

LISTE DES ABREVIATIONS

G. E. U. : Grossesse Extra-Utérine

I. S. T. : Infections Sexuellement Transmissibles

D. I. U. : Dispositif Intra-Utérin

H. C. G. : Hormone gonadotrophine Chorionique

C. H. R. : Centre Hospitalier Régional

C. C. C. : Communication pour le Changement de Comportement

I.V.G : Interruption Volontaire de grossesse

INTRODUCTION.....	1
-------------------	---

PREMIERE PARTIE : Revue de la littérature

1. RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES DES ORGANES GENITAUX INTERNES DE LA FEMME.....	2
---	----------

1.1 ANATOMIE.....	2
1.1.1 L'UTERUS.....	2
1.1.2 LES TROMPES UTERINES OU TROMPES DE FALLOPE.....	2
1.1.3 LES OVAIRES.....	3

1.2 PHYSIOLOGIE DE L'UTERUS, DES TROMPES UTERINES ET DES OVAIRES 4

2. RAPPELS THEORIQUES SUR LA GROSSESSE ABDOMINALE 10

2.1 DEFINITION.....	10
----------------------------	-----------

2.2 HISTORIQUE.....	10
----------------------------	-----------

2.3 ETIOLOGIES.....	10
----------------------------	-----------

2.4 PHYSIOPATHOLOGIE.....	12
----------------------------------	-----------

2.5 ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	12
2.5.1 L'UTERUS ET SES ANNEXES.....	12
2.5.2 LES FŒTUS ET SES ANNEXES.....	13

2.6 DIAGNOSTIC.....	15
2.6.1 DIAGNOSTIC POSITIF DE LA GROSSESSE ABDOMINALE.....	15
2.6.2 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.....	16
2.6.3 EXAMENS COMPLEMENTAIRES.....	17
2.6.3.1 Biologie.....	17
2.6.3.2 Imagerie.....	17

2.7 EVOLUTION ET PRONOSTIC.....	18
2.7.1 EVOLUTION.....	18
2.7.2 PRONOSTIC MATERNEL ET FŒTAL.....	18

2.8 CONDUITE A TENIR.....	18
----------------------------------	-----------

DEUXIEME PARTIE : Notre étude proprement dite et nos observations

1. OBJECTIF	20
2. CADRE DE L'ETUDE	20
2.1 SITUATION GEOGRAPHIQUE.....	20
2.2 LA STRUCTURE DU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE TOLIARY.....	21
2.3 LES ACTIVITES DU CHR DE TOLIARY.....	22
2.3.1 RECEPTION DES MALADES.....	22
2.3.2 ORGANISATION DE CHAQUE SERVICE.....	22
2.3.3 ORGANISATION DE L'OPERATION.....	22
3. METHODOLOGIE	23
3.1 METHODES.....	23
3.2 MATERIELS D'ETUDE.....	23
4. OBSERVATIONS	23
 <u>TROISIEME PARTIE : Nos commentaires et suggestions</u>	
1. COMMENTAIRES	27
2. SUGGESTIONS	34
 CONCLUSION	 36
 BIBLIOGRAPHIE	

INTRODUCTION

Le développement d'une grossesse ectopique ou « grossesse extra-utérine » ou GEU ou « zaza antsosokoditra » au-delà de 5^{ème} mois dans la cavité péritonéale que l'on assimile à une grossesse abdominale, est une affection exceptionnelle, mais le nombre de cas reconnus ne cesse d'augmenter. C'est une pathologie gynéco-obstétricale caractérisée par son évolution prolongée parfois jusqu'à terme avec naissance d'un enfant vivant ou non.

Elle est rare dans les pays développés.

Elle est plus fréquente dans les pays en voie de développement comme Madagascar et pose toujours des problèmes de difficultés diagnostique et thérapeutique.

Nos travaux sont centrés sur « l'étude épidémio-clinique » de trois cas de grossesse extra-utérine au-delà de 5^{ème} mois ou grossesse abdominale survenus au Centre Hospitalier Régional de Toliary durant l'année 2000.



Nous allons présenter cette étude en quatre parties :

- Dans la première partie : la revue de la littérature concernant aux rappels anatomo-physiologiques de l'appareil génital féminin et aux rappels théoriques de la grossesse abdominale.
- La deuxième partie : notre étude proprement dite suivie de nos observations.
- Et dans la troisième partie : nos commentaires et suggestions
- Une conclusion terminera le travail.

1. RAPPELS ANATOMOPHYSIOLOGIQUES DES ORGANES GENITAUX INTERNES DE LA FEMME

1.1 ANATOMIE

Les organes génitaux internes de la femme sont constitués par :

- l'utérus où éventuellement, l'œuf fécondé se niche et se développe,
- les trompes utérines ou trompes de Fallope, dont le rôle principal est de conduire les ovocytes de l'ovaire à l'utérus.
- les ovaires qui produisent les ovules, les progestérones, les œstrogènes et la relaxine.

1.1.1 L'UTERUS [1], [2], [3]

C'est un organe musculéux, ferme mais élastique, destiné à contenir l'œuf fécondé pendant son développement.

L'utérus a la forme d'un cône tronqué à sommet inférieur, il se subdivise en deux parties, grâce à un léger étranglement de la partie moyenne : l'isthme

- une partie supérieure : le corps de l'utérus, aplati d'avant en arrière
- une partie inférieure : le col

il est un organe impair, et situé au centre de la cavité pelvienne entre la vessie en avant, le rectum en arrière, les intestins en haut et l'utérus en bas.

L'utérus est maintenu en place par trois paires de ligaments :

- les ligaments larges
- les ligaments ronds
- les ligaments utéro-sacrés

il est vascularisé par l'artère utérine qui naît de l'artère iliaque

1.1.2 LES TROMPES UTERINES OU TROMPES DE FALLOPE [4]

Ce sont des conduits musculo-membraneux droit et gauche, d'une longueur en moyenne de 10 à 12 cm, attachés aux ligaments larges par le mésosalpinx.

De dehors en dedans se succèdent :

⇒ le pavillon ou infundibulum

il présente la portion la plus mobile de la trompe : En forme d'entonnoir, il s'évase brusquement et recouvre la face interne s'échappent de nombreuses franges de 10 à 15 mm de longueur. Ces franges sont au nombre de 12 à 15, constituant la « fimbrie ». L'une d'entre elles, la frange ovarique de RICHARD, plus longue que les autres, s'ouvre sur le pôle supérieur de l'ovaire

⇒ l'ampoule

segment sinueux de 8 à 9 mm de diamètre externe, de 7 à 8 cm de longueur, elle fait suite au pavillon.

⇒ l'isthme

Segment grêle de 3 mm de diamètre externe, de 3 à 4 cm de longueur, il connecte l'ampoule au segment intramural. Il se caractérise par l'étroitesse de sa lumière qui va de 0,3 à 1 mm de diamètre.

⇒ Le segment intramural ou segment interstitiel

d'un diamètre interne de 0,5 mm et d'une longueur de 1 cm et à ce niveau les musculatures tubaire et utérine se confondent. Elles débouchent dans l'angle supérieur de l'utérus par un orifice de 1 mm de diamètre : l'ostium utérinum.

1.1.3 LES OVAIRES [5],[6],[7]

De consistance ferme, les ovaires ont une couleur blanche rosée, et sont des organes pairs, à la fois lieu de formation de l'ovule et siège d'importantes sécrétions endocrines.

Chaque ovaire a classiquement la forme d'une amande légèrement aplatie de 4 cm de long sur 2 cm de large et 1 cm d'épaisseur chez la femme adulte.

Les ovaires se situent dans la cavité pelvienne, l'un à droite l'autre à gauche, en arrière des ligaments larges.

Ce sont des organes extrêmement mobiles, ayant une situation variable .

Chez la nullipare, les ovaires sont situés en arrière du ligament large contre la paroi latérale du pelvis dans la fossette ovarienne de KRAUSE.

Chez la multipare, ils sont bas situés et tendent à descendre en direction du cul de sac de Douglas dans la fossette de Claudius .

Trois ligaments les maintiennent en place tout en les laissant libres et mobiles à l'intérieur de la cavité péritonéale.

- Le ligament lombo-ovarien relie l'ovaire à la paroi latérale de l'excavation pelvienne
- Le ligament tubo-ovarien s'étend de l'ovaire à la trompe.
- Le ligament utéro-ovarien unit l'ovaire à l'utérus.

D'autre part, ils sont réunis aux ligaments larges et au mésovarium que le péritoine revêt.

Les ovaires sont vascularisés par :

- l'artère utérine
- les veines ovariennes

L'innervation est assurée par le plexus ovarien pré-aortique et par les rameaux issus du nerf de l'utérus venu du plexus hypogastrique.

1.2 PHYSIOLOGIE DE L'UTERUS, DES TROMPES UTERINES ET DES OVAIRES

→ L'utérus constitue avec les trompes et les ovaires l'organe où se déroulent les phénomènes de la reproduction humaine.

Le rôle de l'utérus est complexe : [8]

- il est le site de la menstruation. Grâce aux œstrogènes, progestérones et androgènes, la muqueuse utérine subit une modification. Cette muqueuse utérine se desquame quand il n'y a pas de fécondation. Ce phénomène est la menstruation appelée communément « règles »
- il est le siège de la nidation de l'ovule fécondé jusqu'au développement du fœtus durant la grossesse quand il y a fécondation, il y a une modification structurale de la muqueuse utérine qui ne régresse pas.
- Il est aussi le siège des contractions musculaires destinées à faire expulser le fœtus hors de la cavité utérine au moment de l'accouchement ou dans certains cas pathologiques (avortement).

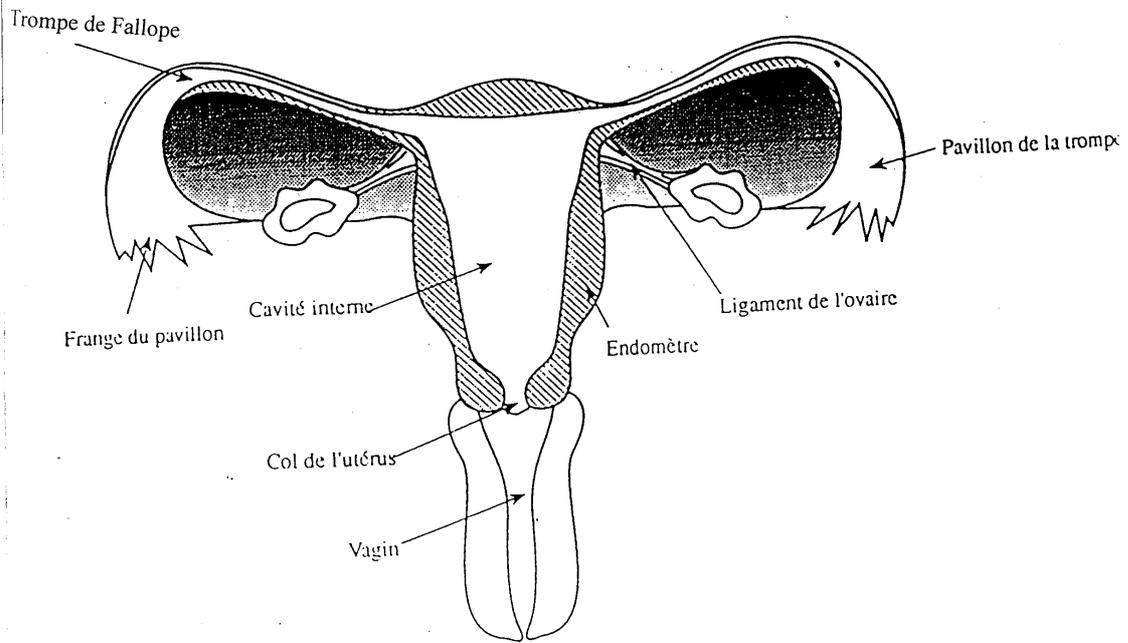
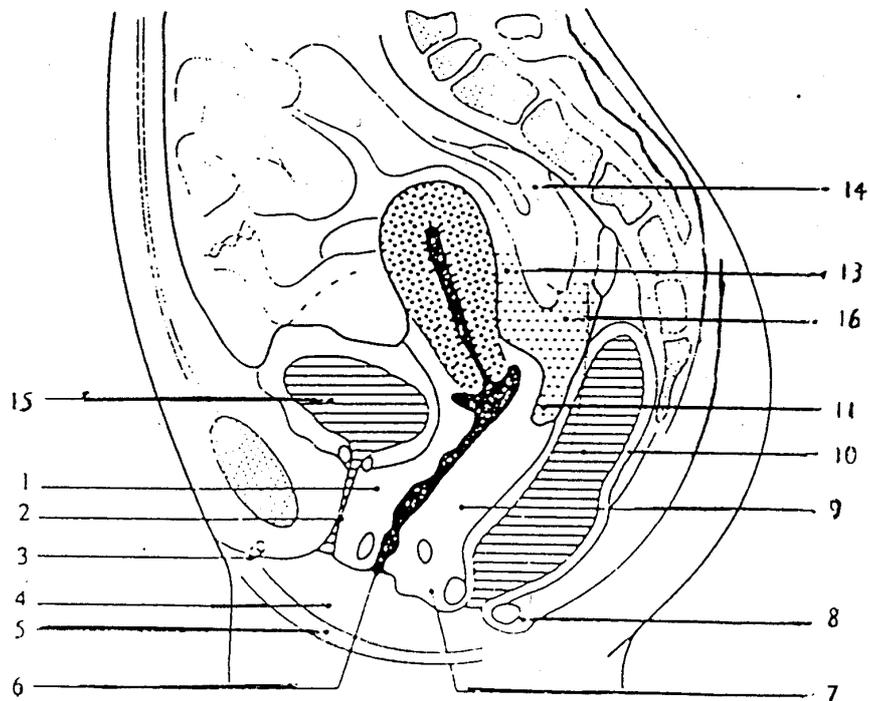


Schéma N° 1 : Rappel anatomique des organes génitaux internes de la femme [4]



- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Cloison utéro-vaginale | 9. Cloison recto-vaginale |
| 2. Urètre | 10. Rectum |
| 3. Clitoris | 11. Cul de sac de Douglas |
| 4. Petite lèvre | 12. Utérus |
| 5. Grande lèvre | 13. Péritoine |
| 6. Orifice du vagin | 14. Colon et intestin grêle |
| 7. niveau fibreux central du périnée | 15. Vessie |
| 8. Muscle releveur de l'anus | 16. Hématocèle |

Schéma N° 2 : Coupe sagittale du contenu du bassin de la femme

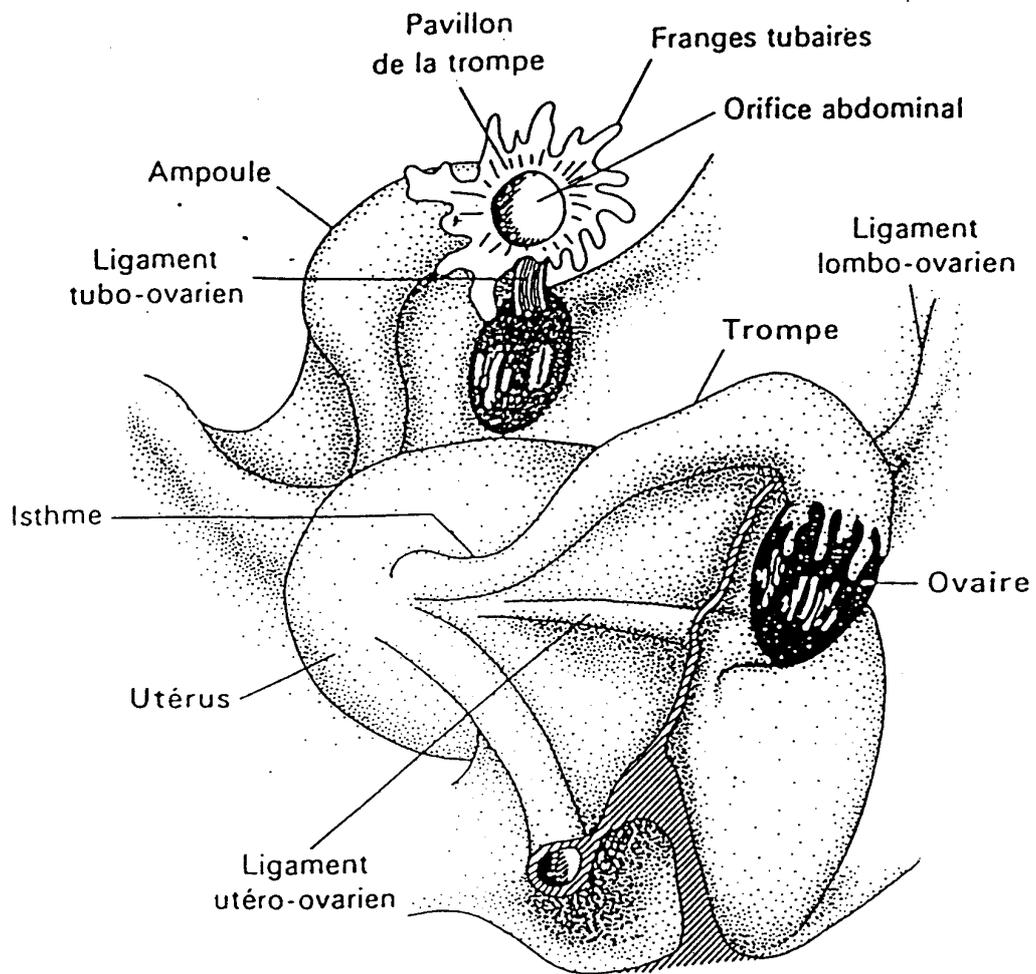


Schéma N° 3 : Les ovaires – Situation, rapports
 (vue antero-externe gauche)

➔ La trompe de Fallope conduit l'ovule vers la rencontre des spermatozoïdes

Les fonctions des trompes sont [8], [9]

- Un transport actif des spermatozoïdes vers le site de fécondation :
 - Le stockage et la sélection
 - La survie et la capacitation des spermatozoïdes

- La captation ovocytaire
- La fécondation
- La migration de l'ovocyte et de l'œuf

➔ Les ovaires possèdent des fonctions exocrines et endocrines [10].

Ces deux fonctions combinées entraînent l'apparition des cycles menstruels et ovariens pendant l'activité génitale :

La fonction exocrine : c'est l'émission de la cellule germinale en vue de la fécondation : c'est la folliculogénèse.

- La fonction endocrine : c'est la sécrétion des trois types de stéroïdes sexuels :
 - les oestrogènes
 - les progestérones
 - les androgènes

2. *RAPPELS THEORIQUES SUR LA GROSSESSE ABDOMINALE*

2.1 DEFINITION [11]

La grossesse abdominale est une variété de grossesse extra-utérine dans laquelle l'implantation et le développement de l'œuf ont eu lieu dans les tissus et organes sous péritonéaux

2.2 HISTORIQUE

ALBUCASSIS a décrit pour la première fois la grossesse abdominale en 1013 [12].

DONATUS a parlé de l'extraction du squelette d'un fœtus logé dans la cavité abdominale en 1540 [12]

2.3 ETIOLOGIES [13], [14], [15]

Les étiologies de la grossesse abdominale sont les mêmes que celles des grossesses extra-utérines en général.

Ce sont :

→ Les infections pelviennes : les infections sexuellement transmissibles (IST) et leurs complications (salpingite, pelvipéritonites)

Le chlamydia trachomatis est le germe le plus fréquemment rencontré.

→ Les antécédents chirurgicaux pelviens :

Antécédent de chirurgie tubaire

Antécédent de GEU

Antécédent de l'appendicectomie

→ Les méthodes contraceptives

stérilet ou dispositif intra-utérin (DIU)

→ L'endométriose tubaire [16], [17]

→ La tuberculose génitale

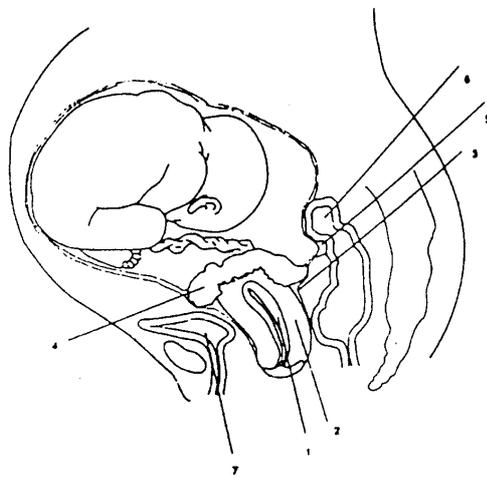


Schéma N° 4 : Rapports du fœtus et du placenta avec les structures de voisinage.

1 : Endomètre ; 2 : myomètre ; 3 : séreuse utérine ; 4 : placenta ;

5: membrane chorio-amniotique ; 6: sigmoïde ; 7 : vessie

- ➔ Les malformations tubaires
 - Hypoplasie
 - Diverticules
 - Rétrécissements
- ➔ L'induction de l'ovulation [18], [19]
- ➔ Le tabac

2.4 PHYSIOPATHOLOGIE [20], [21], [22], [23]

Les grossesses abdominales sont divisées en deux groupes.

- ➔ Les grossesses abdominales secondaires les plus fréquentes proviennent
 - soit d'un avortement tubo-abdominal
 - soit d'une rupture de grossesse tubaire
 - soit de la migration d'une grossesse intra-utérine à travers d'une brèche d'hystérectomie ou de perforation utérine, ou corne rudimentaire :
- ➔ Les grossesses abdominales primitives sont dues à l'implantation de l'œuf dans la cavité péritonéale par retard de captation ovulaire.

Le diagnostic repose sur les critères de Studdiford :

- Les deux trompes, les ovaires sont indemnes de toute lésion
- Absence de fistules utéro-péritonéales
- Les rapports de sac ovulaire intéressent exclusivement la surface péritonéale.

2.5 ANATOMIE PATHOLOGIE

2.5.1 L'UTERUS ET SES ANNEXES

Le développement d'une grossesse abdominale va entraîner deux types de modifications au niveau de l'utérus :

- Une hypertrophie associée à une hyperplasie du muscle utérin comme celles observées au cours de la grossesse normale
- Une réaction déciduale et une caduque qui moule la cavité utérine.

Si l'évolution de l'œuf est interrompue, il y a une dégénérescence et l'expulsion en bloc de la caduque :

C'est un signe très évocateur d'une grossesse extra-utérine.

Les trompes sont hypertrophiées, leurs vascularisations sont aussi augmentées.

2.5.2 LE FŒTUS ET SES ANNEXES

➔ Dans la cavité abdominale, le fœtus peut évoluer :

- soit vers la résorption,
- soit vers la mort du fœtus, suivant l'état de la vascularisation du placenta suivie de la rétention prolongée dans la cavité abdominale : c'est le LITHOPEDION,
- soit vers le développement jusqu'à terme de la grossesse avec enfant vivant ou non.

➔ L'insertion placentaire est variable [24] :

Annexes, utérus, recto-sigmoïde, colons ascendant et descendant, fosse iliaque, grêle, paroi abdominale antérieure, paroi abdominale postérieure, Douglas, vessie, colon transverse, appendice, estomac, rate, diaphragme, le péritoine, le méso, les anses intestinales, les épiploons, parfois le foie et les ovaires.

➔ Le sac fœtal [25], [26] :

Il est constitué par l'amnios et le chorion

Tableau N°1 : Localisations placentaires dans les grossesses abdominales [24]

LOCALISATIONS	NOMBRE TOTAL	POURCENTAGE
Annexes	49	67,1%
Utérus	36	49,3%
Recto-sigmoïde, colon ascendant et descendant	26	35,6%
Fosse iliaque	12	16,4%
Grêle	11	15%
Paroi abdominale antérieure	10	12,7%
Paroi abdominale postéro-latérale	8	11%
Douglas	8	11%
Vessie	6	8,2%
Mésentère	6	8,2%
Colon traverse	5	6,8%
Paroi abdominale postérieure	2	2,7%
Appendice	2	2,7%
Estomac	2	2,7%
Rate	1	1,4%
Diaphragme	1	1,4%

Il est renforcé par des tissus adhérentiels provenant des organes voisins.

L'intégrité du sac membraneux est nécessaire pour la survie du fœtus

→ Le liquide amniotique est peu abondant et protège mal le fœtus contre les compressions .

Rapport-gratuit.com
LE NUMÉRO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES 

2.6 DIAGNOSTIC

2.6.1 DIAGNOSTIC POSITIF DE LA GROSSESSE ABDOMINALE

Un groupe de signes permet d'orienter le diagnostic vers une grossesse abdominale [27] :

- *Les troubles digestifs : nausée, vomissement, constipation, subocclusion,*
- *les douleurs abdomino-pelviennes concomitantes aux mouvements fœtaux avec ou sans métrorragies,*
- *l'anémie avec altération de l'état général,*
- *un fœtus très superficiel souvent en position atypique, transversale haute. On peut palper une deuxième masse pelvienne correspondant à l'utérus augmenté de volume mais vide*
- *au toucher vaginal, le col est souvent fixé sous la symphyse pubienne, il est dur et long.*
- *Parfois le tableau est dominé par une complication évolutive à types d'hémorragie interne ou extériorisée, d'anémie, d'ictère, d'oligurie, de syndrome toxi-infectieux.*

2.6.2 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Tableau n° 2 : Diagnostic différentiel des grossesses abdominales [28]

Malformation utérine	Utérus didelphe Utérus bicorne Utérus double
<i>Tumeurs et grossesse</i>	- Splanchnomégalie -Kyste de l’ovaire -Fibrôme utérin
Pathologies obstétricales du 2 ^{ème} et 3 ^{ème} trimestre	Rupture utérine Hématome retro-placentaire Placenta praevia Menace d’accouchement prématuré
Pathologies digestives, urologique, hépatique, gynéco-obstétricale	Occlusion intestinale Péritonite Appendicite Colique hépatique, néphrétique Pancréatite Salpingite, menace d’avortement
<i>Présentation anormale et grossesse multiple</i>	Présentation transversale Présentation oblique Présentation du siège

2.6.3 LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

2.6.3.1 La biologie

- La numération formule sanguine montre une anémie [29]
- Le dosage de l'hormone chorionique gonadotrophine plasmatique (β -HCG plasmatique) confirme l'existence d'une grossesse. Dans les grossesses extra-utérines, le taux de β -HCG est plus bas que dans la grossesse normale.

2.6.3.2 Imagerie

- L'échographie constitue l'élément-clé de diagnostic, de pronostic et de surveillance de la grossesse abdominale. Sondes [30] a établi des critères de diagnostic échographique de grossesse abdominale qui sont :
 - fœtus dans un sac gestationnel en dehors de l'utérus
 - absence de paroi utérine entre fœtus et vessie ;
 - la localisation du placenta en dehors des limites de la cavité utérine et ses rapports, avec les organes abdominaux, ce qui conditionne l'attitude thérapeutique.
- L'examen tomodensitométrique ne donne pas plus que l'échographie, à part une meilleure localisation des limites du placenta [31]
- La résonance magnétique nucléaire est exceptionnellement demandée pour le diagnostic de la grossesse abdominale. Elle permet de définir les rapports exacts du fœtus, du placenta, et de l'utérus [32],[33]
- La coelioscopie affirme le diagnostic de grossesse abdominale dans 100% des cas. Elle seule à un stade précoce permet de faire le diagnostic.
- La laparotomie exploratrice est faite devant une suspicion clinique de grossesse abdominale.

2.7 EVOLUTION ET PRONOSTIC

2.7.1 EVOLUTION

L'évolution de la grossesse abdominale se fait :

- soit vers la mort de l'œuf dans la cavité abdominale [34]
- soit vers la rupture de la grossesse dans les organes avoisinants,
- soit vers la constitution d'un abcès intra-péritonéal,
- soit vers la rétention d'un fœtus calcifié
- soit vers les fistulisations qui peuvent être digestives, cutanées [35], vaginales ou vésicales
- soit vers l'évolution jusqu'à terme avec enfant vivant ou non.

2.7.2 PRONOSTIC MATERNEL ET FŒTAL : [36], [37], [38]

La mortalité maternelle consécutive à une grossesse abdominale varie entre 0 et 18% selon les séries, est due essentiellement aux complications infectieuses et aux hémorragies.

La mortalité périnatale varie entre 75 et 95%, est due à l'hypotrophie sévère et aux malformations congénitales.

Le taux de ces malformations congénitales est de 30 à 90% secondaire à l'oligo-amnios.

La moitié des fœtus nés viables décèdent dans la période périnatale, souvent dans un tableau de détresse respiratoire et le 1/3 des survivants meurt avant 5 ans.

2.8 CONDUITE A TENIR

Le traitement est chirurgical, après une réanimation médicale. L'intervention chirurgicale est urgente dès que le diagnostic est posé si :

- le fœtus est vivant et viable
- le fœtus est mort
- la grossesse est jeune

Elle sera différée au prix d'une surveillance stricte materno-fœtale quand on est proche de la période de viabilité fœtale.

Quand le fœtus est mort, une laparotomie réglée est indiquée. Cependant certains auteurs préconisent d'attendre quelques semaines pour que l'involution placentaire minimise le risque de l'hémorragie au moment de l'intervention.

Techniquement, l'intervention pose le problème du risque hémorragique lors de l'exérèse placentaire. Cette exérèse ne peut être pratiquée qu'après un inventaire précis de ses rapports avec les organes pelvi-abdominaux. Elle peut être autorisée par l'insertion sur l'utérus ou sur l'annexe, permettant ainsi de contrôler les vaisseaux qui irriguent le placenta ;

On laisse le placenta « in situ » (insertion sur organes nobles ou vaisseaux).

Sa résorption spontanée expose alors à la survenue des complications à types de :

- fistule,
- péritonite ou abcès,
- hémorragie secondaire,
- occlusion intestinale

pouvant obliger à une réintervention de nécessité ou de principe.

Dans ce cas, la surveillance postopératoire doit être rigoureuse.

Selon KIFTE, le placenta laissé en place reste fonctionnel 50 jours après, mais les cotylédons nécessitent plusieurs années pour être résorbés. Dans ce cas, l'utilisation d'antimitotiques dans le but de hâter l'involution du trophoblaste, et de réduire l'incidence des complications postopératoires a été proposée [39].

La surveillance de la résorption du placenta in situ est assurée par l'échographie et/ou les dosages répétés des hormones placentaires [40].

1. OBJECTIFS

La grossesse abdominale est une pathologie qui met en jeu les facteurs de risques vitaux et fonctionnels des femmes en période d'activité génitale surtout dans les pays en voie de développement comme Madagascar.

Les buts de notre travail sont de :

- Etudier les fréquences et les facteurs favorisants
- Faire un diagnostic clinique de la grossesse abdominale
- Améliorer les moyens matériels de dépistage
- Etablir une stratégie thérapeutique efficace.

2. CADRE DE L'ETUDE

2.1 SITUATION GEOGRAPHIQUE

L'étude a été faite au CHR de Toliary. La ville de Toliary est située à 928 km de la capitale, dans la partie sud de Madagascar.

La température annuelle est aux alentours de 26° C. les ressources économiques de la plupart de la population sont l'élevage des chèvres, des moutons, des bovins, la pêche traditionnelle, la culture de riz, des maïs et des manioc.

Malgré ces ressources, les revenus de la population ne sont pas suffisants pour pousser les enfants à leurs études. C'est pourquoi, le taux de scolarisation est très bas.

La découverte de pierres précieuses va exagérer la baisse de taux de scolarisation. Les enfants, les enseignants et les parents vont chercher ces pierres.

Grâce à la découverte de ces pierres, la ville de Toliary devient une ville touristique.

L'existence des étrangers favorise la multiplication du nombre de prostituées. Ces dernières provoquent le changement fréquent des partenaires.

Tous ces facteurs favorisent la survenue :

- de toutes les infections sexuellement transmissibles qui peuvent provoquer des séquelles de salpingite chronique, la stérilité et la grossesse extra-utérine.
- Des grossesses non désirées obligent à faire l'interruption volontaire de grossesse qui peut entraîner la mort, endométrite, la salpingite chronique, la stérilité et la grossesse extra-utérine.

2.2 LA STRUCTURE DU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE TOLIARY

Il est composé de :

- Un service des Urgences
- Un service de Chirurgie qui se divise en deux pavillons :
 - le pavillon chirurgical I
 - le pavillon chirurgical II
- Une Maternité
- Un bloc opératoire : utilisé en même temps que pour les malades de Maternité et des pavillons chirurgicaux.
- Un service de Médecine se divise en trois pavillons :
 - Pavillon médical I : pour la Cardiologie
 - Pavillon médical II : pour la Psychiatrie
 - Pavillon médical III : pour les maladies infectieuses et pour les détenus.
- Un service de Pneumo-phtisiologie
- Un service de Pédiatrie et de Néonatalogie
- Un service d'Ophtalmologie
- Un service de Stomatologie
- Un service d'Imagerie médicale
- Un Laboratoire
- Une banque de sang
- Une pharmacie

Le personnel de l'Hôpital de Toliary est composé de :

- 01 Professeur titulaire de Pédiatrie
- 17 Médecins dont :
 - 2 Gynécologues
 - 4 Médecins généralistes
 - 2 Pneumo-phtisiologues
 - 2 Pédiatres
 - 4 Chirurgiens
 - 1 Laborantin
 - 1 Radiologue
 - 1 Réanimateur
- 3 Infirmiers
- 3 Laborantins
- 3 Radiologues
- des Elèves de l'Ecole médico-sociale

- des stagiaires internés.

2.3 LES ACTIVITES DE CHR DE TOLIARY

2.3.1 RECEPTION DES MALADES

Elle se fait au niveau du service des urgences où les stagiaires internés ou les infirmiers font la consultation des malades entrants à l'Hôpital et prennent la décision après avoir fait le diagnostic rapide.

Ces malades sont envoyés par les stagiaires internés ou les infirmiers en consultation externe ou en donnant immédiatement le traitement correspondant ou à orienter les malades vers le service spécialisé.

2.3.2 ORGANISATION DE CHAQUE SERVICE

Les Médecins de chaque service s'occupent des malades hospitalisés pendant toute la matinée. L'après midi est réservé à la consultation externe. Pour les week-end et les jours fériés, le médecin de garde et le personnel prennent soins des malades.

2.3.3 ORGANISATION DE L'INTERVENTION

- Avant l'intervention, tous les malades à opérer doivent subir la visite pré anesthésique pour éviter les accidents éventuels.
- Les interventions chirurgicales sont faites selon les programmes fixés par les chirurgiens au bloc opératoire.

3. METHODOLOGIE

3.1 METHODES

Nous avons retenu, pour l'examen des dossiers, l'âge des patientes, la gestité, la profession, la situation matrimoniale, les signes cliniques et la conduite à tenir.

3.2 MATERIELS D'ETUDE

Notre travail est réalisé au Centre Hospitalier Régional de Toliary dans le service de Chirurgie et de Gynéco-obstétrique.

La méthode d'étude est rétrospective, s'étalant du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2000, soit 1 an.

Les informations ont été recueillies à partir des protocoles opératoires, des registres statistique et des dossiers hospitaliers.

4. OBSERVATIONS

OBSERVATION N°1

Madame Manint âgée de 30 ans, 4^{ème} geste, 2^{ème} pare avec deux enfants vivants et un avortement, est admise à la Maternité du CHR de Toliary le 09 janvier 2000 pour suspicion d'une grossesse abdominale avec mouvements actifs du fœtus absents.

Elle est mariée légitime, ménagère et rurale. La date des dernières règles est inconnue. La consultation prénatale n'a pas été faite.

- Température : 37°C
- Tension artérielle : 10/5
- Hauteur utérine =30 cm
- Présentation transversale avec tête à droite
- Mouvements actifs du fœtus sont absents
- Contractions utérines sont absentes

Les examens complémentaires faits :

Biologie :

- taux de prothrombine : 96%
- globules blancs : 8000/mm³
- sérologie syphilis positive.

Echographie

Elle confirme l'existence d'une grossesse abdominale et les mouvements actifs du fœtus absents.

Protocole opératoire : le 11 janvier 2000

- Incision médiane sous et sus ombilicale
- Ouverture de membrane amniotique qui est directement sous la paroi
- Extraction d'un enfant de sexe féminin, pesant 2,900 kg, mort macéré
- Le placenta est inséré au niveau du fond utérin et annexe droit
- Extraction du placenta sur des pinces hémostatiques
- Nettoyage de la poche au sérum physiologique isotonique 0,9% additionné à la bétadine
- Fermeture pariétale sur un drain tubulaire dans le cul de sac de Douglas
- Durée de séjour hospitalier : six jours
- Plaie opératoire propre.

OBSERVATION N°2

Madame PAS âgée de 18 ans, 1^{er} geste, évacuée d'Andranovelona, est admise à la Maternité du CHR de Toliary le 29 novembre 2000 pour une hémorragie génitale abondante, chez une femme enceinte de 08 mois et demi. Elle est ménagère et de race Tanalana.

Les examens complémentaires faits :

- Groupage : Rhésus +
- Hématocrite : 38%

Protocole opératoire : le 29 novembre 2000. après incision de MOUCHEL sur la ligne médiane inférieure, on découvrait une grossesse intra-abdominale.

Bilan de lésions :

- péritoine épais
- fœtus en présentation transversale vivant
- placenta s'insérant sur le ligament large et l'ovaire droit avec épiploon.

Intervention

- ouverture de péritoine avec issue de liquide jaunâtre minime
- extraction d'un fœtus du sexe féminin né avec APGAR 9 pesant 3 kg avec circulaire autour des chevilles
- métrorragie au niveau de l'insertion ligamentaire du placenta sur l'utérus et le ligament large

- assèchement abdominal et contrôle de l'hémostase
- mise en place d'un drain abdominal
- fermeture plan par plan sur un drain filiforme
- séjour hospitalier : 15 jours
- mère vivante
- bébé mort-né
- plaie opératoire propre

OBSERVATION N°3

Madame PAP âgée de 20 ans, 2^{ème} geste, primipare avec un enfant vivant, évacuée d'Ambihy est admise à la Maternité du CHR de Toliary le 11 décembre 2000 pour présentation transversale avec bruits du cœur fœtaux absents. Les contractions utérines sont absentes ; la date de dernières règles est inconnue. Au toucher vaginal, le col est court et fermé.

Les examens complémentaires faits :

- **Biologies :**

- Groupage : Rhésus +
- Hématocrite : 20%

- **Echographie**

Elle montre une grossesse arrêtée de 28 à 29 semaines d'aménorrhée environ

- Protocole opératoire
 - Après incision de Mouchel sous ombilicale, on découvrait une grossesse intra-abdominale.
 - Ouverture des membranes amniotiques
 - Extraction d'un fœtus du sexe féminin pesant 2,700 kg, mort macéré
 - Insertion du placenta sur les annexes gauches, le fond utérin et le ligament large gauche
 - Ligature de pédicule lombo-ovarien
 - Annexectomie gauche
 - Excision du placenta du fond utérin
 - Suture hémostatique rapprochant les bords antérieur et postérieur de la membrane excisée
 - Lavage péritonéal

- Fermeture en trois points suivie d'un drain tubulaire
- Séjour hospitalier : 15 jours
- Mère vivante
- Plaie opératoire propre.

I. COMMENTAIRES

1. SUR LE PLAN EPIDEMIOLOGIQUE

La grossesse abdominale est une localisation rare de la grossesse ectopique

1.1. Fréquence

La grossesse abdominale évoluant après le 5^{ème} mois est une affection exceptionnelle en Europe et dans les pays médicalisés, en raison des progrès du diagnostic précoce de la grossesse extra-utérine par la pratique des examens échographiques et Coelioscopiques.

Dans les pays en voie de développement, où la faible densité médicale explique l'absence de surveillance de femme enceinte, où la forte pathologie tubaire favorise la localisation extra-utérine de la grossesse, elle est moins exceptionnelle [41].

La fréquence de la grossesse abdominale varie d'un pays à l'autre.

Dans les pays riches entre 1/7000 à 1/15000 accouchements.

Par contre, elle est fréquente dans les pays du tiers-monde et évaluée à 1/1134 en Afrique du Sud [42] et à 1/2583 à Dakar [43].

Dans notre série, nous n'avons pas trouvé de chiffres sur la fréquence actuelle de cette affection à Madagascar. Parmi 81 cas de grossesses extra-utérines recensés au CHR de Toliary, nous avons trouvé 3 cas de grossesse extra-utérine au-delà de 5^{ème} mois ou grossesse abdominale durant l'année 2000.

Nous sommes tout à fait d'accord avec Guerhazi [44], sur la grande variabilité de cette affection. Elle dépend surtout du niveau socio-économique du pays et particulièrement de la qualité de surveillance de la grossesse et de l'accouchement.

1.2. Age, Parité et Gestité

Dans la littérature, la grossesse abdominale est signalée surtout chez les femmes de plus de 30 ans ayant peu d'accouchement [42].

Selon Jabbar et Al Wakeel, la fréquence de la grossesse abdominale diminue avec la grande multiparité [45].

Dans notre étude, l'âge moyen de nos patientes est de 20 ans avec des extrêmes de 18 ans et de 30 ans. On constate que deux patientes ont moins de 30 ans (observations N° 02, N° 03) et une autre patiente est une multigeste et multipare (observation N° 01).

Toutes les femmes en âge de procréer peuvent être atteintes de grossesse abdominale. Nous avons vu que les femmes dans la région de Toliary ont une vie sexuelle très active, c'est pourquoi elles sont très exposées à des hauts risques de contamination des IST (Infections Sexuellement Transmissibles) et de tentative d'IVG. Ce sont les principales causes de la grossesse abdominale.

1.3. Profession

Dans notre étude, elles sont toutes ménagères. Les femmes de cette classe professionnelle sont défavorisées et éprouvent beaucoup de difficultés pour se faire soigner.

1.4. Situation Matrimoniale

Nous avons constaté que toutes les femmes dans notre étude sont mariées.

2. SUR LE PLAN GYNECO-OBSTETRICAL

De nombreux facteurs étiologiques ont été évoqués dans la genèse de la grossesse abdominale

- l'âge de la femme ne joue aucun rôle
- la grossesse abdominale semble être plus fréquente chez les multipares (comme c'est le cas de l'observation N° 01)
- il y a une corrélation entre la grossesse abdominale et les antécédents :
 - de stérilité et d'infertilité
 - de grossesse extra-utérine[37]

- d'avortement cureté ou non (c'est le cas de l'observation N° 01)
- d'infection génitale haute.

Dans notre étude, une patiente présente une sérologie syphilitique positive (observation N° 01)

Cette sérologie positive confirme l'existence d'infection génitale haute. C'est la principale cause de la grossesse abdominale.

3. PATHOGENIE

Les auteurs sont unanimes sur la classification de la grossesse abdominale [46], [47]

La grossesse abdominale primitive, pour être confirmée, doit répondre aux quatre critères de Studdiford :

- trompes et ovaires indemnes de toute lésion
- absence de fistule utéro-péritonéale
- rapports du sac ovulaire intéressant exclusivement la surface péritonéale.
- grossesse suffisamment jeune.

La forme secondaire peut provenir d'une grossesse tubaire rompue ou d'un avortement tubo-abdominal. Elle peut être la conséquence d'une grossesse intra-utérine secondairement abdominale à l'occasion d'une rupture de cicatrice d'hystérectomie, césarienne, perforation utérine ou rupture d'une corne rudimentaire.

Nous avons pensé que cette classification pathogénique reste théorique vues les difficultés de préciser en peropératoire l'intégrité de la trompe ou de l'utérus.

Nous avons classé nos cas dans la forme primitive car il n'y a pas eu pendant la grossesse de notion d'hémorragie génitale qu'on pourrait étiqueter de secondaire à un avortement tubo-abdominal et que le corps utérin et les trompes sont intacts et normaux.

4. DIAGNOSTIC

4.1. Clinique

Un groupe de signes permet d'orienter le diagnostic vers une grossesse abdominale [27] :

- les troubles digestifs : nausée, vomissement, constipation, subocclusion
- les douleurs abdomino-pelviennes concomitantes aux mouvements fœtaux avec ou sans métrorragies
- l'anémie avec altération de l'état général

- un fœtus très superficiel souvent en position atypique, transversale haute. On peut palper une deuxième masse pelvienne correspondant à l'utérus augmenté de volume.
- Au toucher vaginal, le col est souvent fixé sous la symphyse pubienne, il est dur et long, par contre dans notre étude une femme a présenté au toucher vaginal un col court (observation N° 03]
- Parfois le tableau est dominé par une complication évolutive à type d'hémorragie interne ou extériorisée, d'anémie, d'ictère, d'oligurie, de syndrome toxi-infectieux.

Parmi les signes susmentionnés, trois signes sont présents chez nos patientes. Deux patientes (observations N° 01, N° 03) ont respectivement présenté leur fœtus en position transversale très superficielle ; une autre patiente a fait une hémorragie génitale abondante (observation N° 02).

Le taux d'hématocrite normale est 45%. L'anémie a été constatée dans toutes nos observations N° 01, N° 02, N° 03.

Elles ont respectivement présenté :

Observation N° 01 : hématocrite 35%

Observation N° 02 : hématocrite 38%

Observation N° 03 : hématocrite 20%

Bendvold constate que l'absence de la contraction physiologique de Braxton Hicks est fréquente en fin de grossesse abdominale [48] :

L'absence des contractions utérines a été retrouvée dans deux cas de notre étude (observations N° 01, N° 03)

4.2. Examens complémentaires

4.2.1 Biologie

Le test de grossesse par dosage quantitatif des B-HCG plasmatiques peut montrer un taux bas par rapport à l'âge gestationnel [49]

Pour ce qui est de notre série, nous ne l'avons pas pratiqué faute de moyens adéquats car cet examen n'est disponible qu'Antananarivo

4.2.2 Imagerie

L'échographie constitue l'élément clé de diagnostic, de pronostic et de la surveillance de la grossesse abdominale.

Pour Bouazizi, l'échographie permet le diagnostic par la visualisation de la continuité du défilé cervico-isthmique, la localisation extra-utérine de la grossesse et l'analyse des rapports du placenta [47].

Selon Sfar, elle permet de visualiser l'absence de la paroi utérine entre le fœtus et de la vessie [21].

Dans notre série, le diagnostic échographique a été posé dans deux cas (observations N° 01, N° 03)

5. CONDUITE A TENIR

Le traitement est chirurgical. L'urgence opératoire est nuancée théoriquement selon la viabilité fœtale [21].

- *Si le fœtus est vivant et viable, l'extraction chirurgicale doit être urgente dès que, le diagnostic est posé : cette décision a été prise chez une patiente (observation N° 02)*

- *La même attitude est préconisée lorsque le fœtus est mort ou que la grossesse est jeune : nous avons réalisé cette même attitude chez deux autres patientes :*

⇒ observation N° 01 : mort fœtale

⇒ observation N° 03 : grossesse arrêtée

- *Par contre, le geste opératoire pourrait être différé lorsqu'on est proche de la période de la viabilité fœtale, à condition que la surveillance maternelle et fœtale soit stricte en milieu hospitalier.*

L'attitude vis-à-vis du placenta n'est pas unanime par tous les auteurs.

Techniquement, l'intervention pose le problème du risque hémorragique lors de l'exérèse placentaire.

Certains auteurs proposent l'ablation immédiate quand c'est possible permettant ainsi des suites opératoires simples. Cette attitude a été prise dans nos trois cas sans difficulté.

⇒ observation N° 01 : le placenta est inséré au niveau du fond utérin et annexe droite

⇒ observation N° 02: le placenta est inséré au niveau du ligament large droit et à l'ovaire droite avec épiploon

Dans ce deuxième cas, l'ablation du placenta est à la suite d'une métrorragie au niveau de l'insertion ligamentaire du placenta.

⇒ observation N° 03 : Insertion du placenta sur les annexes gauches, le fond utérin et le ligament large gauche.

D'autres auteurs laissent le placenta en place quand il est inséré de façon diffuse ou sur les organes importants (Insertion sur les organes nobles ou vaisseaux). Dans ce cas, le cordon est sectionné au ras de son insertion.

Sa résorption spontanée expose alors à la survenue de Complications à types de péritonite, d'abcès, d'hémorragie secondaire et d'occlusion intestinale aiguë [50] pouvant obliger à une réintervention de nécessité ou de principe.

Dans ce cas, l'utilisation d'antimitotiques dans le but de hâter l'involution du trophoblaste, et de réduire l'incidence des complications post opératoires a été proposée [39], [40].

Nous avons pensé que l'attitude vis-à-vis du placenta dépend essentiellement de la zone d'implantation et les risques liés à la dissection même du placenta.

6. PRONOSTIC

6.1. Pronostic maternel

La mortalité maternelle consécutive à une grossesse abdominale varie entre 0 et 18% selon les séries, est due essentiellement aux complications infectieuses et aux hémorragies [36], [37].

Dans notre étude, le pronostic maternel immédiat est excellent. Les suites opératoires sont simples. La mortalité maternelle est nulle. La durée du séjour varie de 06 à 15 jours.

Pour les suites lointaines, les algies pelviennes, la stérilité et la récurrence de grossesse extra-utérine peuvent être rencontrées. Malheureusement, il nous est impossible de suivre nos malades pour le pronostic lointain.

6.2. Pronostic fœtal

La mortalité périnatale varie entre 75 à 95% [21], est due à l'hypotrophie sévère et aux malformations congénitales.

Dans notre étude, un cas mort-né (observation N° 2) et deux cas sont morts in abdomino (observations N° 1, N° 3). L'hypotrophie et les malformations congénitales n'ont pas été rencontrées.

II. SUGGESTIONS

Les grossesses abdominales mettent en jeu les pronostics vitaux et fonctionnels des patientes. C'est pourquoi nous sommes obligés d'adopter les mesures préventives pour freiner la recrudescence de cette pathologie, et d'améliorer les moyens matériels de dépistage et compléter les matériels utiles à la Chirurgie d'urgence.

1. LES MESURES DE PREVENTION

1.1 La lutte contre les avortements provoqués ou non.

Nous savons qu'il y a eu lieu une corrélation entre la grossesse abdominale et l'antécédent d'avortement cureté ou non. Comme nous l'avons vu dans notre étude (observation N° 1) Il faut conscientiser les femmes sur les dangers des avortements.

1.2 La lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST)

- contrôle strict sur la santé sexuelle des touristes
- création des emplois pour les femmes
- Renforcement de la communication pour le changement de comportement (CCC) sur les Infections sexuellement transmissibles concernant les dangers et traitement des partenaires.
- Education des femmes à fréquenter les formations sanitaires existantes dès qu'il y ait des troubles génitaux.
- Renforcement de la formation et recyclage des personnels de santé pour faire connaître les nouvelles stratégies de dépistage et de la prise en charge de IST.
- Dispersion des formations sanitaires avec dotation des matériels d'investigation pour un dépistage précoce des infections sexuellement transmissibles.

1.3 Renforcement de la consultation prénatale pour le dépistage précoce de la grossesse abdominale

**2. INSTALLATION DE LABORATOIRES D'ANALYSES,
APPROVISIONNEMENT EN MATERIELS D'INVESTIGATION ET DE
CHIRURGIE D'URGENCE, ET DOTATION EN PERSONNEL QUALIFIE**

- Le dosage de la B-HCG
- L'échographie

Ces examens sont très utiles dans le diagnostic précoce de la grossesse abdominale et adaptés à notre condition socio-économique

- dotation en personnel qualifié pour une chirurgie d'urgence

3. EXAMEN COMPLEMENTAIRE

Dotation en matériel radiographique

CONCLUSION

La grossesse abdominale évoluant après le 5^{ème} mois est une affection exceptionnelle dans les pays médicalisés en raison des progrès du diagnostic précoce de la grossesse extra-utérine par la pratique des examens échographiques.

Elle est moins exceptionnelle où la faible densité médicale explique la mauvaise surveillance de la femme enceinte. Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au Centre Hospitalier Régional de Toliary durant l'année 2000.

La fréquence de la grossesse abdominale varie d'un pays à l'autre. Nous avons trouvé 3 cas de grossesse extra-utérine au-delà de 5^{ème} mois durant l'année 2000, parmi 81 cas de grossesse extra-utérine recensés au CHR de Toliary. Elles sont âgées respectivement de 18 ans, 20ans et 30ans. Elles sont toutes ménagères.

Toutes les femmes en âge de procréer peuvent être atteintes de grossesse abdominale.

Les femmes de classe professionnelle défavorisée sont les plus touchées. Les enfants sont tous morts.

Les étiologies de la grossesse abdominale sont les mêmes que celles de la grossesse extra-utérine.

Sa classification pathogénique reste théorique vues les difficultés de préciser en per-opératoire l'intégrité de la trompe ou de l'utérus.

Dans notre étude, la présentation transversale, l'hémorragie génitale, l'anémie et l'absence des contractions utérines ont été rencontrées.

Le teste de grossesse par dosage quantitatif de B-HCG plasmatique n'est disponible qu'Antananarivo.

Le diagnostic est confirmé rapidement à l'usage de l'échographie, actuellement disponible à Toliary.

Le traitement est essentiellement Chirurgical. L'urgence opératoire est nuancée théoriquement selon la viabilité fœtale.

C'est une intervention délicate et dangereuse du fait de la dissection du placenta au moment de la laparotomie.

C'est pourquoi, certains auteurs préfèrent laisser le placenta en place en cas d'insertion étendue.

Une hémorragie per-opératoire doit être envisagée et prévue.

La surveillance post-opératoire doit être rigoureuse.

Dans nos trois cas :

- l'ablation immédiate du placenta a été pratiquée
- le pronostic maternel immédiat est excellent
- les suites opératoires ont été simples
- la mortalité maternelle a été nulle
- la durée du séjour varie de 06 à 15 jours
- le pronostic fœtal reste mauvais

deux cas ont été morts in abdomino et un cas mort-né.

- l'hypotrophie et les malformations congénitales n'ont pas été rencontrées.

Afin de résoudre les problèmes rencontrés pour les facteurs de risques, le dépistage et la prise en charge thérapeutique de la grossesse abdominale. Nous suggérons les solutions suivantes :

- le renforcement de la communication pour le changement de comportement (CCC) des gens sur les Infections sexuellement transmissibles .
- L'éducation des femmes à fréquenter les formations sanitaires existantes dès qu'il y ait des troubles génitaux.
- La création des emplois pour relever le niveau socio-économique des gens
- Tout responsable de formation sanitaire doit être capable de diagnostiquer d'où recyclage et formation souhaités
- Le renforcement en matériels d'investigation pour un dépistage précoce de la grossesse abdominale et en matériels chirurgicaux pour la chirurgie d'urgence.

Enfin, nous espérons que les suggestions que nous avons émises trouveront un écho favorable.

La femme sera moins exposée à la grossesse abdominale.

Le diagnostic et la prise en charge thérapeutique seront pris précocement, et l'objectif fixé par l'organisation mondiale de la santé pour réduction du taux de mortalité et de morbidité materno-fœtal sera atteint.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- **Bodiagina V.** *Précis d'Obstétrique*. Moscou : Mir, 1^{ère} édition, 1978 : 14-17.
- 2- **Razafindrasata F R.** *Hématocèle retro-utérine à propos de 71 cas*. Thèse de Médecine, Antananarivo, 1997, n° 1723
- 3- **Galter B.** *Larousse médicale*, Paris : 1994 : 205-206
- 4- **Ashère, Madelenat P.** *Physiologie de la trompe*, Encycl. Med. Chir. Gynécologie. Paris : 1989 ; 531 A 10 : 3
- 5- **Maillet M, David C.** *Rappel anatomique. Histologie de l'appareil génital féminin*, Gauthier-Willards, 1974 : 3-6.
- 6- **Merger R, Levy J, Melchior J.** *Grossesse extra-utérine. Précis d'Obstétrique*, Paris, Masson, 5^{ème} édition, 1993 : 237-244.
- 7- **Loffredo V, Tesquier L, Paris F X, De Brux J.** *La grossesse extra-utérine*. Encyclopédie Médico-chirurgicale, Gynécologie. Paris : 1984 ; 700 A 10- 6 : 20.
- 8- **Kamina P.** *Les trompes utérines, utérus, anatomie*, Gynéco-obstétrique. Paris : Maloine, 1984 ; 4 : 273-291.
- 9- **Ascher E, Madelenat.** *Physiologie de la trompe, rappels d'Anatomie*. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Gynécologie. Paris : 1989 ; 31. A. 10 :3.
- 10- **Taleb L, Ahmed, Bouchetara K, Boulteville C.** *Physiologie génitale de la femme*. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Paris : 1989 ; 490. A. 103 : 7.
- 11- **Abossolo T, Sommer J C, Dancoisme P, Orvain E, Tuailon J, Isoard L.** *Grossesse abdominale du 1^{er} trimestre et traitement coelio-chirurgical. A propos de 2 cas de grossesse abdominale évolutive traités par cœlioscopie à 10 et 12 SA*. J Gynecol. Obst.boil. Repro. 1994; 23: 676-680.

- 12- **Philippe E.** *Les grossesses ectopiques.* In pathologie foeto-placentaire. Paris : Masson, 2^{ème} édition, 1986 ; 33 : 220.
- 13- **Bronstein R.** *GEU avant 5^{ème} mois.* Encyclopédie Médico-chirurgicale Gynécologie, 1977 ; 700A 10 : 6.
- 14- **Fernandez H.** *La grossesse extra-utérine.* La revue du praticien. 2000 : 2303-2307.
- 15- **Dubuisson J B, Charles, Chapron.** *La grossesse extra-utérine.* La revue du praticien. 1998 ; 48 : 1037-1039.
- 16- **Uzzan J.** *Affection de la trompe.* Encyclopédie médico-chirurgicale. Paris : 1989 ; 44 A 10-11 : 257.
- 17- **Leroy J L, Regnier C.** *Endométriose et grossesse extra-utérine.* La revue du praticien Gynécolog-obstétrique. 1986 ; 81 : 23-26.
- 18- **Bronstein R.** *La GEU avant le 5^{ème} mois.* Encyclopédie médico-chirurgicale, Gynécologie. 1978 ; 100 A. 10 : 16-18.
- 19- **Salomon L. Danoy X, Darbois Y.** *Traitement de la GEU par le méthotrexate.* La revue du praticien. 2000 ; 50 : 1977-1979.
- 20- **Bouزيد F, Mouniale.** *Diagnostic précoce d'une grossesse dans une corne rudimentaire.* Gynécol. Biol. Reprod. 1992; 21: 263-264.
- 21- **Sfar E, Kaabar H, Marrackechi O, Zouari F, Chelli H, Kharouf M, Chelli M.** *La grossesse abdominale, entité anatomo-clinique rare. A propos de 4 cas.* Revue Fr. Gynécol. Obstétr. 1993 ; 88 : 261-265.
- 22- **Cetin M T, Aridogan N, Cosku A.** *La grossesse abdominale. A propos de six cas personnels.* Rev. Fr. Obstétr. 1992 ; 87 : 76-78.

- 23- **Akpadza K, Baeta S, Oureya H, Wozufia F, Hodonou A K S.** *Grossesse abdominale et grossesse intra-utérine simultanée à terme avec enfants vivants : un cas.* Rev. Fr. Gynécol. Obstétr. 1996 ; 91 : 322-324.
- 24- **Hreshchysn M M, Ben Bogen et Loughran C H.** *What is the actual present day management of the placenta in the late abdominal pregnancy. Analysis of 101 cases.* Am. J. Obstetr. Gynecol. 1961; 81: 302-318.
- 25- **Diouf A, Diouf F, Cisse C T, Diallo D, Gaye A, Diadhiou F.** *La grossesse abdominale à terme avec un enfant vivant. A propos de 2 observations.* J. Gynecol, Obstet. Biol. Repro. 1996; 25 : 215-221.
- 26- **Poizat R, Lewin F.** *GEU après le 5^{ème} mois.* Encycl. Méd. Chir. Obstét. 1982 ; 5069D 10 : 5.
- 27- **Bouزيد F, Cellami D, Baati S, Chaabouni M, Triki J, Lamine L, Rekki S.** *La grossesse abdominale.* Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1996 ; 91 : 616-618.
- 28- **Cloup B.** A propos de deux cas de grossesse abdominale à terme. Problèmes diagnostiques et thérapeutiques. Ouest Méd. 1980 ; 33 : 439 – 443.
- 29- **Brown R C, Varner M W.** *Anaemia as a sign of abdominal pregnancy.* Am. Ram. Physician. 1984 ; 29 : 135-138.
- 30- **Sondes G.** *A propos de deux cas de grossesse abdominale.* Thèse Méd. 1985.
- 31- **Rahatzad M, Adamson D A, Henderson S.** *Computed tomography and ultrasound of retained placenta from abdominal pregnancy.* J. Computer Assist Tomogr. 1983 ; 7: 730-731.
- 32- **Cohen J M, Weinreb J C, Lowe Tw M R.** *Imaging of a viable full term abdominal. Pregnancy.* Am. J. Roentgenol .1985; 145: 407-408.

- 33- **Smith F W, Coll.** *Nuclear magnetic resonance imaging a new look at the fetus.* Br. J. Obstet gynecol. 1985; 92 : 1024-1033.
- 34- **Nesbitt R E.** *Le Lithopédion, us armed forces.* Med. J. 1955; 6 : 903.
- 35- **Correa P, Diadhiou F, Lauroy J, Coll.** *Evolution exceptionnelle de la grossesse abdominale.* J Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1979; 8 : 235-241.
- 36- **Cetin M T, Aridogan N, Coskun A.** *La grossesse abdominale. A propos de six cas personnels.* Rev. Fr. gynécol. Obstét. 1992 ; 86 : 522-526.
- 37- **Hainaut F, Mayenga J F, Crimail Ph.** *Grossesse abdominale tardive. A propos d'un cas.* Rev. Fr. gynécol. Obstét. 1991 : 522-528.
- 38- **Adrien C, Moessinger A C.** *Foetal Lung growth in experimental uteroabdominal pregnancy.* Obstet. Gynecol. 1986; 68 : 675-678.
- 39- **Belfar H,** *Long-term follow-up after removal of abdominal pregnancy.* J. Ultrasound. Med. 1986; 5: 521-523.
- 40- **James N, Martin J R.** *Abdominal pregnancy. Current concepts of Management.* Obstetrics and Gynaecology. 1988; 71 : 549-557.
- 41- **Correa P, Atayi L, Cavel, Lauroy J, Bourgon R.** *Quelques aspects particuliers de la grossesse abdominale.* Bull. Soc. Méd. Afr. Noire Langue Fr. 1978 ; 23 : 61-69.
- 42- **Santos-Diaz A.** *Advanced abdominal pregnancy: Three cases with a review of the literature.* S. A Fr. Med. 1971; 69 : 297-308.
- 43- **Correa P, Atayi L, Cavel, Lauroy J, Bourgon R.** *Quelques aspects particuliers de la grossesse abdominale. A propos de 18 cas relevés en milieu africain à Dakar.* Bull. Fed. Gynécol. Obstét. 1965 ; 17 : 872-874.

Rapport-Gratuit.com

- 44- **Guemazi S.** *A propos de deux cas de grossesse abdominale observés à l'Hôpital Charles Nicole de Tunis.* Thèse Méd. Sfax, 1985.
- 45- **Jabbar F A, Al Wakeel M.** *A study of 45 cases of ectopic pregnancy.* Int J. Gynecol. Obstet. 1980 ; 18 : 214-217.
- 46- **Atrash A K, Friede A, Hogue C J R.** *Abdominal pregnancy in the USA, frequency and maternal mortality part I.* J. Gynecol. Obstet. 1987 ; 69 : 333-337
- 47- **Bouazizi N, Zhiona F, Chaker A, Mouelhi C, Ferchiou M, Meriah S.** *Un nouveau cas de grossesse abdominale avec enfant vivant et non mal formé.* Tunisie Médicale. 1997 ; 75 : 143-145.
- 48- **Bend Vold E, Raab N.** *Abdominal pregnancy a case report and a brief review of literature.* Acta Obstet. Gynecol. 1962; 84 : 1257-1270.
- 49- **Thoulon J M, Puech F, Boog G.** *Obstétrique.* Ellipses, Aupelf uref. 1995 : 19-35
- 50- **Setouani A, Snaibi A, Boutaled Y.** *La grossesse abdominale. A propos de 7 cas colligés de 1978 à 1986.* J. Gynecol obstét Biol. Reprod. 1989; 18 : 177-180

VELIRANO

« Eo anatrehan'ny Zanahary, eto anoloan'ireo Mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-mianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity, ary eto anatrehan'ny sarin'i Hippocrate.

Dia manome toky sy mianiana aho, fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo ampanatontosana ny raharaham-pitsaboana.

Hotsaboiko maimaimpoana ireo ory, ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba ahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy ahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samy irery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamofady na hanamoràna famitan-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona, na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalàko ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo Mpampianatra ahy aho, ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny Mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy ho rabirabian'ireo Mpitsabo namako kosa anie aho raha mivadika amin'izany ».

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de Thèse

Signé : Professeur RAKOTOVAO Joseph Dieudonné

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur RAJAONARIVELO Paul

Name and first names : BERNARD

Title of the thesis : " EPIDEMIC - CLINIC STUDY OF THREE CASES OF PREGNANCY EXTRA - UTERINE BEYOND 5^{ème} MONTH .

Rubric : Public Health gynaecology

Number of pages : 38 **Number of tables** : 02

Number of diagrams: 04 **Number of bibliographical references** : 50

SUMMARY

The development of a pregnancy extra - uterine beyond 5^{ème} month in the peritoneum cavity is assimilated to an abdominal pregnancy. It concerns a retrospective study concerning 3 cases of pregnancy extra - uterine beyond of 5^{ème} month among 81 cases of extra pregnancies -uterine counted to the CHR of Toliary during the year 2000.

The goal of our study is to improve preventive measures, methods of clinic diagnosis and the plug in cost of this fondness so as to improve the prognosis maternal and foetal.

All women in age to procreate can be reached of the abdominal pregnancy. 3 women are old respectively 18 years, 20 years and 30 years. They are all housewives.

The diagnosis is difficult due to the fact the insufficiency in material of investigation. On our three cases, two cases have been diagnosed by the scan and a case has been discovered in per-operative.

The processing is strictly surgical. Technically, the intervention puts the problem of the hemorrhagic risk during the placentary removal. In our study, the removal of the placenta has been made without difficulty in our three cases. The maternal prognosis is excellent. Operative continuations are simple. The prognosis foetal rest sinks with two foetuses dead in abdomino and a foetus stillborn.

We propose as suggestions the strengthening of the communication for the change of behaviour, in material of investigation, in material for the surgery urgently and endowment some personal qualified.

Key words: Octopi, abdominal pregnancy, placenta, sexually transmittable infections, surgical processing

Director of thesis : Professor RAKOTOVAO Joseph Dieudonné

Reporter of thesis : Doctor RANDRIANARISON Louis Pascal

Address of the author : Ex - archives to the National Meeting
Tsimbazaza Antananarivo

Nom et Prénoms : **BERNARD**

Titre de la thèse : « **ETUDE EPIDEMIO-CLINIQUE DE TROIS CAS DE GROSSESSE**

EXTRA-UTERINE AU- DELA 5^{ème} MOIS

Rubrique : Santé Publique gynécologie

Nombre de pages : 38 **Nombre de tableaux** : 02

Nombre de schémas : 04 **Nombre de références bibliographiques** : 50

RESUME

Le développement d'une grossesse extra-utérine au-delà de 5^{ème} mois dans la cavité péritonéale est assimilé à une grossesse abdominale. Il s'agit d'une étude retrospective concernant les 3 cas de grossesse extra-utérine au delà de 5^{ème} mois parmi les 81 cas de grossesse extra-utérine recensés au CHR de Toliary durant l'année 2000.

Le but de notre étude est d'améliorer les mesures préventives, les méthodes de diagnostic

clinique et de la prise en charge de cette affection afin d'améliorer le pronostic materno-fœtal. Toutes les femmes en âge de procréer peuvent être atteintes de la grossesse abdominale. Les 3 femmes sont âgées respectivement de 18 ans, 20 ans et 30 ans. Elles sont toutes ménagères.

Le diagnostic est difficile du fait de l'insuffisance en matériels d'investigation.

Sur nos trois cas, deux cas ont été diagnostiqués par l'échographie et un cas a été découvert en peropératoire.

Le traitement est strictement chirurgical. Techniquement, l'intervention pose le problème du risque hémorragique lors de l'exérèse placentaire. Dans notre étude, l'ablation du placenta a été faite sans difficulté dans nos trois cas. Le pronostic maternel est excellent. Les suites opératoires sont simples.

Le pronostic fœtal reste sombre avec deux fœtus morts in abdomino et un fœtus mort-né.

Nous proposons comme suggestions le renforcement de la communication pour le changement de comportement en matériels d'investigation, en matériels pour la chirurgie d'urgence et dotation en personnel qualifié.

Mots clés : Ectopie, grossesse abdominale, placenta, infections sexuellement transmissibles, traitement chirurgical

Directeur de thèse : Professeur RAKOTOVAO Joseph Dieudonné

Rapporteur de thèse : Docteur RANDRIANARISON Louis Pascal

Adresse de l'auteur : Ex-archives à l'Assemblée Nationale

TSIMBAZAZA – ANTANANARIVO