s'agissait d'un cas de GEU sur adénocarcinome de la trompe.

Les mots clés :

Grossesse extra-utérine, rupture, hémopéritoine, histologie, pronostic.

FICHE D'ENQUETE

IDENTITE :

Nom et prénom :

Age :

Provenance :

Profession :

Ethnie :

ETAT CIVIL :

Célibataire : mariée : divorcée

veuve :

ANTECEDENT :

Médicaux : tuberculose bilharziose autres

Chirurgicaux : césarienne : péritonite : appendicectomie :

Gynécologiques : prurit : dysurie : leucorrhées

Obstétricaux : gestité : parité : vivant : avortement : DCD :

IVG

AUTRES FACTEURS DE RISQUES : tabagisme : autres :

EXAMEN CLINIQUE :

Interrogatoire :

Perturbation du cycle :

Notion d'aménorrhée récente :

Durée d'aménorrhée :

Douleur Pelvienne spontanée :

Métrorragie :

EXAMEN PHYSIQUE :

Inspection

Etat Général :

Pâleur :

conscience :

Métrorragie :

Signes généraux :

Etat de choc :

Palpation :

Abdomen fluctuant :

Cri de l'ombilic :

EXAMEN AU SPECULUM :

Métrorragies :

Col fermé :

Autres lésions cervicales :

TOUCHER VAGINAL :

Utérus de taille normale :

Masse annexielle sensible :

Douglas sensibles : (cri de douglas)..... D bombé

EXAMEN PARACLINIQUE :

Dosage des β HCG :

.....

Echographie:.....

Cœlioscopie :

Taux d'hémoglobine :.....

Groupe rhésus :.....

Ponction du douglas :.....

TRAITEMENT DE GEU

Traitement médical de la GEU non rompu

Metotrexate.....

Chirurgie radicale

Salpingectomie totale :.....

Annexectomie :

Chirurgie conservatrice :

Conservation tubaire totale : Césarienne tubaire :.....

Avortement tubo abdominal:.....

ASPECT ANAPATH:

MACROSCOPIE:

Taille de la trompe :

Diamètre :

Présence d'un embryon : oui non

Taille de l'embryon :

Villosité placentaire en grappe de raisins : oui non

MICROSCOPIE :

ASPECT DES VILLOSITES : normal môle partielle

Môle hydatiforme môle invasif choriocarcinome

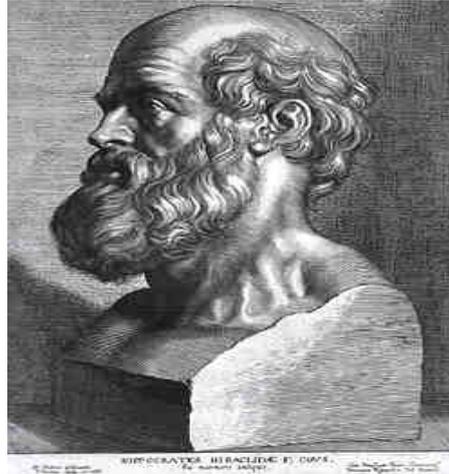
HISTOLOGIE DE LA TROMPE

Inflammation non spécifique

Fibrose :○ schistosomiase :○ autres facteurs de risques○

Infection○ chlamydia Endométriose○

SERMENT D'HIPPOCRATE



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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religions, de nations, de races, de partis ou de classes sociales viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

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

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

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

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

Je le jure !