

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	3
1 : Rappels anatomiques sur les trompes de Fallope	3
2 : Rappels de connaissance sur les grossesses extra-utérines	5
2-1 : Définition	5
2-2 : Epidémiologie	5
2-3 : Etiologie	5
2-3-1 : Causes tubaires	5
2-3-2 : Causes ovulaires	6
2-3-3 : Causes iatrogènes	6
2-4 : Anatomopathologie	8
2-4-1 : Localisation de l'œuf	8
2-4-2 : La devenir de l'œuf	12
2-5 : Clinique	14
2-5-1 : Grossesse extra-utérine non compliquée	14
2-5-2 : Grossesse extra-utérine compliquée	16
2-6 : Examens paracliniques	20
2-6-1 : NFS et VSH	20
2-6-2 : Test biologie de grossesse	20
2-6-3 : Echographie pelvienne	23
2-6-4 : Coelioscopie	23
2-6-5 : Hysterosalpingographie	24
2-6-6 : Curetage de la cavité utérine	25
2-6-7 : Test de STEIN	25
2-7 : Diagnostic différentiel	25
2-8 : Formes cliniques	28
2-8-1 : Forme pseudo-abortive	28

	Pages	
2-8-2 : Forme simulant une salpingite	29	2-8-
3 : Forme simulant un kyste ovarien, avec aménorrhée	29	
2-8-4 : Forme pseudo-appendiculaire	29	
2-8-5 : GEU après IVG	29	
2-9 : Conduite à tenir	29	
2-10 : Evolution et pronostic	36	
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	37	
1 : Buts de l'étude	37	
2 : Cadre de l'étude	37	
2-1 : Présentation	37	
2-2 : Unités de service	38	
2-2-1 : Unité technique	38	
2-2-2 : Unité de physiologie obstétricale	38	
2-2-3 : Unité de pathologie obstétricale	39	
2-2-4 : Unité de gynécologie et réanimation	39	
2-2-5 : Unité de soins externes	39	
2-2-6 : Unité de néonatalogie	39	
2-2-7 : Centre de santé de reproduction	40	
3 : Méthode et matériels d'étude	41	
4 : Résultats	41	
4-1 : Nos malades	41	
4-2 : Nos observations	42	
1 : Fréquence	43	
2 : Aspects épidémiologiques	46	
2-1 : Age	46	
2-2 : Gestité	47	
2-3 : Parité	48	
2-4 : Etat marital	49	
2-5 : Etat professionnel	50	
		Pages
2-6 : Lieu de résidence	51	

2-7 : Mode d'admission	52
2-8 : Motifs d'hospitalisation	53
2-9 : Antécédents gynéco-obstétriques	54
2-10 : Habitudes toxiques	55
2-11 : Clinique	56
2-12 : Examens complémentaires	60
2-13 : Gestes thérapeutiques	61
2-14 : Suites post-opératoires	68
2-15 : Durée d'hospitalisation	69
TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS	70
I : Commentaires et discussions	70
1 : Fréquence	70
2 : Aspects épidémiologiques	71
II : Suggestions	80
CONCLUSION	83
BIBLIOGRAPHIE	

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Liste des tableaux	
Tableau 01 : Fréquence annuelle de GEU	43
Tableau 02 : Fréquence mensuelle de GEU	44
Tableau 03 : Fréquence de GEU par rapport aux interventions	45
Tableau 04 : Répartition selon la tranche d'âge	46
Tableau 05 : Répartition selon la gestité	47
Tableau 06 : Répartition selon la parité	48
Tableau 07 : Répartition selon l'état marital	49
Tableau 08 : Répartition selon la profession	50
Tableau 09 : Répartition selon le lieu de résidence	51
Tableau 10 : Répartition selon le mode d'admission	52
Tableau 11 : Répartition selon les motifs d'hospitalisation	53
Tableau 12 : Répartition selon les Antécédents	54
Tableau 13 : Répartition selon les habitudes toxiques	55
Tableau 14 : Répartition selon l'âge gestationnel	56
Tableau 15 : Répartition selon les signes cliniques	57
Tableau 16 : Répartition selon les signes accompagnateurs	58
Tableau 17 : Répartition selon le ponction de Douglas	59
Tableau 18 : Répartition selon les examens complémentaires	60
Tableau 19 : Répartition de la grossesse tubaire selon le siège	61
Tableau 20 : Répartition de la grossesse tubaire selon la localisation	62
Tableau 21 : Répartition des interventions chirurgicales para-iliaque	63
Tableau 22 : Répartition selon le type d'incision	64
Tableau 23 : Répartition du siège de la lésion tubaire	65
Tableau 24 : Répartition des interventions pratiqués	66
Tableau 25: Répartition de la grossesse abdominale selon les interventions pratiqués	67
Tableau 26 : Répartition selon les suites postopératoires	68

LISTE DES FIGURES

		Pages
Liste des figures		
Figure 1	: Fréquence mensuelle de la GEU	44
Figure 2	: Age des patientes	46
Figure 3	: Gestité des malades	47
Figure 4	: Les motifs d'hospitalisation	53
Figure 5	: Les signes cliniques de GEU	57
Figure 6 :	: Localisation des GEU	62
Figure 7	: Les incisions pratiquées	64
Figure 8	: Progression d'une intervention d'éducation pour la santé	81

LISTE DES SCHEMAS

Liste des schémas

Schéma 1 : Représentation schématique des organes génitaux interne de la femme 4

Schéma 2 : Situation générale sur la localisation des œufs 11

Schéma 3 : Evolution des œufs tubaires 13

Schéma 4 : Hématocèle retro-utérine 19

LISTE DES SIGLES

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CHUA	: Centre Hospitalier Universitaire Antananarivo
GEU	: Grossesse extra-utérine
MST	: Maladie sexuellement transmissible
βHCG	: Bêta hormon chorionic gonadotrophin
SIN	: Salpingite isthmique nodulaire
IVG	: Interruption volontaire de la grossesse
DIU	: Dispositive intra-utérine
HMG-HCG	:Hormon modification gonadotrophin - Hormon chorionic gonadotrophin
DES	: Diethylstilbestrol
NFS	: Numération formule sanguine
VSH	: Vitesse de sedimentation des hematies
UI	: Unité international
FCS	: Fausse couche spontanée
FIV	: Fécondation in vitro
LMSO	: Laparotomie médiane sous ombilicale
MTX	: Méthotrexate
OMS	: Organisation Mondial da la Santé
CCC	: Communication pour le changement de comportement
OC	: Opération césarienne
MAP	: Menace d'accouchement prématuré

INTRODUCTION

La grossesse extra-utérine est l'implantation de l'œuf en dehors de la cavité utérine (trompe, ovaire, cavité péritonéale) (1).

L'augmentation des infections sexuellement transmissibles et la fréquence des avortements provoqués entraînent la recrudescence des infections génitales qui conservent toujours un caractère périlleux inopiné comme le prouve l'augmentation du nombre de grossesses extra-utérines (2). Heureusement, le pronostic de la grossesse extra-utérine s'est beaucoup amélioré en Europe ces dix dernières années grâce aux méthodes de diagnostic précoce basées sur le dosage immunologique de bêta hormone chorionique gonadotrophine (β HCG), l'échographie et l'endoscopie, qui ont permis la réduction voire même la presque disparition des accidents hémorragiques pour rupture, expression clinique malheureusement encore fréquente dans nos pays en développement (3).

C'est pourquoi, on est obligé d'hospitaliser ces femmes présentant une grossesse extra-utérine et on applique la formule de PINARD « toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale en vue de sauvegarder la vie des femmes dans l'immédiat, du fait du risque de décès dus aux accidents hémorragiques » (4).

La grossesse extra-utérine pose l'un des problèmes de fertilité féminine ultérieure (5). Elle est une urgence chirurgicale ; cette urgence a quitté la chirurgie générale pour devenir gynéco-obstétricale (1). Elle demeure encore une affection grave du fait d'une part, des mauvaises mesures de préventions adoptées et, d'autre part, des trop longs délais diagnostiques et thérapeutiques conservés (6).

L'objectif de notre étude est de rapporter une véritable action à la Santé Publique aux Grossesses extra-utérines observées au Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo à la Maternité de Befelatanana . Nous pensons qu'il faut renforcer la communication pour le changement de comportement afin d'améliorer le dépistage précoce, d'assurer une prise en charge thérapeutique efficace et rapide afin de réduire ces risques.

Ainsi, nous allons présenter ce travail comme suit :

- la première partie est consacrée à la revue de la littérature,
- la deuxième partie présente notre étude suivie des résultats,
- la troisième partie est consacrée aux commentaires et suggestions.

Enfin, la conclusion terminera cette étude.

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

1- RAPPELS ANATOMIQUES DE LA TROMPE DE FALLOPE

Les trompes utérines sont situées dans le meso-salpinx. Elles sont tout d'abord une direction transversale jusqu'au pôle utérine de l'ovaire. Là, elles se redressent, montant verticalement contre le bord mésovarique de l'ovaire, puis retombent le long du bord libre de l'ovaire.

La trompe mesure environ 10 à 14 centimètres.

La trompe de Fallope comprend quatre segments :

LA PORTION INTERSTITIELLE :

Elle est située dans l'épaisseur du myomètre et mesure 1 centimètre de long pour 0,5 millimètre de diamètre. Elle s'étend de l'ostium utérin à l'angle supéro-externe de l'utérus selon un trajet oblique en dehors et en haut. Elle est entourée de tissu conjonctif facilement clivable de la paroi utérine lorsqu'on réalise un évidement de la corne.

L'ISTHME :

Lui fait suite long de 3 à 4 centimètres, et de 3 à 4 millimètres de diamètre ; il est rectiligne, à parois épaisses et fermes, du fait d'une composante musculaire importante.

L'AMPOULE :

Elle constitue la portion la plus longue de la trompe (7 à 8 centimètres) et la plus large (8 à 9 millimètres). Elle coiffe l'ovaire et recueille l'ovule.

LE PAVILLON OU INFUNDIBULLUM :

Il est évasé, a une forme d'entonnoir, son sommet fait communiquer la cavité de l'ampoule avec du péritoine par un orifice extensible de 2 à 3 millimètres, l'ostium abdominal. Sa base, semblable à une corolle de fleur, est plus ou moins festonnée en une série de languilles. Il arbore 10 à 15 franges. La plus grande s'appelle la frange de Richard.

La vascularisation de la trompe est assurée par l'artère utérine en dedans et l'artère ovarienne en dehors. Ces deux artères s'anastomosent dans le mesosalpinx.

Les trompes forment avec les ovaires, les annexes.

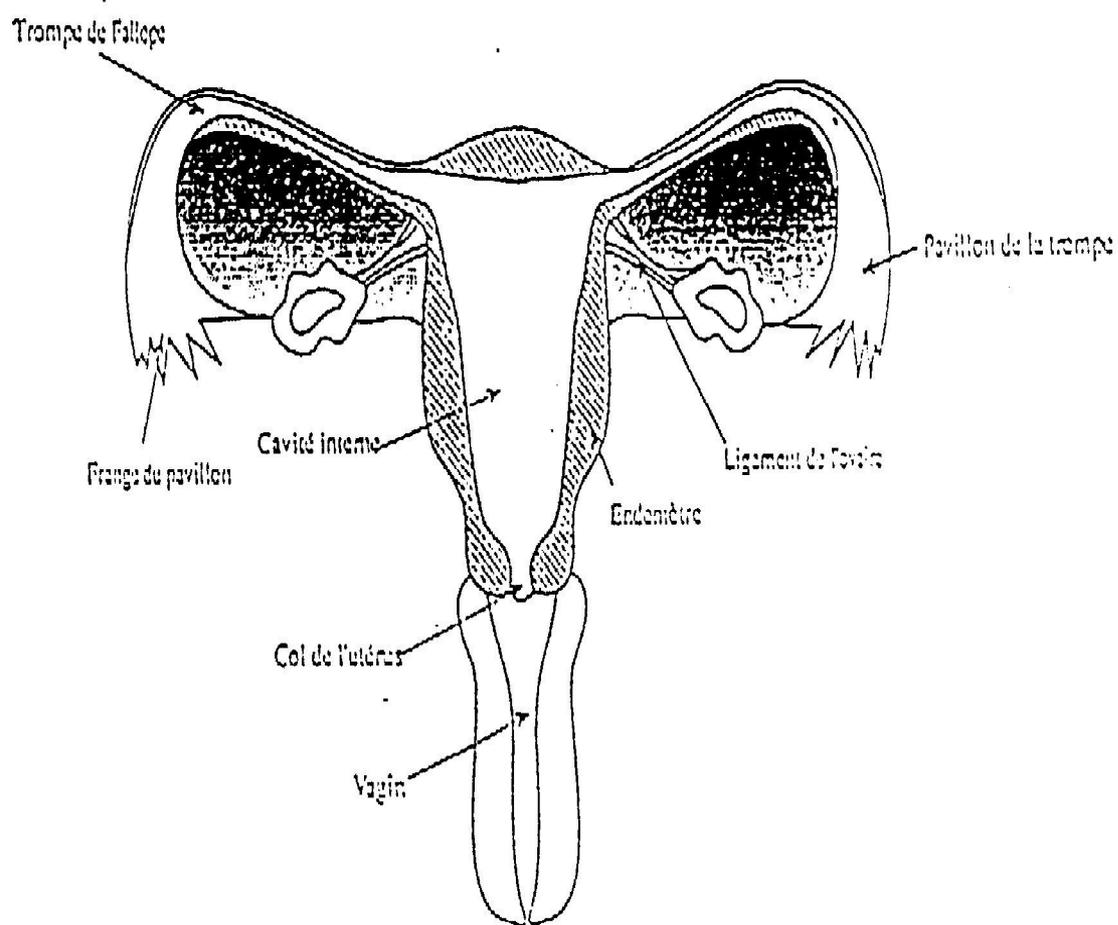


Schéma 1 : Représentation schématique des organes génitaux internes de la femme

2- RAPPELS DE CONNAISSANCE SUR LES GROSSESSES EXTRA-UTERINES

2-1 : Définition

Une grossesse est dite ectopique ou extra-utérine quand le produit de conception s'implante en dehors de la cavité utérine, le plus souvent dans les trompes, rarement dans l'ovaire ou dans la cavité péritonéale.

2-2 : Epidémiologie(4) (5) (6)

Fréquence : Elle a été évaluée 1 à 2 GEU pour 100 naissances au début des années 1970.

Cette fréquence en augmentation en égard au recul de l'âge de la grossesse, à la progression des IST, de la chirurgie tubaire.

Age : on observe un pic dans la tranche d'âge entre 29-30 ans.

2-3 : Etiologie

2-3-1 : Causes tubaires

- Inflammations tubaires : (7) (8) (9)

. L'infection de contact peut se constituer à partir des foyers infectieux extra génitaux tels que : appendicite, sigmoidite, pelvipéritonite.

. L'infection locale : tuberculose, bilharziose, surtout salpingite suite d'une infection génitale due aux maladies sexuellement transmissibles (MST), en particulier les infections à chlamydia trachomatis. Le risque de GEU était multiplié après la survenue d'une salpingite clinique qui entraîne un obstacle tubaire.

- L'endométriose tubaire favorise un rétrécissement de la lumière tubaire facilitant la genèse de GEU.

- Les malformations congénitales : la diverticulose tubaire proximale, associée ou non à un nodule palpable, est souvent dénommée par habitude « salpingite isthmique nodulaire » (SIN), ou à tort la présence d'un pavillon accessoire, cloisonnements pouvant expliquer la fréquence de récurrence de GEU.

2-3-2 : Causes ovulaires (10)

- La migration péritonéale prolongée suite d'une anomalie morphologique ou chromosomique de l'œuf peut gêner sa captation et sa migration. Normalement l'œuf fécondé doit atteindre l'utérus entre 4^{ème} et 7^{ème} jour, et sa nidation doit s'effectuer au 7^{ème} jour. L'œuf est protégé par une gangue albuminée qui l'empêche d'adhérer aux tissus voisins. Cette gangue est sécrétée par la région juxta-utérine de la trompe. Si l'œuf n'atteint pas à temps cette région distale, il ne sera pas protégé par la gangue et adhèrera aux tissus voisins dès qu'il aura résorbé sa membrane pellucide. La GEU est donc l'ultime mésaventure d'un œuf retardataire.

2-3-3 : Causes iatrogènes (11) (12) (13)

- Les différentes explorations instrumentales endo-utérines telles que l'hystérosalpingographie, les matériels de biopsie de l'endomètre, exposent à des problèmes d'infections. Parfois le spéculum peut favoriser une infection ascendante.
- Les antécédents des interruptions volontaires de grossesse clandestine faites dans des conditions défavorables, facilitent l'installation des infections du post partum ; la présence de complication post abortum est tenant compte le risque de GEU à type de rétention , d'infection.
- La possibilité de survenue de GEU chez des patientes porteuses d'un stérilet parce que la DIU protège contre les implantations utérines mais pas tubaires et peut entraîner une salpingite à bas bruit.
- Une contraception par micro-progestatif ou par pilule de lendemain s'associe au risque le plus faible de GEU (11) car la contraception provoque un spasme musculaire au niveau de l'isthme tubaire.
- L'inducteur de l'ovulation par le citrate declomifène semble augmenter le risque de GEU indépendamment des techniques de procréation médicalement assistées et des facteurs d'infertilité par l'effet d'une action anti-œstrogène.

. HMG- HCG avec ou sans fécondation in vitro qui ajoute le risque de migration de l'embryon dans une trompe (11)

- La stérilisation tubaire , lorsqu'une grossesse survient et que les cas sont comparés à des femmes enceintes, le risque de grossesse ectopique est élevé. Les connaissances épidémiologiques apparaissent ainsi essentielles pour la prise en charge des patientes. En effet, la constatation chez une femme désirant une grossesse d'un ou plusieurs facteurs de risque de GEU doit faire considérer la phase initiale de la grossesse comme étant à haut risque et donc faire mettre en route une procédure de diagnostic plus précoce de la localisation de cette grossesse (12).
- Exposition au Distilbène : on peut retenir que l'exposition au (DES) diethylstilbestrol peut conduire, outre les complications gynécologiques et obstétricales liées à une béance cervicale, avortements spontanés, à une implantation ectopique (11).
- Plasties tubaires et chirurgie pelvienne (11) l'amélioration des résultats de la microchirurgie tubaire ne s'accompagne pas d'une diminution du taux de GEU après plastie. La cause des GEU après plastie tubaire peut résider dans la persistance des lésions tubaires (salpingite chronique, lésions diverticulaires proximales méconnus, ou dont l'exérèse a été incomplète), dans une obstruction partielle ou dans des troubles de la fonction ciliaire ou de la mobilité tubaire.
- Tabac : plusieurs études cas témoins ont objectivé une liaison très forte après prise en compte du rôle des infections sexuellement transmissibles (facteurs de confusion possible) entre tabac et GEU. Il existe un effet dose, c'est à dire que plus le tabagisme est important, plus le risque de GEU est élevé. Plusieurs hypothèses physiopathologiques sont proposées : toxicité directe de la nicotine sur la motilité tubaire, action anti-oestrogenique de la nicotine. Actuellement, après de 20% des GEU peuvent être attribuées exclusivement au tabagisme (12).

2-4 : Anatomicopathologie

2-4-1 : Localisation de l'œuf

2-4-1-1 : Grossesses ovariennes

a) Grossesse ovarienne externe (14)

Elle se développe en dehors du follicule de De Graaf si le follicule reste ouverte l'œuf fait saillie au travers de cette ouverture et se développe dans la péritoine.

b) Grossesse ovarienne interne

Elle se développe dans un follicule de De graaf si le follicule se cicatrise secondairement, l'œuf s'y trouve emprisonné et se développe à la manière d'un kyste ovarique.

2-4-1-2 : Grossesse cervicale

Le diagnostic est rétrospectif et anatomopathologique

2-4-1-3 : Grossesse abdominales

a) Primitive

Elle est tout à fait exceptionnelle. L'œuf se greffe, d'emblée, sur le péritoine. Elle ne doit pas nous arrêter.

b) Secondaire

L'œuf se développe dans la cavité abdominale. L'évolution peut se prolonger au delà du cinquième mois. Des accidents hémorragiques gravent survenir. L'association grossesse occlusion peut aussi évoquer cette éventualité.

L'œuf se développe dans la grande cavité péritonéale sans limites définies. Le placenta est diffus, souvent déformé. Parfois le fœtus meurt et selon son âge, il subit la momification, la calcification par contamination intestinale. A terme, un faux travail se produit avec des coliques douloureuses et des expulsions de caduque. Le fœtus meurt, la montée laiteuse apparaît et la rétention ectopique commence. Lorsqu'il est né viable, l'enfant est fragile et souvent mal formé.

2-4-1-4 : Grossesse tubaire

Elle est la plus fréquente (98%) et peut se voir sur n'importe quel segment de la trompe, soit au niveau :

- de l'ampoule : grossesse ampullaire
- de l'isthme : grossesse isthmique
- du pavillon : grossesse infundibulaire
- du segment interstitiel : grossesse interstitielle

a) La grossesse ampullaire

Elle se rencontre dans 78% des cas. Elle est secondaire à une salpingite chronique (15). Cette portion est élastique et large. L'évolution se fait vers l'hématosalpinx de gros volume et de complications hémorragiques plus tardives.

b) La grossesse isthmique :

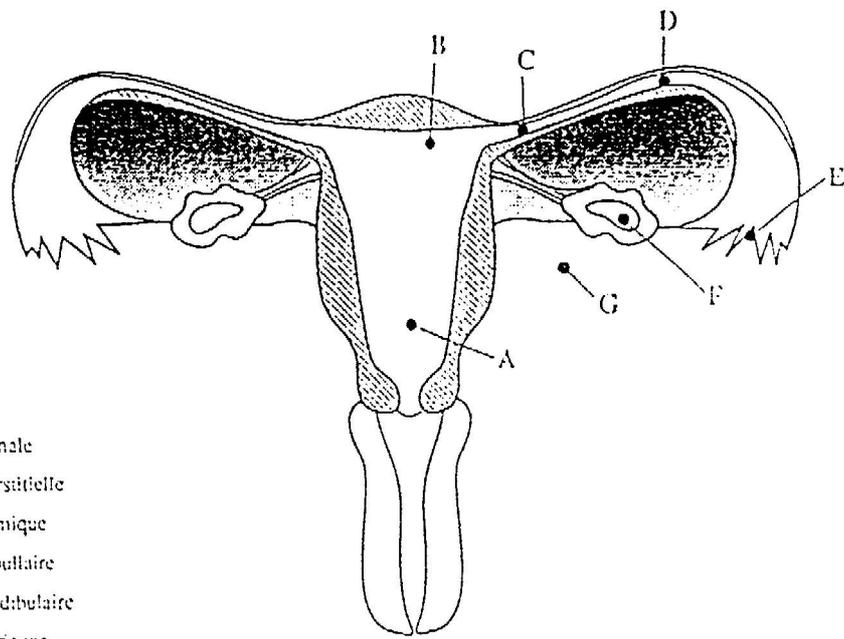
Relativement fréquente 20%, la partie isthmique est la partie étroite et inextensible de la trompe, ce qui explique sa révélation précoce le plus souvent par rupture tubaire.

c) La grossesse infundibulaire

Difficile à distinguer de la grossesse ampullaire elle se rencontre dans 3 à 5% des cas. Elle forme des adhérences avec les organes pelviens (ovaires, intestin, épiploon) et elle peut évoluer vers l'avortement tubo-abdominal secondaire au niveau du péritoine ou de l'ovaire.

d) La grossesse interstitielle ou intra-murale

Avec une fréquence de 2%, l'évolution se fait tardivement vers la rupture de la corne utérine ou vers l'avortement endo utérin avec expulsion du fœtus et de ses annexes par les voies naturelles (11).



- A – Grossesse normale
- B – Grossesse interstitielle
- C – Grossesse isthmique
- D – Grossesse ampullaire
- E – Grossesse infundibulaire
- F – Grossesse ovarienne
- G – Grossesse abdominale

Schéma 2 : Situation générale sur la localisation des œufs

2-4-2 : Le devenir de l'œuf

L'œuf continue toujours sa segmentation même si la nidation est ectopique ; il s'entoure de membrane choriale et dépourvue de caduque ; Les villosités choriales s'implantent en un point de la paroi tubaire. Le trophoblaste ne rencontre pas la vascularisation. La paroi tubaire a une extensibilité limitée aussi diminuée.

2-4-2-1 : Accroissement de l'œuf

La paroi se distend, présente des fissurations pour réaliser une vraie rupture tubaire, qui se fait selon la localisation de la nidation. Elle est presque toujours suivie de la mort de l'embryon.

2-4-2-2 : Apoplexie ovulaire

L'œuf se décolle au centre d'une hémorragie. L'hématosalpinx se constitue, puis se rompt secondairement dans la cavité abdominale, ou le ligament large ou encore va s'épancher dans la cavité utérine.

2-4-2-3 : Avortement tubo péritonéal

Lorsque l'implantation a été faite près du pavillon, l'œuf peut s'expulser dans la cavité abdominale soit en créant une hématocele de constitution progressive d'allure kystique, soit de localisation rétro-utérine évoluant vers une grossesse abdominale si la nouvelle zone d'implantation lui sera favorable. La grossesse peut arriver à proximité du terme avec un œuf vivant.

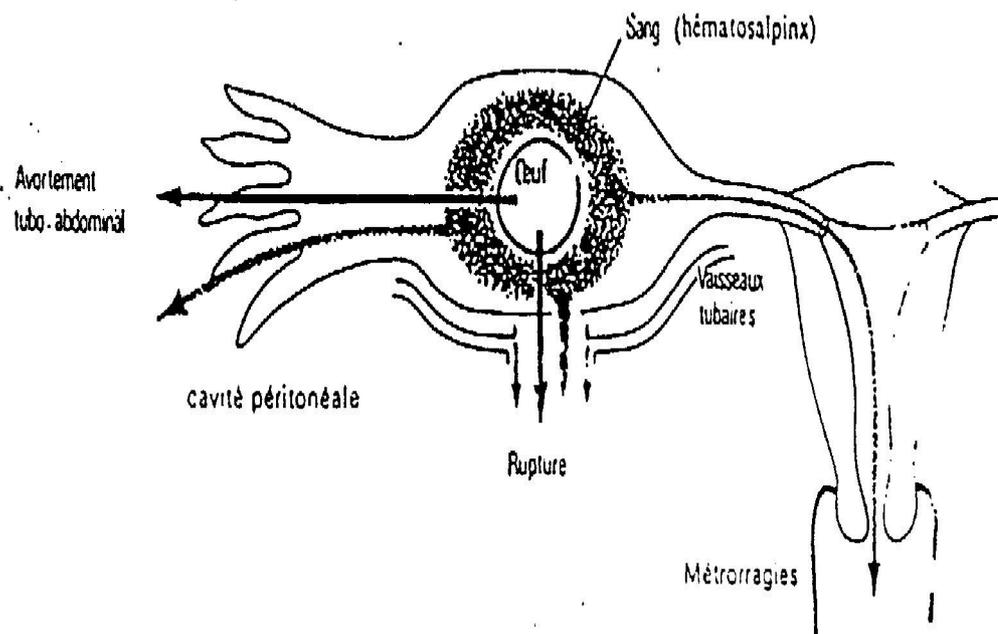


Schéma 3 : Evolution de l'œuf tubaire

2-5 : Clinique

2-5-1 : Grossesse extra-utérine non compliquée

2-5-1-1 : Signes fonctionnels

a) Grossesse ou suspicion de grossesse

Elle vient se consulter car :

- . le retard des règles est franc,
- . parfois, des signes sympathiques de grossesse apparaissent.

b) La grossesse anormale (14) (16) (17)

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 très fréquentes,
 - . pelviennes, à type de torsion ou de colique, très caractéristiques, irradiant vers les cuisses, le rectum, le dos, souvent latéralisées, scapulalgies.
 - . augmentées par la marche et les efforts de défécation
 - . accompagnées parfois de nausées.
- Les métrorragies
 - . le plus souvent brunâtres, « sepia » et modérées,
 - . parfois rouge, peu abondante
- Le retard de règles
 - . parfois net,
 - . il précise la durée et le rythme habituel des cycles, la date des dernières règles, tout en faisant récapituler les cycles antérieurs, surtout les antécédents obstétricaux (dont fausses couches éventuelles), antécédents infectieux (salpingites), il recherche la

notion de traitement pour stérilité (traitement médical ou chirurgical), de primo-infection dont on précisera les caractères, de tuberculose, enfin l'existence d'une GEU antérieure.

. parfois très court,

. parfois inexistant, les métrorragies pouvant être confondues avec les règles.

- Les signes sympathiques de grossesse :

. nausée

. vomissement.

. tension mammaire ces sont inconstants.

- Pâleur anormale, syncopes et lipothymies inconstants, apparaissent à l'effort.

2-5-1-2 : Signes physiques

a) **à l'inspection** : . pâleur cutané-conjonctivale

. le ventre respire bien

. parfois ventre un peu ballonné

. malade peu agitée, angoissée ou sub-comateux

b) **à la palpation** : le ventre est souple, on peut observer la douleur dans une fosse iliaque, pouls filant rapide.

c) **La percussion** : douleur au niveau fosse iliaque, ou de toute la région hypochondriacale, traduisant une irritation péritonéale, et matité mobile à rechercher.

d) **Examen au spéculum** : . col violacé, glaire épaisse

. origine utérine des saignements

e) **le toucher vaginal** doux, combiné au palper abdominal, vessie vide :

. utérus est mou, moins gros que ne le voudrait le terme de la grossesse

. un col peu ramolli et fermé

. une masse latéro-utérine : arrondie ou allongée, de volume variable se trouve dans un des culs de sac latéral ou postérieur et

très douloureux arrachant un cri, surtout à la palpation du Douglas (cri de Douglas)

2-5-1-3 : Formes atypiques ou trompeuse

En réalité, le diagnostic de grossesse extra-utérine est souvent un diagnostic très difficile, car tous les signes peuvent être trompeurs :

- Le retard de règles peut être très court et passer inaperçu : on ne pense pas à la grossesse.
- Les métrorragies peuvent être de sang rouge : on pense plutôt à un avortement
- La masse latéro-utérine peut être trop petite pour être perçue au toucher vaginal.

2-5-2 : GEU compliquée (10) (14) (16)

a) Rupture cataclysmique avec inondation péritonéale, représente le risque vital de la GEU :

. Signes fonctionnels :

- douleur brutale unilatérale pelvienne
- lipothymie : vertige
- douleur scapulaire : signe de KEHR

. Signes généraux : hémorragie interne net :

- le malade est pâle, livide se plaint de soif intense, les extrémités sont refroidies couvertes de sueurs.
- La respiration est rapide superficielle (= polypnée)
- Tendance rapide au collapsus avec pouls rapide et filant, la tension artérielle est effondrée
- Aggravés par toute mobilisation
- Impose des gestes d'urgence : prise d'une voie veineuse, groupe Rhésus, remplissage, transfusion, oxygénothérapie.

. Signes physiques :

- Abdomen ballonné, souple ou petite défense sus-pubienne, matité des flancs
- Le signe de « Cullen » : aspect bleuté de l'ombilic
- Le toucher vaginal révèle : un col mou, un utérus difficile à apprécier à cause de la douleur, un cri arrache à la patiente par l'introduction d'un doigt dans le cul de sac

postérieur « cri de Douglas », le cul de sac peut être tendu ou dépressible mais sensible et le doigtier est souillé de sang noir.

b) **Les hématomes progressifs** : forme évolutive fréquente, associant de façon variable.

La symptomatologie se présente sous divers aspects :

- L'existence d'une crise douloureuse plus ou moins syncopée
- Les signes de l'hémopéritoine : scapulalgie, ténésme rectal, épreinte vésicale, météorisme abdominal, matité déclive des flancs.
- Des signes d'anémie : pâleur, chute de l'hémoglobine,
- Des signes de résorption sanguine : fébricule, subictère,
- Intérêt de décompensation brutale

c) **L'hématocèle rétro-utérine** : exceptionnelle

- Définition : L'hématocèle se définit comme étant un épanchement de sang enkysté entre l'utérus et le rectum, formant une tumeur solide.

L'hématocèle se produit lorsqu'une grossesse ectopique subit des ruptures insignifiantes mais répétées engendrant des épisodes d'hémorragie bouclée au lieu d'un seul épisode d'hémorragie rapide. Elle est souvent rétro-utérine, rarement antéro ou latéro-utérine.

- Étiologie :

Rupture variqueuse

Perte extra-utérine avec reflux menstruel par les trompes

Mais la cause la plus fréquente est la grossesse tubaire intra-utérine. Celle-ci se produit dans la première période de son évolution, amenant la production d'un hématosalpinx.

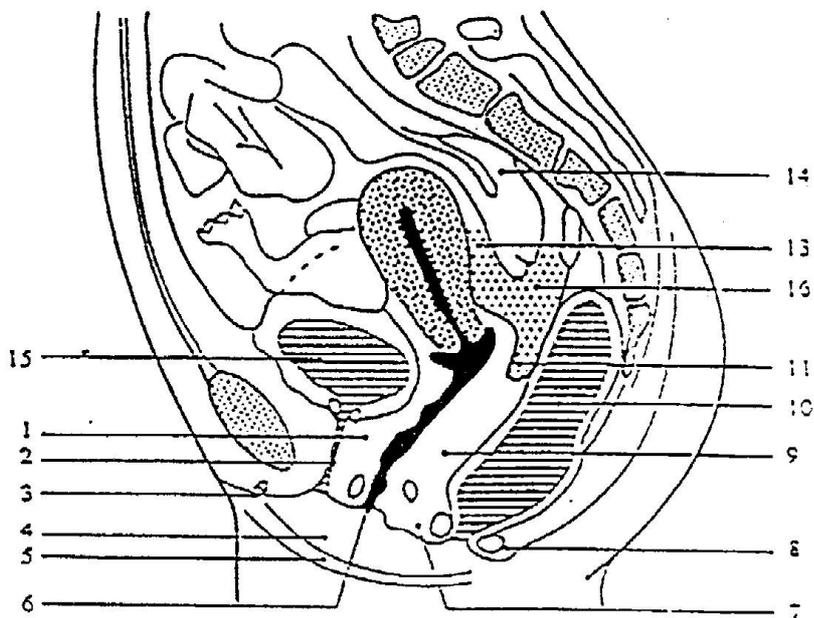
- Clinique :

Douleur pelvienne, ténésme rectal, dysurie, pollakiurie

Signe digestif sub-occlusion,

Signe d'anémie

Signe de résorption sanguine



- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Cloison utérovaginale | 9. Cloison rectovaginale |
| 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 4 : Hématocèle rétro-utérine

- Examen
 - . Intérêt de l'interrogatoire essayant de trouver un point de départ gynécologique.
 - . Abdomen ballonné, douleur hypogastrique, matité suspubienne
 - . Touches pelviens : col plaqué contre la symphyse, masse refoulant l'utérus en avant, le rectum en arrière bombante dans le cul de sac Douglas, douloureuse.
- Biologie : Bêta HCG en règle négative à ce stade
- Diagnostic : Echographie voire scanner, laparotomie
- Risques évolutifs :
 - . Enkystement,
 - . Reprise de l'hémorragie en péritoine libre
 - . Infection : abcès pelvien,

2-6 : Examens paracliniques

2-6-1 : La numération formule sanguine (NFS) et la vitesse de sédimentation des hématies (VSH) (4) (10)

Ces examens n'ont pas d'intérêt à un stade précoce. Mais demandée systématiquement, elle apprécie :

- Le degré d'anémie : modérée, liée à la déperdition sanguine
- Discrète hyperleucocytose dépassant rarement 15000 globules blancs
- La VSH accélérée
- La NFS peut faire suspecter une GEU dans les formes de début. Elle n'a de valeur que si elle est répétée. En effet, des examens répétées vont mettre en évidence une diminution croissante du nombre des hématies ainsi qu'une diminution du taux d'hémoglobine.

L'hyperleucocytose risque d'orienter tout vers une étiologie infectieuse (appendicite ou salpingite)

2-6-2 : Test biologique de grossesse :

a) Les réactions immunologiques de grossesse

Elles affirment la grossesse mais ne préjugent rien du lieu d'implantation de l'œuf. Mais les résultats peuvent comporter :

- Les faux négatifs : grossesse trop jeune, mort ovulaire
- De faux positifs : témoins des interférences des substances contenues dans les urines

L'examen consiste à doser la fraction bêta des hormones chorioniques gonadotrophiques plasmatiques par radio-immunologie : c'est un examen spécifique, sensible et précoce car le bêta des hormones chorioniques gonadotrophiques est un marqueur de trophoblaste reconnu par sa sous-unité bêta spécifique, détectable dans le plasma dès l'implantation du blastocyste. Elle est rencontrée dans le sang maternel dès le 10^{ème} jour post-ovulatoire (avant le retard des règles) et sa valeur double tous les deux jours au cours du premier mois.

Un taux plasmatique nul ou inférieur à 10mUI/ML permet d'exclure une grossesse. En cas de GEU, le pourcentage de bêta des hormones chorioniques gonadotrophiques est inférieur au double en 48 heures. Mais un taux plasmatique supérieur à 10mUI/ML peut signifier : un taux résiduel de bêta HCG après une expulsion de l'œuf au cours d'un avortement. Sa normalisation nécessite environ 2 à 3 semaines.

Un taux positif est en faveur de kystes ovariens ou d'un pyosalpinx ; des tumeurs gynécologiques malignes.

Une valeur positive isolée de la radio-immunologie de bêta des hormones chorioniques gonadotrophiques ne permet pas d'affirmer le diagnostic d'une grossesse ectopique que les résultats seront complétés par un examen ultrasonographique (18) (19) (20).

b) La ponction du cul de sac de Douglas : culdocentèse (21)

. Technique : Patiente installée en position gynécologique, après mise en place d'un spéculum et toilette cervico-vaginale, on saisit la lèvre postérieure du col par une pince de Pozzi, on ponctionne à 15 millimètres environ en arrière de la base d'implantation vaginale du col à l'aide d'une aiguille à ponction lombaire sur une profondeur de 25 millimètres dans l'axe du vagin, puis on retire l'aiguille en aspirant à la seringue.

. Résultat (22) (23) (24)

Elle est positive si on retire au moins 2 millimètres de sang incoagulable de couleur généralement foncée ou noirâtre et pouvant contenir des petits caillots ; témoin d'un hémopéritoine ; nécessaire pour confirmer la nature d'un épanchement visualisé à l'échographie qui justifie une laparotomie en urgence. En cas de doute, on peut faire d'abord une coelioscopie

Elle est négative si on retire du liquide citrin ou même rosé. Dans ces cas, on peut se permettre de faire sortir les patientes avec consigne de surveillance en ambulatoire, car il est exceptionnel qu'elles présentent une GEU. Enfin, la culdocentèse est dite non concluante si elle ne ramène rien, ou du sang qui coagule, ou moins de 2 millimètres de sang incoagulable. Dans ces cas, le problème de suspicion de GEU reste entier et le recours à la coelioscopie est licite.

c) Le dosage de la créatininekinase

. La créatininekinase sera significativement supérieures à la normale en cas de grossesse ectopique

. La ponction lavage du péritoine (18) (25) cette technique vise à vérifier l'existence d'un cathéter souple monté sur un mandrin introduit dans une boutonnière de 1 centimètre située un à deux travers de doigt au dessous de l'ombilic. Par l'intermédiaire de la cathéter, on perfuse un litre de sérum salé préalablement réchauffé dans la cavité abdominale. Le liquide sera ensuite aspiré il sera : la nature claire (sans hémopéritoine), nature sanguinolente (confirme le diagnostic et impose l'intervention chirurgicale) et nature douteuse (rosé, trouble) oblige un autre lavage.

. La colpotomie de drainage : elle est à la fois exploratrice et thérapeutique. Elle consiste en un complément de la ponction de Douglas.

2-6-3 : L'échographie pelvienne (26) (27) (28)

Elle est réalisée en urgence après remplissage vésical. En cas de suspicion de GEU , il faut rechercher les preuves au niveau des 4 sites de prédilection :

- utérus
- le cul de sac de Douglas
- la zone située immédiatement au dessus ou au contact du fond utérin
- la zone abdominale située au voisinage ou au dessus de l'ombilic.

Elle révèle en cas de GEU :

- une cavité utérine agrandie mais vide ou contenant un pseudo sac aplati
- une image rétro-utérine vide d'écho qui traduit l'épanchement liquidien,
- une masse latéro-utérine non spécifique (signe indirect fréquent), pouvant contenir un embryon vivant à activité cardiaque positive non décelable avant 8 à 9 semaines d'aménorrhée (signe direct rare).
- la présence d'échos semblables à ceux de l'ascite péritonéale correspondant à une hémorragie modérée ou massive au niveau du site 4.

L'intérêt essentiel de l'échographie réside dans la mise en évidence du sac gestationnel intra-utérin dont la présence exclut une GEU. Ce sac n'est visible qu'à partir de la 5^{ème} semaine d'aménorrhée.

L'image de pseudo sac gestationnel intra-utérin est en rapport avec le décollement de la caduque utérine après imprégnation hormonale de la GEU sur la muqueuse utérine.

2-6-4 : La coelioscopie (4) (26) (29)

Technique : sous anesthésie générale

- réalisation d'un pneumopéritoine
- mise en place d'un trocart sous-ombilical.
- Eviter la mise en place d'un hystéromètre avant d'avoir la certitude du diagnostic (risque si grossesse intra-utérine)

Contre-indications :

- antécédents de chirurgie abdominale majeure (péritonite, occlusion)
- relative : cicatrice abdominale
- générales : cardiopathie, pathologie pulmonaire grave.

Indications :

C'est l'association d'un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques :

- cliniquement valeur d'antécédents, masse latéro-utérine douloureuse,
- biologie : positivité des bêta HCG,
- échographie : à interpréter en fonction du terme présumé de la grossesse. Valeur d'un épanchement péritonéal.

Résultats :

- une trompe soufflée, hypervascularisée, violacée d'hemosalpinx souvent accompagnée de caillot accolée au pavillon,
- une dilatation tubaire avec renflement olivaire bleuté et du sang distillant par le pavillon.
- une masse caillitique appendue au pavillon dilaté : avortement tubo- abdominal,
- épanchement péritonéal sanglant.
- Dans tous les cas, exploration systématique de la trompe contro-laterale, des ovaires.

Limite de l'examen :

- grossesse très jeune
- trompe inaccessible (adhérences)
- Intérêt : permet le diagnostic
- éventuellement le traitement per-coelioscopique.

2-6-5 : L'Hysterosalpingographie (30) (31)

Indication exceptionnelle, si les réactions immunologiques de la grossesse sont négatives, en absence d'infection : elle montre une cavité utérine agrandie, atone et de visualiser l'œuf en aspect lacunaire fermé, circulaire ou ovalaire, de tonalité non homogène et aux contours finement dessinés.

Elle a un intérêt pronostique car permet d'apprécier l'état de la trompe porteuse de l'œuf et le siège de ce dernier, et surtout l'état de la trompe contro-latérale, élément essentiel pour apprécier le bien-fonde d'une chirurgie conservatrice.

Mais il faut savoir que l'hystérogaphie peut être en défaut du fait d'une absence d'injection de la trompe, de la trop petit taille de l'œuf ou de la trop grande distension d'une trompe pathologique. Si les réactions immunologiques sont positives et la clinique évocatrice, cet examen n'est pas permis de faire le diagnostic.

2-6-6 : Curetage de la cavité-utérine :

Avec examen anatomopathologique du produit ramené à la recherche de villosités placentaires, il doit permettre de différencier une grossesse ectopique d'une grossesse intra-utérine partiellement expulsée avec absence de sac intra-utérine visible.

2-6-7 : Les test de STEIN

Parmi les moyens disponibles à la maternité ce test peut confirmer le diagnostic d'une GEU. C'est donc l'épreuve à la Syntocinon.

2-7 :Diagnostic différentiel (10) (16]

Plusieurs affections peuvent simuler la grossesse ectopique. Le diagnostic :

2-7-1 : Formes vues tôt :

Il doit être tranché par la coelioscopie et dosage des bêta des chorionic gonadotrophin plasmatique hormon.

a) Fausse couche spontanée (16) Elle se traduit par :

- des métrorragies faites de sang rouge abondantes,
- un utérus gros et plus mou,
- un col plus ouvert
- pas de masse latéro-utérine
- la présence de la villosité choriale à l'examen anatomopathologie des débris expulsés redresse le diagnostic.

b) Grossesse intra-utérine (6) évolutive avec douleur d'un kyste fonctionnel du corps jaune ou kyste organique

- le volume utérin est en rapport
- l'échographie confirme la grossesse intra-utérine et visualise le kyste (12)

c) La salpingite (16) (27) (30)

Le contexte infectieux est au premier plan avec :

- leucorrhée fétide et cervico-vaginale
- notion de contagé quand elle est unilatérale, elle peut être confondue à la GEU par la :
- la douleur
- la masse latéro-utérine
- les anomalies menstruelles possibles

d) La dystrophie ovarienne (27)

Les kystes folliculaires et les kystes lutéiniques présentent une symptomatologie commune avec la grossesse ectopique par :

- une douleur
- des anomalies du cycle
- une masse annexielle sensible.

Leur distinction se fait à l'échographie :

- dans les kystes folliculaires, elle montre un utérus avec une ligne de vacuité nette et une image ovarienne vide d'échos, liquidienne et de taille variable.
- Elle met en évidence la présence d'un sac gestationnel en cas des kystes lutéiniques.

e) Appendicite (16)

Le diagnostic se fait par la NFS qui montre une hyperleucocytose supérieure à 20000/millimètre cube avec polynucléose.

f) kyste de l'ovaire pelvien, mucoïde ou dermoïde (16)

Le diagnostic est difficile en cas complications telles :

- torsion aiguë ou subaiguë
- hémorragie intra-kystique

La cœlioscopie permet de trancher une décision à l'intervention.

g) fibrome pédicule compliqué (16)

2-7-2 : Formes évoluées (16)

En l'absence de traitement, l'évolution se fait vers :

a) L'inondation péritonéale

L'origine de l'inondation n'est découverte que lors de la laparotomie. Elle peut être due soit à

- une rupture d'un kyste fonctionnel de l'ovaire ou endométriosique
- une rupture de varices périfibromateuses
- une rupture d'un vaisseau abdominal : certains syndromes abdominaux sont aisément distingués :
 - . colique hépatique, colique néphrétique
 - . colique pancréatique aiguë
 - . torsion d'une tumeur pelvienne
- suite d'une pathologie chirurgicale :
 - . plastron appendiculaire
 - . occlusion intestinale rompue

b) Hématosalpinx volumineux

- gros pyosalpinx
- phlegmon du ligament large

c) Les hématocèles

- l'avortement au début prête à confusion si l'on ne précise pas le siège et le volume de l'utérus
- la rétro-version de l'utérus gravide : le fond utérin occupe le Douglas et non une collection sanguine. On ne perçoit pas la continuité de l'utérus avec le col qui rétrograde en avant. La ponction du Douglas est contre-indiquée.
- une pélvipéritonite
- les suppurations du Douglas :
 - . abcès pelvien post-péritonique
 - . salpingite suppuré et prolabé
 - . abcès d'origine appendiculaire

Le diagnostic sera établi par cœlioscopie ou laparotomie.

2-8 : Formes cliniques

2-8-1 : La forme pseudo-abortive (10)

Elle est dominée par une métrorragie importante avec expulsion de débris de caduque confondue avec le placenta. Au toucher vaginal, le col est fermé, le col est fermé, le corps est petit pour l'âge de la grossesse. On peut sentir une masse latéro-utérine douloureuse.

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

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

2-8-2 : La forme simulant une salpingite avec des douleurs à type de coliques (10)

Les signes sont unilatéraux associées d'une fièvre. Le vagin est propre, le col est normal, la glaire propre et non purulente, il n'y a pas de leucorrhée. La comparaison des courbes d'hyperleucocytose et de température, l'accentuation de l'anémie. L'absence d'effet du traitement anti-infectieux doit faire pratiquer une cœlioscopie qui rectifiera le diagnostic.

2-8-3 : La forme simulant un kyste ovarien, avec aménorrhée (10)

Elle peut poser des problèmes diagnostiques avec une grossesse intra-utérine associée à un kyste du corps jaune, mais, dans ce cas, les prolans sont anormaux et les ultrasons montrent l'œuf dans l'utérus.

2-8-4 : La forme pseudo-appendiculaire est le diagnostic difficile (10)

Elle sera corrigée à l'intervention.

2-8-5 : La grossesse extra-utérine après interruption volontaire de la grossesse

Toutes suites perturbées d'une IVG (douleur, saignement) doivent penser à une GEU ainsi que lors d'un curetage qui ne ramène que peu de débris tissulaires.

2-9 : Conduite à tenir (10) (32) (33)

Il s'agit de sauvegarder la vie de la patiente devant un hémopéritoine de grande abondance qui constitue un problème de réanimation et de chirurgie d'extrême urgence et de préserver la fertilité.

2-9-1 :Le traitement médical de réanimation

Une transfusion de sang isogroupe isorhésus est fonction de l'importance de l'hémorragie. Elle est associée à la prescription des analeptiques cardio-vasculaires et à la perfusion de solutés macromoléculaires et électrolytes (dextran, substosan, rheomacrodex).

Il faut préparer l'abdomen en vue de l'intervention : nettoyage, rasage, mise en place d'une sonde dans la vessie (8) (34).

2-9-2 : méthodes et indications

2-9-2-1 : Traitement chirurgical

a) Chirurgie conventionnelle

Le diagnostic de la GEU étant fait, l'attitude classique était la laparotomie dont les moyens sont :

- LMSO Laparotomie Médiane Sous Ombilicale le plus pratiqué mais compliqué suivant les méthodes et les divers matériels à utiliser
- Cohen selon la technique de MISGAV LADACH : Cette technique est plus rapide du fait qu'elle exige moins de gestes chirurgicaux plus accessibles par sa simplicité et moins morbide (35). La laparotomie a deux possibilités :

- **Le traitement radical**

- Avantages : préserver la vie de la mère

- Inconvénients

- . diminue la fertilité car il supprime la trompe alors que la pathologie pourrait être bilatérale
- . l'ovulation se fait une fois sur deux à distance de la trompe restante et il existe un risque de dystrophie de l'ovaire isolé.
- . le risque d'occlusion postopératoire
- . la péritonisation peut être difficile

- Indications

- . trompe détruite par éclatement
- . absence de désir de grossesse
- . femme ayant déjà plusieurs enfants
- . trompe controlatérale saine
- . récurrence de GEU avec premier traitement conservateur
- . hémostasie impossible sur traitement conservateur

- Méthodes

- . la salpingectomie avec résection de la portion interstitielle de la trompe pour prévenir l'endométriозe, permet une homéostasie parfaite, suivie d'un traitement médical pour les corticoïdes et les hydrotubations pour préserver la perméabilité de la trompe restante.
- . une annexectomie est pratiquée en cas de lésion de l'ovaire
- . une salpingectomie bilatérale est réservée aux hématosalpinx non rompus petit volume et un hémopéritoine minime. Elle laisse en place la portion interstitielle
- . l'inondation péritonéale cataclysmique impose le groupage, la transfusion massive, le transport immédiat en salle d'opération, et le traitement habituel est la salpingectomie suivi d'une toilette péritonéale
- . l'hématocèle : l'urgence est moins grande. Les difficultés opératoires proviennent des adhérences des organes voisins ; il faut faire une salpingectomie, parfois l'ablation de l'ovaire restant ; le nettoyage, la péritonisation peuvent être difficiles. Il existe un risque d'occlusion post-opératoire.

- **Le traitement conservateur**

Dans le GEU, au début, la chirurgie conservatrice est possible.

- Avantages : préserver les chances de grossesses ultérieures si la trompe controlatérale est pathologique
- Inconvénients
 - . risque de récurrence
 - . risque d'oblitération tubaire secondaire
- Contre-indications :
 - . la multiparité
 - . la femme proche de la ménopause
 - . les lésions tubaires trop importantes pour permettre la conservation
- Indications : il présente un risque de récurrence car il laisse en place une trompe pathologique. Il est conçu chez une femme :
 - . consentante et prévenue du risque de récurrence
 - . jeune nullipare avec désir ultérieur de maternité
 - . dont la trompe présente un état anatomique satisfaisant
- Méthodes
 - . l'avortement tubo-abdominal : c'est l'expression de l'œuf par le pavillon
 - . salpingectomie (= la césarienne tubaire) : faite par la laparotomie. L'ablation de l'œuf se fait par expression après incision tubaire suivie d'une aspiration ou de lavage de débris et caillots. L'hémostase et la cicatrisation peuvent être spontanées ou se font par suture.
 - . le résection partielle de la trompe avec suture termino-terminale : elle supprime la portion pathologique de la trompe
 - . réimplantation tubo-utérine pour les grossesses isthmiques
 - . le chirurgie conservatrice par-coelioscopique : il s'agit d'une salpingectomie suivie d'aspiration du produit de la grossesse. La cavité péritonéale est lavée au sérum chaud (injection de 5UI d'ornithine vasopressine dans 20cc de sérum physiologique) et la trompe

laissée ouverte cicatrisera spontanément. L'hémostase sera réalisée par l'électrocoagulation. Une surveillance clinique et biologique (dosage de la bêta HCG à 48 heures d'intervalle) est instituée jusqu'à la négativisation de bêta HCG, ainsi qu'une contraception orale par oestro-progestatif.

b) La microchirurgie

Faite par la laparotomie, elle consiste à réaliser une césarienne tubaire par microchirurgie ou réséquer la portion tubaire qui porte la GEU en faisant suivre cette résection par une césarienne tubaire par microchirurgie ou à réséquer la portion tubaire qui porte la GEU en faisant suivre cette résection par une anastomose dans le même temps ou secondairement. Cette technique est lourde à mettre en place dans le cadre de l'urgence et est peu pratiquée.

c) La coeliochirurgie :

Elle peut être conservatrice, il s'agit d'une césarienne tubaire. La trompe est incisée par électrocoagulation, et la GEU extraite par aspiration. La cavité péritonéale est lavée au sérum chaud et la trompe laissée ouverte cicatrisera spontanément. L'hémostase sera réalisée par électrocoagulation.

Elle peut être radicale, c'est la salpingectomie après l'hémostase du méso par électrocoagulation ou par pose de clip. La trompe est extraite par un trocart sus-pubien ou par culdotomie.

Ces techniques simplifient les suites opératoires et surtout abrègent la durée d'hospitalisation qui n'est plus que de 2 à 3 jours.

La coeliochirurgie est le traitement habituel le plus pratiqué dans les pays développés

2-9-2-2 : Traitement non chirurgical

a) L'abstention thérapeutique

La simple surveillance, sans traitement médical ou chirurgical, n'est à discuter que dans des conditions précises :

- GEU pauci ou asymptomatique chez des patientes présentant un état hémodynamique stable,
- Sans anomalie des hématocrites,
- Ayant un faible activité trophoblastique
- Taux initial d'HCG < 1000mUI/ml
- Taux initial de progestérone < 5ng/ml
- Lors de la surveillance clinique et biologique, le taux d'HCG doit régresser comme se demi-vie
- Echographiquement, pour les GEU ayant une taille < à 3 cm ou 4 cm, sans hémopéritoine

b) Traitement par méthotrexate (32)

Plusieurs agents cytotoxiques ont été proposés pour le traitement médical de la GEU. Toutefois, le MTX Méthotrexate, antinéoplasique cytotatique du groupe anti-folliculaires, apparaît comme la molécule la plus fréquemment utilisée.

. avantages :

- bloque le développement du trophoblaste
- détruit l'œuf
- raccourcir la durée d'hospitalisation

. contre indications :

- GEU post FIV (fécondation in vitro)
- Leucopenie
- Thrombocytopenie
- Elévation des enzymes hépatiques (transaminase ou créatinine)
- Pneumologie : épanchements pleuraux
- Certaines localisations rendant le traitement per-coelioscopique difficile : GEU interstitielle, angulaires, ovariennes.

. Indications

- femme accepte de se soumettre à une surveillance stricte
- patientes multiopérées et obèses
- une faible activité trophoblastique avec taux d'hCG < à 5000 mUI/ml
- absence d'activité cardiaque embryonnaire
- hémopéritoine peu abondant (< 100cc à l'échographie)
- sac bien visible en échographie
- accessible à la ponction transvaginale de taille inférieure à 4 cm

. voies d'administrations :

- la voie intra-musculaire à dose unique ou répétée semble préférable en cas de localisation d'accès difficile, en particulier dans les grossesses cervicales, abdominales ou associées à une hyperstimulation utérine ou lorsque l'échographie endovaginale ne permet pas de localiser le sac ectopique alors qu'une grossesse intra-utérine est définitivement exclue.

Cette voie peut être proposée en seconde intention en cas d'échec du traitement chirurgical conservateur (34).

- L'injection locale in situ sous contrôle échographique doit être privilégiée chaque fois que l'échographie endovaginale a permis la visualisation indiscutable du sac ectopique, ce qui est possible dans 80% de cas.

L'injection peut se faire sous contrôle coelioscopique, lorsque le traitement coeliochirurgical est difficile notamment dans les localisations interstitielles ou ovariennes

. méthodes :

- dose efficace = 1 à 1,5 mg/kg ou 50mg/mètre carré
- taux de succès varie de 75 à 95% si score inférieure à 12
- la surveillance comporte les dosages répétés d'hCG selon le calendrier suivant :
J2, J5, J10 puis toutes les semaines jusqu'au retour à la normale obtenue en moyenne en 29 jours.
- le MTX est au mieux administré en une injection unique, ce qui diminue voire supprime la toxicité du produit qui est essentiellement d'ordre hématologique, digestif, hépatique avec cytolyse.

. la connaissance de la cinétique post thérapeutique d'hCG est primordiale. Une élévation transitoire d'hCG durant les premiers jours du traitement peut être observée et ne doit pas conduire à des interventions excessives, mais impose une surveillance encore plus stricte.

En l'absence de décroissance d'hCG lors de la première semaine, une injection supplémentaire de MTX peut être envisagée si la patiente reste asymptomatique, sinon une prise en charge coeliochirurgicale s'impose (20).

2 – 10 : EVOLUTION ET PRONOSTIC

La grossesse extra-utérine représente encore une des importantes de la mortalité maternelle (6,5 %) des décès maternels sont liés aux GEU.

L'avenir obstétrical des femmes opérées de GEU demeure sombre : 30 à 40% restent stériles involontairement, 70% auront un ou plusieurs enfants, 15% auront une seconde GEU (Jobb spira, 1996).

Après chirurgie conservatrice, le taux de grossesses est de 35%, le taux de récurrences de 12% , ce qui est très encourageant puisqu'il s'agit d'une chirurgie conservatrice réalisée sur une trompe malade (Pouly 1991).

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

1- BUT DE L'ETUDE

L'augmentation des grossesses extra-utérines est constatée par tous les auteurs surtout depuis les 5 dernières années (36).

Il est obligatoire que les femmes qui présentent une grossesse ectopique soient hospitalisées.

Notre travail a pour buts :

- d'acquérir une notion épidémiologique sur la fréquence des grossesses ectopiques, sur les facteurs qui les engendrent et ses conséquences,
- d'améliorer le dépistage précoce
- d'assurer une prise en charge thérapeutique efficace et rapide afin de réduire ces risques.

2- CADRE DE L'ETUDE

2-1 : Présentation

Notre étude concerne la GEU à travers une étude épidémio-clinique des cas observés au CHUA Maternité Befelatanana durant l'an 2001.

La Maternité de Befelatanana se trouve en pleine ville d'Antananarivo qui est la Capitale de Madagascar. En effet, c'est un Centre de référence en gynécologie obstétrique, car outre les patientes entrantes directes, elle reçoit aussi les évacuations sanitaires en provenance des districts périphériques et des autres provinces.

Reconnue au niveau international particulièrement en Afrique, la Maternité de Befelatanana peut attirer notre attention car une étude faite à son niveau peut refléter le cas des pays Africains et en voie de développement en général.

2-2 : Les unités de service

au sein de CHUA Maternité Befelatanana, on peut distinguer 7 unités de service qui essaient de satisfaire les besoins des parturientes en matière de gynécologie-obstétrique :

- l'unité technique
- l'unité de physiologie obstétricale,
- l'unité de pathologie obstétricale,
- l'unité de gynécologie et de réanimation
- l'unité de soins externes,
- l'unité de néonatalogie,
- centre de santé de reproduction.

2-2-1 : L'unité technique

Elle comprend 2 salles d'accouchement, 2 blocs, une salle d'exploration fonctionnelle.

L'unité technique est le centre moteur de la Maternité car elle s'occupe :

. des accouchements eutociques et dystociques nécessitant des manœuvres instrumentales (vacuum extractor, forceps, spatules de Thierry)

- . des interventions chirurgicales, gynécologiques et obstétricales,
- . de l'utilisation de l'échographie et la pratique de l'insufflation tubaire.

2-2-2 : L'unité de physiologie obstétricale

Elle possède aux premier et deuxième étages 2 salles d'hospitalisation. Elle s'occupe des femmes nécessitant une préparation particulière avant l'accouchement. Elle reçoit également les femmes à suites de couche ou de naissance normales.

2-2-3 : L'unité de Pathologie obstétricale

Elle se trouve aux troisième et quatrième étages. Elle s'occupe des grossesses « pathologique ». Elle reçoit également les suites de couches et de naissance dites pathologiques (accouchement prématuré, suite d'avortement, retard de croissance intra-utérin)

L'unité de pathologie obstétricale avec l'unité de physiologique obstétricale reçoit les opérées après leur séjour en réanimation.

2-2-4 : L'unité de Gynécologie et réanimation

Elle comprend la salle d'hospitalisation au rez de chaussée et la salle de réanimation ou salles des opérées au troisième étage.

Cette unité s'occupe des cas purement gynécologiques (gynécologie médicale ou chirurgicale). Par ailleurs le service de réanimation prend en charge les opérées dès leur sortie du bloc opératoire et assure également tout acte de réanimation.

2-2-5 : L'unité de soins externes

Rentrent dans cette unité :

- . la salle de triage
- . La consultation externe (gynécologique prénatales et postnatales)
- . la pharmacie
- . le service statistique

Cette unité assure l'accueil, la prévention, l'orientation et l'éducation.

2-2-6 : L'unité de néonatalogie

Elle est intégrée dans les différentes unités en vue de la santé familiale : « santé de l'enfant, avenir du monde », OMS et « santé tous en l'an 2000 »

2-2-7 : Centre de santé de reproduction

Ce service est créé en septembre 1997. Il assure la communication pour le changement de comportement (CCC) des femmes sorties de la maternité après un accouchement ou opération ou maladie. Il oriente également le choix des méthodes contraceptives des sortantes de la maternité.

En résumé, la Maternité compte 15 services qui dispensent des activités spécifiques des établissements de soins, un service administratif et une cantine.

Ces services se répartissent en :

- services qui ne dispensent que des consultations et des soins externes. Ils sont au nombre de 5 : l'exploration fonctionnelle, la consultation pré et postnatale, le triage, la santé de reproduction et la gynécologie externe,
- service d'hospitalisation : la gynécologie interne, le 1^{er} pansement, le 2^e pansement, le 3^e pansement, la SOP réanimation, la réanimation néonatale et le 4^e pansement,
- service d'accouchement : le 1^{er} accouchement et le 4^e accouchement,
- bloc opératoire : le 1^{er} bloc et le 4^e bloc,
- services auxiliaires : la pharmacie, la buanderie et la lingerie

Il faut noter qu'à cause d'une réhabilitation, le 4^e accouchement, le 4^e pansement et le 4^e bloc ne sont pas fonctionnels.

La Maternité de Befelatanana compte 187 travailleurs. Ce chiffre ne concerne que les permanents. Les étudiants en médecine, les stagiaires internées et les élèves de l'école médico-sociale ne sont pas pris en compte.

D'après une source provenant du service de la statistique de la maternité en 2000, ces 187 travailleurs se répartissent selon leur catégorie en 18 médecins, 99 sage femmes, 54 employés de service et 16 personnels administratifs.

Les services d'hospitalisation de la Maternité de Befelatanana compte 226 lits actifs qui sont répartis en 199 lits, 24 bureaux et 8 couveuses.

3- MATERIELS ET METHODE D'ETUDE

Notre travail a été réalisé à la Maternité de Befelatanana. Il s'agit d'une étude rétrospective durant l'année 2001.

Nous avons utilisé, comme sources de données :

- les dossiers d'hospitalisation
- le registre de statistique
- le registre d'accouchement
- le cahier du protocole opératoire.
- Pour chaque cas, nous avons noté les paramètres suivants :
 - . l'âge de la patiente
 - . la géstité
 - . la parité
 - . l'état marital
 - . l'état professionnel
 - . lieu de résidence
 - . les antécédents
 - . la localisation et le siège de la grossesse ectopique
 - . les facteurs socio-économiques
 - . les modes d'admission
 - . les aspects cliniques
 - . les examens complémentaires
 - . la conduite thérapeutique

4- RESULTATS

4-1 : Nos malades

4-2 : Nos observations

Les grossesses ectopiques comprennent 3 types :

- les grossesses tubaires (104)
- les hématoécèles (20)

- les grossesses abdominales (04)

Toutes les malades ont subi une anesthésie générale. Pour les hématocèles et les grossesses abdominales, on a pratiqué le bilan pré-opératoire :

- . temps de saignement
- . temps de coagulation
- . NFS-VSH
- . glycémie, azotémie, créatinémie (examens des urines, du sang, des selles)
- . test de Stein
- . Echographie
- . Culdocentese

RESULTATS

1-Fréquence

a) Annuelle

Tableau 01 : Fréquence annuelle de GEU

ANNEE	1998	1999	2000	2001
Nombres GEU	160	142	135	128

Nous pouvons constater d’après ce tableau que la fréquence des GEU a peu à peu diminué au fil des années.

b) Mensuelle

Tableau 02 : Fréquence mensuelle de GEU

Mois	Janv	Fév	Mars	Avri	Mai	Juin	Juill	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
Total	12	08	19	08	09	04	07	11	09	12	19	10
%	9,38	6,25	14,84	6,25	7,03	3,13	5,47	8,59	7,03	9,38	14,84	7,81

Ce tableau montre que les grossesses ectopiques se voient pendant toute l'année.

La fréquence moyenne est de 10,66% des cas.

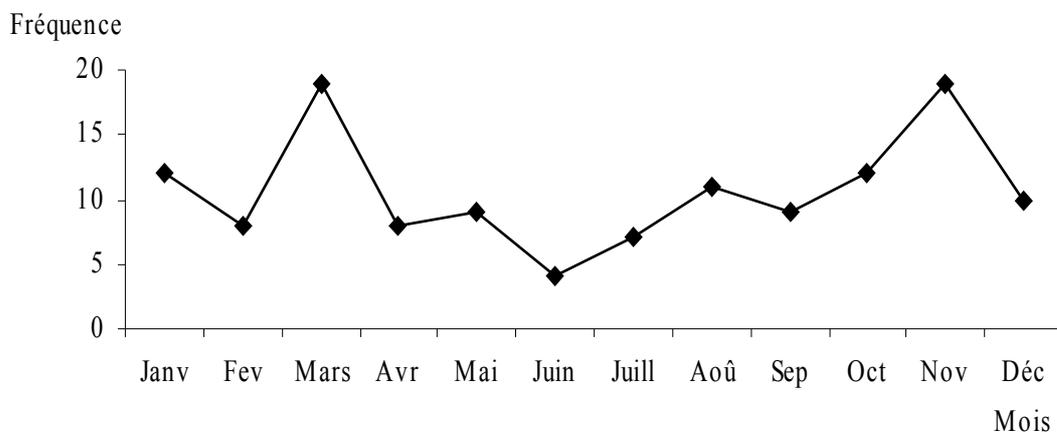


Figure 01: Fréquence mensuelle des grossesses ectopiques

c) Place de la GEU parmi les intervention

Tableau 03 : Fréquence de GEU par rapport aux interventions

INTERVENTION	EFFECTIF	%
GEU	128	14,40
OC	426	47,92
Hystérectomie	59	6,64
Kystectomie	21	2,36
Autres interventions	255	28,68
TOTAL	889	100

2-Aspects épidémiologiques

2-1 : Age

Tableau 04 : Répartition selon la tranche d'âge

AGE	EFFECTIF	%
Inférieur à 19 ans	3	2,34
20-24 ans	25	19,53
25-34 ans	72	56,25
35 ans et plus	28	21,88
TOTAL	128	100

La tranche d'âge de 25-34 ans est prédominante.

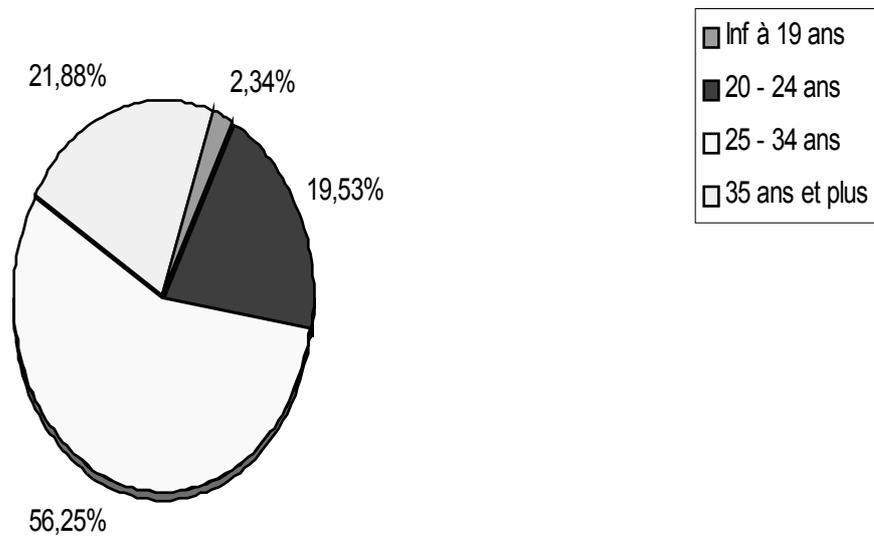


Figure 02 : l'âge des patientes

2-2-Gestité

Tableau 05 : Répartition selon la gestité

GESTITE	EFFECTIF	%
G1	01	0,78
G2	12	9,38
G3	36	28,13
G4	54	42,19
G5 et plus	25	19,53
TOTAL	128	100

Ce tableau fait bien apparaître que les GEU prévalent nettement chez les femmes ayant quatre gestité avec un taux de 42,19%.

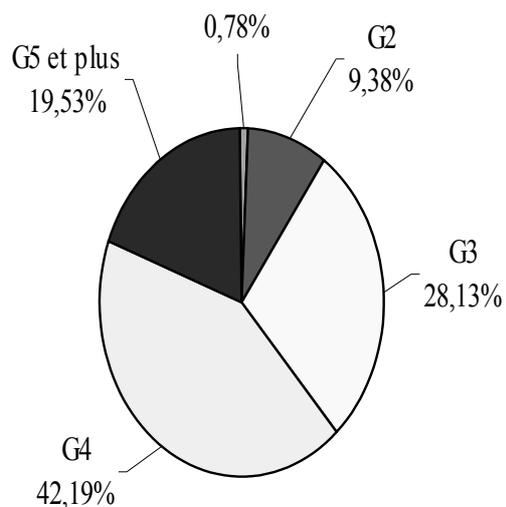


Figure 3: Gestité des malades

2-3 : Parité

Tableau 06 : Répartition selon la parité

PARITE	EFFECTIF	%
Nullipare	2	1,56
Primipare	11	8,59
Paucipare II-III	44	34,38
Grande multipare	23	17,97
Non précise	48	37,50
TOTAL	128	100

Nous avons retenu quatre groupes de parités :

- la nullipare : sans enfants (1,56%)
- la primipare : un enfant (8,59%)
- la paucipare : deux ou trois enfants (34,38%)
- la grande multipare : plus de six enfants (17,97%).

Ces facteurs montrent que la faible parité est un facteur de risques de GEU.

En effet, nous avons retrouvé dans notre série les pourcentages les plus élevés chez les paucipares 34,38%.

2-4 : Etat marital

Tableau 07 : Répartition selon l'état marital

ETAT MARITAL	EFFECTIF	%
Mariée légitime	69	53,91
Uni ou libre	16	12,50
Célibataire	25	19,53
Non précise	18	14,06
TOTAL	128	100

Nous pouvons constater d'après ce tableau que les femmes mariées légitimes (69 cas, soit 53,91%) présentent de GEU.

2-5 : Etat professionnel ou profession

Tableau 08 : Répartition selon la profession

PROFESSION	EFFECTIF	%
Ménagère	47	36,72
Commerçants	20	15,63
Agriculteurs	36	28,13
Bureaucrates	15	11,72
Non précise	10	7,81
TOTAL	128	100

Dans notre étude, le rôle des facteurs socio-économiques sur le développement des GEU peut être visualisé comme suit :

- les ménagères 36,72% viennent au première rang,
- suivie par les cultivatrices 28,13%,
- puis les commerçantes 15,63%,
- bureaucrates 11,72%,
- Ensuite le 7,81% non précisé.

2-6 : Lieu de résidence

Tableau 09: Répartition selon le lieu de résidence

RESIDENCE	EFFECTIF	%
Urbaine	64	50,00
Suburbaine	36	28,13
Rurale	28	21,88
TOTAL	128	100

Dans notre série, nous avons relevé :

- 64 cas venant d'urbaine, soit 50%,
- 36 cas proviennent au suburbaine, soit 28,13%,
- 28 cas réside à la campagne, soit 21,87%.

Le centre de traitement étant à Antananarivo. 50% de cas habitent à AntananarivoVille. Les rurales représentent environ les 1/5 de l'effectif total de nos cas.

2-7 : Mode d'admission

Tableau 10 : Répartition selon le mode d'admission

MODE D'ADMISSION	EFFECTIF	%
------------------	----------	---

Entrant directe	96	75
Evacuée	32	25
TOTAL	128	100

Les entrantes directes occupent 75% des cas. Les patientes peuvent prendre de décision d'aller directement à l'hôpital dès l'apparition de moindre signe.

2-8 : Motifs d'hospitalisation

Tableau 11 : Répartition selon les motifs d'hospitalisation

MOTIF D'HOSPITALISATION	EFFECTIF	%
Menace d'accouchement prématuré	04	3,13
Métrorragie abondance et anémie	16	12,50
Douleur pelvienne aiguë et perte de connaissance	88	68,75
Menace d'avortement	10	7,81
Métrorragie persistance	08	6,25
Suite d'IVG	02	1,56
TOTAL	128	100

Les douleurs pelviennes constituent le principal motif d'hospitalisation 88 cas soit 68,75%

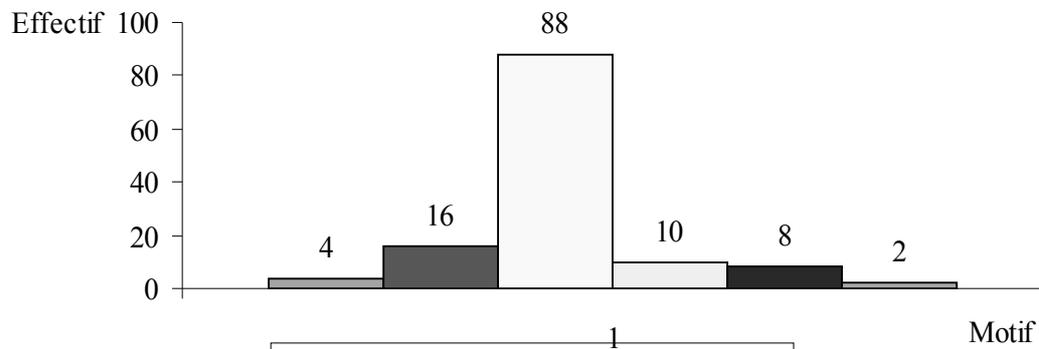


Figure 04: Les motifs d'hospitalisation

- MAP
- Métrorragie abondante et anemie
- Douleur pelvienne aigüe et perte de connaissance
- Ménace d'avortement
- Métrorragie persistante
- Suite d'IVG

2-9 : Antecedents gyneco-obstetricaux

Tableau 12 : Répartition selon les antécédents

ANTECEDENTS	EFFECTIF	%
Aucun antécédent	48	37,50
Avortement spontanés	16	12,50
Avortement provoqués	24	18,75
Cure de stérilité	10	7,81
Infection génitale	28	21,88
GEU antérieur	02	1,56
TOTAL	128	100

Les avortements occupent la première place dans ce tableau, après les infections génitales.

2-10 : Habitudes toxiques

Tableau 13 : Répartition selon les habitudes toxiques

HABITUDES	EFFECTIF	%
Tabac	28	21,88
Alcool	5	3,91
Massage abdominale	5	3,91
Aucun	90	70,31
TOTAL	128	100

Nous avons 28 cas soit 21,88% de patientes tabagiques, 5 cas soit 3,91% alcooliques et 5 cas soit 3,91% pratique le massage abdominal et enfin 90 cas soit 70,31% ni tabagiques ni alcooliques.

2-11 : Clinique

2-11-1 : Age gestationnel

Tableau 14 : Répartition selon l'âge gestationnel

Semaine d'aménorrhée	Grossesse tubaire	Grossesse abdominale	Grossesse infandibullum	
				P o u r c e

				n ta g e %
5-10	80	-	10	70,31
11-16	24	-	10	26,56
17-20	-	-	-	-
21-28	-	2	-	1,56
29-36	-	-	-	-
37-42	-	2	-	1,56

Nous avons compté les semaines d'aménorrhée à partir de la date des dernières règles et jusqu'à la date d'apparition des premières symptômes.

2-11-2 : Signes cliniques

Tableau 15 : Répartition selon les signes cliniques

SIGNES CLINIQUES	EFFECTIF	%
Cri de l'ombilic	28	21,87
Signe de CULLEN	32	25,00
Anémie	72	56,25
Abdomen douloureux	120	93,75
Cri de Douglas	84	65,63
Métrorragie	108	84,38
Ballonnement	04	3,13

Parmi les 128 malades, 120 d'entre elles soit 93,75%, peuvent sentir des abdomens douloureux, ce qui justifie le cri de l'ombilic dans 21,87%, et le cri de Douglas présenté par

65,63%. Par ailleurs 108 malades présentent des métrorragies, ce qui entraîne une anémie soit 56,25%.

4 cas soit 3,13% ont une ballonnement,

32 cas soit 25% présentent le signe de Cullen.

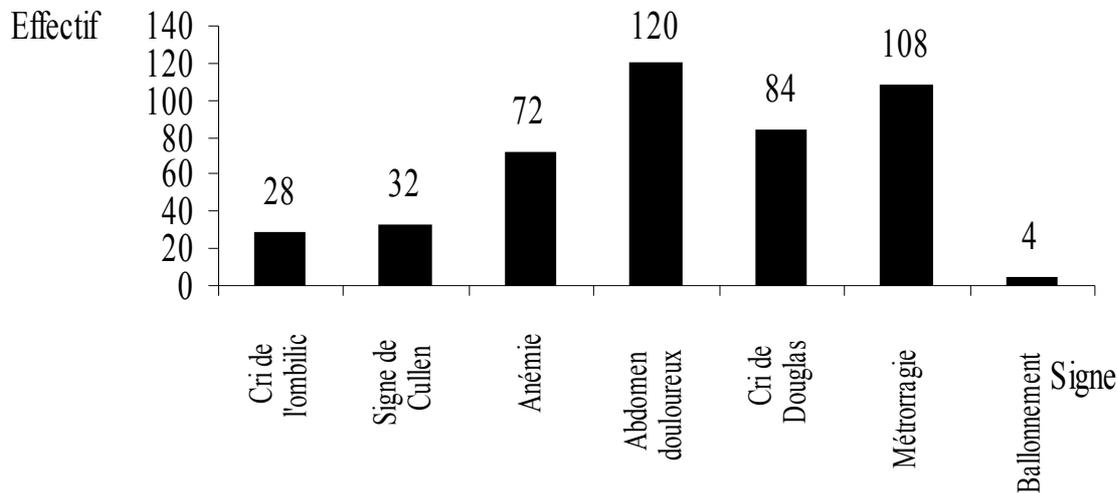


Figure 5: Les signes cliniques de la GEU

2-11-3 : Signe d'accompagnement à part les métrorragies et les douleurs. Il existe d'autres signes accompagnateurs tels : la syncope, vertige, perte de connaissance, tendance lipothymie et hypothermie.

Tableau 16 : Répartition selon les signes accompagnateurs

SIGNES ACCOMPAGNATEURS	EFFECTIF	%
Présente	95	74,22
Absents	15	11,72
Non précisé	18	14,06
TOTAL	128	100

Nous avons retrouvé les signes d'accompagnement dans 74,22%. Ces signes ont une valeur d'orientation diagnostique non négligeable.

2-11-4 : Culdocentèse : Ponction de Douglas

Tableau 17 : Répartition selon la ponction de Douglas

PONCTION DE DOUGLAS	EFFECTIF	%
Non faite	36	28,13
Positive	50	39,06
Négative	42	32,81
TOTAL	128	100

En pratique, c'est un examen complémentaire spécifique.

Notons ainsi qu'une ponction négative n'élimine pas le diagnostic de grossesse ectopique.

2-12 : Examens complémentaires

Tableau 18 : Répartition selon les examens complémentaires

EXAMENS COMPLEMENTAIRES	EFFECTIF
NFS	24
Echographie	38
Test de grossesse	28
Test de Stein	4

2-13 : Gestes thérapeutiques

2-13-1 : Grossesse tubaire

a) Siège

Tableau 19 : Répartition de la grossesse tubaire selon le siège

SIEGE	EFFECTIF	%
Droite	53	50,96
Gauche	51	49,04
TOTAL	104	100

b) Localisation

Tableau 20 : Répartition de la grossesse tubaire selon la localisation

LOCALISATION	EFFECTIF	%
Ampullaire	54	51,92
Isthmique	26	25,00
Interstitielle	03	2,88
Infundibulaire	21	20,19
TOTAL	104	100

Fréquence

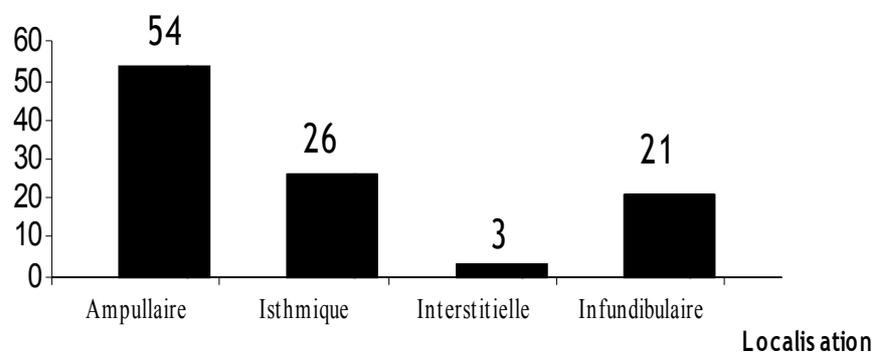


Figure 04: Représentation l'histogramme de la grossesse tubaire selon la localisation

c) Intervention

Tableau 21 : Répartition selon des interventions chirurgicales para-iliaques

INTERVENTION	EFFECTIF	%
Salpingectomie	102	83,61
Annexectomie	2	1,64
Appendicectomie	18	14,75
TOTAL	122	100

Nous avons retrouvé dans notre série 102 cas soit 83,61% de la salpingectomie, 2 cas soit 1,64% annexectomie, 18 cas soit 14,75% appendicectomie.

d) Type d'incision

Tableau 22 : Répartition selon le type d'incision

TYPE INTERVENTION	EFFECTIF	%
LMSO	80	62,50
COHEN	48	37,50
TOTAL	128	100

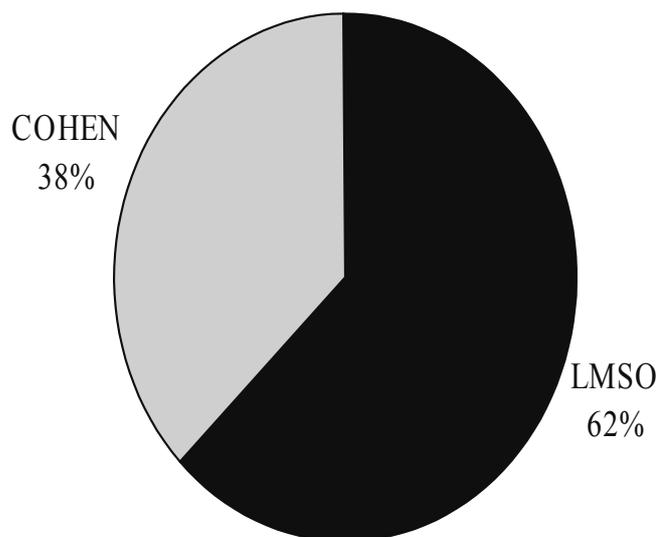


Figure 7: Les incisions pratiquées.

2-13-2 : Hématocèle

a) Siège

Tableau 23 : Répartition selon le siège de la lésion tubaire

SIEGE	EFFECTIF	%
A droite	12	60
A Gauche	8	40
TOTAL	128	100

Elle se produit surtout dans notre étude à droite 60% contre 40% à gauche.

b) Interventions pratiquées

Tableau 24 : Répartition selon les interventions pratiquées

INTERVENTION	EFFECTIF	%
Salpingectomie	12	35,29
Annexectomie	8	23,53
Kystectomie associée	2	5,88
Appendicectomie	12	35,29
TOTAL	34	100

Nous avons retrouvé dans notre série 35,29% de salpingectomie, 23,53% d'annexectomie, 5,88% de kystectomie associée et 35,29% d'appendicectomie.

2-13-3 : Grossesse abdominale

Tableau 25 : Répartition de la grossesse abdominale selon les interventions pratiquées

INTERVENTION	EFFECTIF	%
Annexectomie	4	57,14
Hystérectomie	1	14,29
Appendicectomie	1	14,29
Marsupialisation	1	14,29
TOTAL	7	100

En plus de la cure chirurgicale de la GEU, d'autres actes chirurgicaux supplémentaires ont été parfois réalisés :

- annexectomie 57,14%
- hystérectomie 14,29%
- appendicectomie 14,29%.

Ce tableau présente 1 cas soit 14,29% de marsupialisation.

2-14 : Les suites post-opératoires

Tableau 26 : Répartition selon les suites post-opératoires

SUITE POST-OPERATOIRE	EFFECTIF
Suppuration pariétale	3
Décès maternel	0

2-15 : Durée d'hospitalisation

Elle varie de 1 à 15 jours.

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

I-COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1-Fréquence

1-1-Fréquences annuelles

Durant notre étude, on a dénombré 128 cas de GEU confirmées durant l'année 2001. On note une baisse de la fréquence dès les trois dernières années (160 cas en 1998, 141 cas en 1999 et 135 cas en 2000).

Brun G. et ses collaborateurs (28) ont observé dans ses études un cas de GEU pour 105 naissances entre Avril 1976 à Septembre 1983 et ils ont remarqué qu'il y a augmentation les trois dernières années (13 cas en 1981, 28 cas en 1982 et 38 cas en 1983). Ceux-ci sont suites des différents aspects étiopathogénies de cette affection.

La fréquence de la GEU a augmenté qui doit être mise en parallèle avec la fréquence des salpingites aiguës liées à la recrudescence des MST selon Gillet (33)

1-2- Fréquence mensuelle.

Les GEU se répartissent pendant toute l'année. La prépondérance de l'affection est enregistrée aux mois de Mars et Novembre.

Par contre, on note une baisse de la fréquence en mois de Juin.

1-3- Place de la GEU parmi les interventions chirurgicales

Sur 889 interventions, elle représente une fréquence globale de 14,40% et elle prend la troisième place par rapport aux interventions.

2-Aspects épidémiologiques

2-1-Age

Toutes les femmes en âge de procréer peuvent contracter la GEU. D'après nos chiffres, l'âge de nos patientes varie entre 19 ans et 35 ans et plus. Et la tranche d'âge de 25-34 ans est prédominante.

La plupart des études retrouve aussi un pic de fréquence maximale entre 25 et 30 ans selon Adotti (1), Diallo F.B (2), Bouteville (11) qui correspondent à la population dont l'activité sexuelle est plus intense, donc la plus exposée aux MST.

2-2- Gestité

Notre étude montre que les GEU prévalent chez les multigestes (42,19%). Ceci rejoint celui trouvé par Bamouni Y.A (37) en 1993 au 1995.

Par contre, Diallo (2) a trouvé que les paucigestes sont prédominants en 1993.

2-3- Parité

Dans notre étude, nous avons trouvé les pourcentages les plus élevés chez les paucipares (34,38%) même que celui trouvé par Perrin (38) et Lemoine et ses collaborateurs (39).

La nullipare, primipare sont également atteints mais d'une façon plus ou moins modérée.

Nous pouvons conclure que la multigestes sont un facteur de risque non négligeable selon Levin (40) soit 38,3%.

2-4- Les facteurs socio-économies

La plupart si non la totalité de nos malade sont issues des couches sociales défavorables.

2-5- Mode d'admission

Les évacuations peuvent être retardées soit par le manque des moyens de transport, soit par le mauvais état des routes, soit par l'hésitation des malades, soit par l'insuffisance des moyens de finance.

2-6- Motifs d'hospitalisation

Le motif d'entrée prédominant est les douleurs pelviennes.

Fazfoul (22) et Chechia (41) ont trouvé 70% des cas qui rejoint de notre résultat.

Perrin (38) et Bamouni (37) montrent que ses résultats (90% de cas) sont supérieurs par rapport à nos résultats.

Ces résultats montrent les difficultés diagnostiques rencontrés même par les médecins évacuateurs.

En effet, les GEU sont une maladie à « mille visages » avec un très grand polymorphisme clinique.

2-7- Antécédents gynéco-obstétricaux

a) Aucun antécédent

37,50% des femmes ayant de GEU n'ont eu aucun antécédent.

b) Avortements

Dans les antécédents gynécologiques, on a constaté une nette prédominance des interruptions volontaires de la grossesse (IVG) et fausses couches spontanées (FCS). Notre résultat rejoint celui trouvé par Bamouni (37) et Fernandez (42) soit de l'ordre de 31,6%. Ils ont constaté que les antécédents sont dominés par les avortements qui pourrait un facteur de risque important au vu des conditions dans lesquelles ils se déroulent.

l'ordre de 31,6%. Ils ont constaté que les antécédents sont dominés par les avortements qui pourrait un facteur de risque important au vu des conditions dans lesquelles ils se déroulent.

A la différence des avortements spontanés, les IVG, outre qu'elles peuvent masquer la GEU, favoriseraient sa survenue dans la mesure où elles sont multiples ou compliquées selon Levin (40).

Or, l'IVG par l'intermédiaire de ces séquelles inflammatoires du post-abortum est considéré comme le générateur de la GEU.

c) Les infections génitales.

On souligne qu'il faut considérer comme facteur étiologique les salpingites silencieuses infracliniques (11). D'autres auteurs, par contre, n'établissent pas de façon évidente la relation de cause à effet entre ces deux facteurs (avortement et infection génitale)

Notre d'étude est appuyé par Beral (43) la présence de lésions salpingiennes ou péritonéales au cours des interventions qui témoignent des lésions antérieures de ces organes.

Monnier (44) d'après les constatations macroscopiques per opératoires et l'examen anatomo-pathologique ont permis de déceler des séquelles d'infection pelvienne ou une salpingite chez 42% des patientes : moins d'1/3 était connu avant l'intervention.

Bref, le Programme National fait des effort pour lutter contre les infections sexuellement transmissibles pour éviter ces conséquences d'affections grave comme GEU, SIDA, Stérilité.

d) GEU antérieure

Dans notre étude, elle occupe 1,56% des cas.

Chechia (41) ont été trouvé 13,67% et 0,32% de GEU opérée celui trouvé Diallo (2).

2-8- Habitudes toxiques

Plusieurs études cas témoins ont objectivé une liaison très forte entre tabac et GEU celui trouvé Coste (5). Il existe un effet dose, c'est à dire que plus le tabagisme est important, plus le risque de GEU est élevé selon Correa (45).

2-9- Clinique

a) Age gestationnel

Dans notre série, nous avons trouvé :

- 90 cas d'amenorrhée de 5 à 10 semaines, soit 68,18%,
- 38 cas d'amenorrhée de 11 à 16 semaines, soit 28,79%.

Pour les femmes ayant de 5 à 10 semaine d'amenorrhée, elles pensent qu'il y a irrégularité des cycles menstruels mais elles hésitent à l'émission des règles faite du sang noirâtre « sépia ».

Perrin (38) nous montre que 77,4% des femmes ayant des amenorrhées sans répartir selon l'âge gestationnel.

b) Signes cliniques

Les symptômes cliniques relevés montrent une nette fréquence des douleurs pelviennes et des métrorragies environ 88% de cas celui trouvé par Fazfoul (22), Bamouni (37), Cherichia (41).

Or Fernandez (42) les signes cliniques sont trompeurs car les triade amenorrhées, douleurs abdominales, métrorragies correspondent uniquement aux formes évolués.

c) Les signes d'accompagnements

Ce sont la syncope, vertige, perte de connaissance, tendance lipothymie et hyperthermie.

Perrin et ses collaborateurs (38) ont souligné que 20,1% présentaient ses signes d'accompagnements. Ses signes justifient la gravité d'affection.

d) culdocentèse

D'une façon générale, la présence de sang incoagulable dans le seringue de ponction est un signe de très grande valeur et doit à priori être considéré comme le témoin d'une collection sanguine dans la région retro-utérine (hématocèle).

Mais, la négativité du résultat ne permet en aucune manière d'éliminer d'emblée l'éventualité d'une hématocèle. En effet, la ponction peut rester blanche :

- soit que l'épanchement est discret et que les caillots sont très épais,
- soit que l'hématocèle s'est déjà enkystée,
- soit qu'on a commis faute technique.

Fazfoul (22) a trouvé 90 cas soit 19,03% de culdocentèses négatives qu'on ne peut pas éliminer la suspicion de GEU parce que un seul cas (22) s'est présenté après 11 jours pour persistance de douleurs pelviennes et de métrorragies. La culdocentèse refaite revient alors positive, d'où coelioscopie objectivant une GEU non rompue et laparotomie.

Bref, la culdocentèse a permis un diagnostic correct, elle est une méthode facile, anodine, rapide, peu coûteuse fiable. Donc, à remettre à l'honneur en la considérant comme faisant partir de l'examen clinique dans les cas de suspicion de GEU.

2-10-Examens complémentaires

Les moyens dont nous disposons à la Maternité de Befelatanana, suffisent amplement à confirmer le diagnostic d'une GEU. Parmi eux, nous pratiquons :

a) NFS

Elle a été demandée chez 24 malades présentant une hématocèle et grossesse abdominale. Celle-ci est demandée systématiquement pour

apprécier le degré d'anémie, la présence d'infection afin d'orienter vers une autre étiologie que la GEU.

b) Echographie

Les malades ont bénéficié d'une échographie pelvienne dont la répartition est la suite : - les 20 malades présentent une hématocele,

- les 04 cas de grossesses abdominales,

- les 10 cas de grossesses tubaires dont le diagnostic est certain.

Ce test a permis le diagnostic et bien déterminé le nombre de vrais positifs par les vrais négatifs selon trouvés Picaud (27). On a gagné beaucoup de bénéfice car l'échographie permet d'améliorer le pronostic de la GEU, dans l'immédiat, elle diminue la mortalité dès que le diagnostic est précoce, elle évite le recours à la transfusion sanguine, elle favorise la pratique d'une chirurgie conservatrice.

c) Test de grossesse

Il a demandé dans 28 cas lesquels ont été tous positifs. Ce test est fait en cas d'hésitation.

d) Test de Stein

C'est l'épreuve à la Syntocinon qui est positif dans 4 cas sur 4, soit 100% dans les grossesses abdominales.

2-11- Gestes thérapeutiques

Une grossesse ectopique diagnostiquée nécessite toujours une cure chirurgicale pour sauver la vie de la patiente et pour préserver la fertilité. L'intervention est précédée d'une réanimation médicale dans le cas d'une hémorragie (transfusion sanguine iso-groupe iso-rhésus et de la perfusion de soluté macro-moléculaire avec des électrolytes pour obtenir une tension artérielle de 100millimètres de mercure > 5millimètres de mercure avant l'intervention, l'oxygénothérapie hyperbare, la mise en position déclive).

a) Grossesses tubaires

Il existe dans la plus part des séries comme la notre, une légère prépondérance des GEU droites (50,96%), peut être secondaire à l'appendicectomie (14,75%).

Elle est de siège tubaire (81,85%), le plus souvent ampullaire (51,92%) rompu ou non au moment du diagnostic. Bamouni (37) a trouvé 61,5% d'atteinte ampullaire. Diallo (2) a trouvé une nette différence quand on compare ses résultats : salpingectomie occupe 66,66% et l'annexectomie prend la deuxième place (14,28%).

L'intervention chirurgicale comprend deux types d'incision : LMSO et COHEN.

Nous allons comparer l'intérêt de la césarienne de Misgav Ladach et Classique Pfannenstiel (35).

	Césarienne classique Pfannenstiel	Césarienne Misgav Ladach (Cohen)
- Période d'étude	Centenaire	1 ans (1999-2000)
- Incision	Transversale	Transversale
- Décollement de l'aponévrose des grands droits	+	-
- Compresse abdominale et/ou oubliée	+	-
- Aspiration du liquide amniotique	+	-
- Clivage péritoine pré-segmentaire	+	-
- Fermeture des péritoines vésico-utérin et pariétal	+	-
- Suture du tissu graisseux sous- cutané	9,2 ± 4 mn	-
- Temps induction naissance	52,8 ± 23 mn	3,2 ± 2 mn
- Durée de l'opération	14	26 ± 6 mn
- Nombre d'instruments	7	8-9

- Nombre de fils	1000 ml	2
- Perfuseur per opératoire	5%	500 ml
- Hématome	7-9 jours	0%
- Séjour d'hospitalisation	262-394 F. CFA	5-6 jours
- Coûts		188-344 F. CFA

Ce tableau de comparaison nous encourage de faire pratiquer la césarienne selon Misgav Ladach dans le but d'avoir une meilleure qualité des soins (plus simple, plus rapide, plus sûre, beaucoup de bénéfice pour la patiente, famille, pays) mais adaptée à la méthode conventionnelle.

Malheureusement ce technique est peu connue, c'est pourquoi la nécessité de la promotion de sa diffusion s'impose notamment dans nos pays.

b) Hématocèle

La salpingectomie et l'appendicectomie occupent la première place.

Le kystectomie en est l'intervention chirurgicale associée soit 5,88%.

c) Grossesse abdominale

En plus de la cure chirurgicale de GEU, d'autres actes chirurgicaux supplémentaires ont été parfois réalisés : annexectomie, hystérectomie, appendicectomie.

Nous avons un seul cas de marsupialisation qui est indiqué quand s'il s'agit d'une grossesse primitive dont l'insertion placentaire s'est faite au dépend des anses intestinales et de l'epiploon, sur une surface assez vaste.

A chaque intervention, on peut extraire le fœtus et la totalité du placenta dont le décollement était aisé. Lorsque le placenta est inséré de façon diffuse ou sur les organes importants, certains auteurs, (46) (47) conseillaient de laisser en place afin d'éviter le risque hémorragique lié au décollement.

2-13- Les suites post-opératoires

a) Morbidité

Les suites opératoires sont satisfaites. On a rencontré de complication post-opératoire dont trois cas de suppurations pariétales.

b) Mortalité

Aucun décès maternel à déplorer.

Par contre des fœtus sont morts in utéro-récents dans les grossesses abdominales opérées.

c) Durée de séjour

Elle dépend l'état général du patiente qui est varié 1 à 15 jours.

II- SUGGESTIONS

Avant de terminer ce travail, nous aimerons faire quelques suggestions, qui ont pour objet non pas d'apporter des éléments nouveaux, mais d'insister sur les mesures prophylactiques à prendre, afin d'appliquer les moyens thérapeutiques plus précocement possibles et d'une manière parfaite contre cette affection grave qui est la grossesse ectopique ou la grossesse extra-utérine. Cette mesure prophylactique vise surtout l'origine de cette pathologie qui peut être évitée car elle est dans la majorité des cas acquise.

1- Faire l'Information Education et Communication (IEC) : concernant cette affection.

a) Lutter contre l'infection génitale de toutes origines dont les maladies sexuellement transmissibles (MST).

C'est une véritable action de santé publique. En effet, l'infection génitale est vite transmise par voie sexuelle. Elle concerne donc aussi bien les hommes que les femmes. Les

programmes d'éducation sexuelle pour la Santé sont nécessaire dès l'âge pré-pubertaire jusqu'à l'âge adulte.

« Eduquer » donc n'est pas seulement instruire ou informer mais c'est faire adopter des attitudes nouvelles du couple. Il faut motiver, faire participer, engager les concernés c'est à dire donner des responsabilités pour avoir un bon résultat : diminuer la recrudescence des MST. Cela se fait selon ce schéma ci-après :

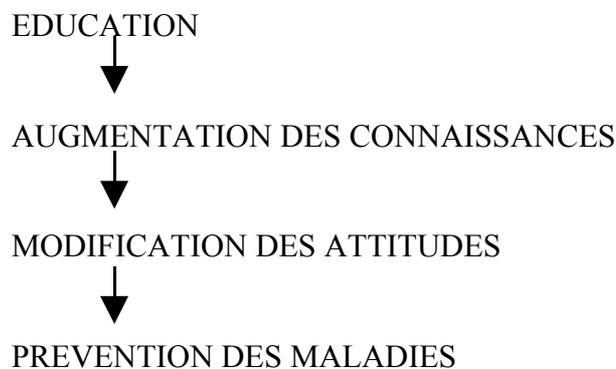


Figure n°08 : Progression d'une intervention d'éducation pour la santé (48)

b) IVG clandestins

Communication pour le changement de comportement (CCC) sur la planification familiale pour ne pas avoir une grossesse non désirée entraînant l'avortement provoqué.

2- Mesures préventives d'ordre général :

a) Au niveau de l'état

- le technique le plus utilisée est salpingectomie
- relever le niveau de vie en général et sanitaire en particulier
- renforcer les infrastructures et les moyens au service de la santé : personnel, matériel, bâtiments.
- Relever le niveau de vie de la population dans les domaines économique-sociaux et culturels. Lutte contre la pauvreté.

b) Au niveau du personnel de la santé

Renforcement de la formation continue et recyclage du personnel. Il doit être capable de dépister et de diagnostiquer et de traiter convenablement cette affection et ses complications éventuelles.

c) Pour les jeunes femmes

Encourager la femme à la consultation pré-natale et à la planification familiale.

CONCLUSION

Une grossesse est dite ectopique ou extra-utérine quand le produit de conception s'implante en dehors de la cavité utérine, le plus souvent dans le trompe, rarement dans l'ovaire ou dans la cavité péritonéale.

Une étude rétrospective portant sur les cas de grossesses ectopiques a été effectuée au CHUA Maternité Befelatanana.

Nous avons étudié 128 cas soit 40,14% des interventions chirurgicales pratiquées et avons déduit les résultats suivant :

- la répartition des cas : 104 grossesses tubaires, 20 hématoceles, 4 grossesses abdominales,
- la GEU survient chez les femmes relativement jeunes : âgées le plus souvent entre 25 – 34 ans, surtout multigestes 42,19% et paucipares 34,38%,
- les avortements et les infections génitales constituent la première cause probable de la GEU,
- la métrorragie et la douleur pelvienne sont les signes prédominants,
- la ponction de Douglas confirme le diagnostic dans 39,06%,

- le traitement est chirurgical et la technique la plus utilisée est la salpingectomie,
- les lésions inflammatoires et kystiques constituent les principales lésions associées : sur le plan anatomo-pathologique, la localisation tubaire est le plus fréquent rencontrée, le siège se trouve à droite et sur tout dans la portion ampullaire,
- les suites opératoires sont simples,
- il n'y a pas eu de décès.

Comme suggestion, nous proposons :

- une communication pour le changement de comportement des hommes que des femmes sur les Infections Sexuellement Transmissibles,
- une vulgarisation de la planification familiale pour éviter l'interruption volontaire de la grossesse,
- encouragement de la jeune femme à la consultation prénatale,
- des mesures préventives d'ordre général comme le relèvement du niveau sanitaire et le niveau socio-économique,
- un recyclage et formation du personnel.

BIBLIOGRAPHIES

1. **Adottif F., Frejacques C.D., Jaussoin D., Atass R.A., Crimail P.** : Etude épidémiologique et anatomo-clinique des GEU à propos de 316 cas Gynecologie, Paris, 1989 ; 40 : 391-396
2. **Diallo F.B., Diallo A.B., Diallo T.S., Camara A.Y., Baldem A., Diallo Y., Diallo M.S.** : Grossesse extra-utérine (GEU) Aspects épidémiologique et thérapeutique au service de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen de Conakry, Guinée, 1999 ; 46 : 442-445
3. **Pinard B.** : La GEU, évolution, traitement, revue de praticien, Paris, 1996 ; 46 : 107
4. **Baillièrre J.B.** : La vie médicale, gynécologie obstétrique, questions d'internat , fiche thérapeutique, Paris, 1988 : 56-59
5. **Coste J., Bouyer J., Job S.N.** : Epidémiologie de la GEU, incidence et facteurs de risque, Paris, 1996 ; 24 : 135-139
6. **Chow W.H., Dalig J.R., Cates W., Greenberg R.S.** : Epidemiology of ectopic pregnancy, revus, Paris, 1987 ; 9 : 70-94
7. **Chevalier G.** : GEU, pathologie chirurgicale, Masson n°3, 1987 : 103-105
8. **Soutoul J.H., Magnin C., Diarra S., Beaumont E.** : Avortements médicaux, Encycl-méd-chir., gyneco., Paris, 1983 ; 738 B 10 : 6
9. **Aubeny E., Brunerie J., Cesbron P., Floc H.J., Irani C.H., Padeano M.** : Complication des avortements provoqués, Encycl-méd-gyneco., Paris, 1989 ; 476 A 10 : 3
10. **Lansac J.** : Gynécologie pour le praticien, Paris, 1977 : 67-75
11. **Boutteville C., Querleu D., Haudiquet M.C.** : Epidémiologie de la GEU, Revue de praticien, Paris, 1987 ; 82 : 671-681
12. **Rubun G.L., Gates H.I., Gold J.** : Fatal ectopic pregnancy after attempted legally induced abortion JAMA, 1980 ; 244 : 1705-1708
13. **Salat B.J., Giacomini P., Cornet D.** : GEU après fécondation in vitro dont deux associées à une grossesse intra-utérine évolutive, J.-Gynéco-obs-bio-réprod., Paris, 1985 ; 14 : 601
14. **Quevan J., Villiers B., Fourrier E., Michetz J.P., Lemone** : Pathologie propre à la grossesse, Anomalie de la grossesse, Paris, 1888 : 237-245
15. **Madelenat P., Crequat** : GEU D'aujourd'hui, Revue de praticien, Gyneco-obs., Paris, 1987 ; 82 : 12

16. **Lewin F., Poizat R.** : Grossesse extra-utérine, 2è cycle internat national programme officiel, Edition diffusion la Couleuvre d'esculape, obstétrique, Paris, 1989 ; 2 : 50-52
17. **Razafindrasendra M.** : Grossesses ectopiques après traitement pour stérilité secondaire au CENHOSOA de 1992 à 1994, Thèse médecine, Antananarivo, 1995 : 3869
18. **Sebban A., Setbon D., Benifla JL., Renollean C.** : La GEU, Encycl-méd-chir., Gynéco-obs., Paris, 1996 ; 5-032-A, 30 : 20-33
19. **Mention JE., Massant C.** : Place de dosage rapide et faible de la bêta HCG dans la recherche de la GEU, Encycl-méd-chir., gynécologie 3, Paris, 1981 ; 700 A-10 : 3
20. **Roger M., Feinstein MC., Schiller R.** : Le diagnostic de la grossesse au laboratoire, Encycl-méd-chir, Obstétrique 12, Paris, 1982 ; 5014 A 10 : 10
21. **Kamina P.** : Exploration fonctionnelle obstétrique, Revue praticien, Paris, 1997 : 12-37
22. **Fazfoul, Makni, Bellasfar, Trani, Kaabar, Khanrif** : Place de la culdocentèse dans le diagnostic de la GEU, Etude prospective à propos de 478 cas, J.-Gynéco-obs-bio-réprod, Paris, 1991 ; 20 : 917-922
23. **Eisinger S.H., Fagot H.** : Culdocentesis, J Family Pract, Paris, 1981 ; 13 : 95-101
24. **Trott A.** : Diagnostic modalities in gynecologic and obstetrical emergencies, Emerg-med-chir., clin. North. Am., 1987 ; 5 : 405-423
25. **Weckstein N.L.** : Clinical diagnosis of ectopic pregnancy, clin-obstet-gynéco., 1987 ; 30 : 236-244
26. **Radais C.** : Etude des signes échotomographiques du diagnostic positif de la GEU, Thèse Paris, 1979 :1-5
27. **Picaud** : Diagnostic échographique des grossesses extra-utérines (GEU) : à propos de 228 GEU confirmées par la laparotomie, Paris, 1990 ; 19 : 817-821
28. **Brun G., Girard C.** : Apport de l'échographie dans le diagnostic positif des Grossesses extra-utérines, J. Gynéco-obs- bio- réprod., Paris, 1983 ; 12 : 433-434
29. **Boog G., Corneillo F., Caroff J.** : Place de l'échographie et du dosage plasmatique de HCG dans le diagnostic de la GEU, Revue Française, Gynéco-obs., Paris, 1982 ; 77 : 303-311
30. **Lylle D.J., Verbecq P., Dubois R., Goeusse P.** : Diagnostic des masses gynécologiques annexielles à l'ultrasonographie, analyse de la spécificité et de la fiabilité des résultats, J.-Gynéco-obs-bio-réprod., Paris, 1981 ; 10 : 775-784
31. **Larue I., Marpear L., Barrat J.** : Valeur diagnostic de l'hysteroscopie dans la GEU, J.-Gynéco-obs-bio-réprod., Paris, 1990 ; 19 : 983-988

32. **Aboufalah A., Abbassi H., Morsad F., Matar N., Mansouri A.E.** : La grossesse extra-utérine, nouveautés diagnostiques et Thérapeutiques, Casablanca, 2000 ; 7 : 322-326
33. **Gillet JY., Olivienne JF., Gabray, Simon E., Grimal M.** : Aspect épidémiologique de la GEU et attitude thérapeutique, à propos de 200 cas en série continue, Révu-prat., Gynéco-obs., Paris, 1992 ; 7 : 465-469
34. **Hoppe DE., Bekkar BE., Nager CW.** : Single dose systemie methotrexate for the treatment of peristent ectopic pregnancy after concervative surgery, Gynéco-obs, Paris, 1994 ; 83 : 51-54
35. **Razadi J.B., Tine C., Diene I.** : Intérêts de la cesarienne de Misgav Ladach dans la prise en charge des dystocies, Médecine d'Afrique, Sénégal, 2001 ; 48 : 7
36. **Lemaire V.** :facteurs de risque de la GEU, Le concours médical 18-12, 1993 ; 115 : 41
37. **Bamouni Y.A., Dao B., Bazie A.J., Yara J.P., Taoko A.** : Place de l'échographie dans le diagnostic dans GEU au CHU de Boko Dioulasso, Burkina-faso, 1993 à 1995, Médecine, Afrique noire, 1997 ; 44 : 4
38. **René P., Vicentia B., Bernard B., Jean A., Euseke A.** : Prise en charge de la grossesse extra-utérine (GEU) à la clinique universitaire de gynécologie et obstétrique de Cotonou, Bénin, 1977 ; 7 : 201-203
39. **Lemoine JL., Dagame JM., Duval CL., Demoury JE.** : Revue Française de gynécologie et obstétrique, Paris, 1987 ; 3 : 175-182
40. **Levin A.A., Schoen B., Stubblefield P.G., Zimicki S., Monson A.R., Ryam K.J.** : Ectopic pregnancy and prior induced abortion, Am-J. Public Health, 1982 ; 72 : 253-256
41. **Chechia A., Abdelhamid K., Khaled T., Nizar B., Tahar M.** : Diagnostic echographique des grossesses extra-utérines (GEU) à propos de 109 cas, Tunisie, 2000 ; 78 : 589-594
42. **Fernandez H., Coste J., Jobspira N., Spira A., Papiernick E.** : Facteurs de risque de la GEU, J-Gynéco-obs-biol-réprod., Paris, 1991 ; 20 : 373-379
43. **Beral V.** : An epidemiological study of recent trends in ectopic pregnancy, Br-J-obs-gyneco, 1975 ; 82 : 775-782
44. **Monnier, Vantyghem, Vantyghem H., Lanciaux, Vinatier** : La grossesse extra-utérine (GEU), aspect épidémiologie, diagnostiques, thérapeutiques et pronostique à propos de 117 observations relevées d'avril 1976 à septembre 1983, 1985 ; 14 : 67-75

45. **Correa P., Diadhiouf, Lauroy J., Banm D., Diaba, Guindo S.** : Evolutions exceptionnels de grossesse abdominale, Journal-gynéco-obs-bio-réprod., Paris, 1979 ; 8 : 235-241
46. **Saadin N., Belghiti, Melhouf A., Baydada A., Chaoui A.** : GEU et Dispositif intra utérin caractéristiques épidémiologiques, Maternité Souissi, CHU Rabat Maroc, 1998 ; 330 : 19-20
47. **Iloki LH., Koubaka R., Nkihouabonga G.G., Ibara J.R., Ekoundzola JR., Itoua A., Ngaporo** : Grossesse abdominal neuf cas colligés en quatre ans 1991 à 1995, Revue Française, Paris, 1999 : 1
48. **Rakoto A.** : Grossesses extra-utérines bilatérales au CHDII de Morondava, thèse médecine, Antananarivo, 2000 : 5505

VELIRANO

ETO ANATREHAN'NY ZANAHARY, ETO ANOLOAN'IREO MPAMPIANATRA AHY, SY IREO MPIARA-NIANATRA TAMIKO ETO AMIN'ITY TOERAM-PAMPINANARANA IY 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.

HO TSABOIKO MAIMAIM-POANA 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 HAHAZOANA MIZARA AMINY NY KARAMA METY HO AZO.

RAHA TAFIDITRA AN-TRANON'OLONA AHO, DIA TSY AHITA IZAY ZAVAMISEHO AO NY MASOKO, KA TANAKO HO AHY SAMIRERY IREO TSIAMBARATELO ABORAKA AMIKO ARY NY ASAKO TSY AVELAKO HATAO FITAOVANA HANATONTOSANA ZAVATRA MAMOAFADY NA HANAMORANA 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, ARY TSY HAHAZO MAMPIASA NY FAHALALAKO HO ENTI-MANOHIRA NY LALANAN'NY MAHA-OLONA AHO NA DIA VOZONANA AZA.

MANAJA SY MANKASITRAKA IREO MPAMPIANATRA AHY AHO, KA HAMPITA AMIN'NY TARANANY NY FAHAIZANA NORAIKIO TAMIN'IZY IREO.

HO TOAVIN'NY MPIARA-BELONA AMIKO ANIE AHO RAHA MAHATANTERAKA NY VELIRANO NATAOKO.

HO RAKOTRA HENATRA SY HO RABIRABIAN'IREO MPITSABO NAMAKO KOSA RAHA MIVADIKA AMIN'IZANY.

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de thèse

Signé : Pr RATOVO Fortunat Cadet

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Pr RAJAONARIVELO Paul

SUMMARY

Name and first names : RABODONAVALONA Rindrasoa Mahaefa

Title of the thesis : UTERINE EXTRA PREGNANCY : Recherch epidemiology and clinic
of the case observe at the CHAU/ Maternity Befelatanana

Category : Health public **Number of pages** : 83 **Number of pictures** : 26

Number of faces : 08 **Number of diagrams** : 04 **Number of photos** : 00

Number of appendices : 00 **Number of references** : 48

The extra uterine pregnancy is the implantation of the egg outside of the uterine cavity.

A retrospective study carried of extra uterine pregnancy during 2001 years.

The objective study was informed the assessment epidemiological of the women have been an ectopic pregnancy.

The number of extra uterine pregnancy was a 128 cases which 104 tubal pregnancy, 20 hemetoccele, 4 abdominal pregnancy. The women between 25 and 34 years was most concerned above a multigesteses (42,19%) and only parous (34,38%). Our patients are represented abortions and infections pelvis previous. A surgical was the treatment. The effects operation was satisfied; no maternal death has been raised.

Our suggest was: a backing of communication for the change of behaviour on sexually transmissible diseases illness consequences, a population of the domestic scheduling for avoid the voluntary interruption of pregnancy, the prenatal consultation and a continuing education of health agents.

Key words : Ectopic , pregnancy, Localisation, Salpingectomy.

Director of thesis : Professor RATOVO Fortunat Cadet

Reporter of thesis : Doctor RANDRIANARISON Louis Pascal

Address of the author : Lot VA 39 Ampamaho High city Antananarivo 101

RESUME

Nom et prénoms : RABODONAVALONA Rindrasoa Mahaefa

Titre de la thèse : **GROSSESSE EXTRA-UTERINE : étude épidémio-clinique des cas observés au CHUA à la Maternité Befelatanana .**

Rubrique : Santé publique **Nombre de pages** : 83 **Nombre de tableaux** : 26

Nombre de figures : 08 **Nombre de schémas** : 04 **Nombre de photos** : 00

Nombre d'annexes : 00 **Nombre de références bibliographiques** : 48

La grossesse extra-utérine est l'implantation de l'œuf en dehors de la cavité utérine.

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur la grossesse ectopique en l'an 2001.

L'objectif de l'étude est de faire l'évaluation épidémiologique des femmes ayant des grossesses ectopiques.

Le nombre de GEU est de 128 dont 104 grossesses tubaires, 20 hématoécèles, 4 grossesses abdominales. Les femmes âgées de 25-34 ans sont les plus concernées surtout les multigestes (42,19%) et paucipare (34,38%). Les avortements et infections génitales dominaient les antécédents de nos patientes. Le traitement est chirurgical. Les suites opératoires sont simples, aucun décès maternel n'a pas été relevé.

Nous avons proposé comme suggestions, un renforcement de communication pour le changement de comportement sur les conséquences néfastes des maladies sexuellement transmissibles, une vulgarisation de la planification familiale pour éviter les interruptions volontaires de grossesses, la consultation prénatale et une formation continue des agents de santé.

Mots clés : Ectopic, Grossesse, Localisation, Salpingectomie,

Directeur de thèse : Professeur RATOVO Fortunat Cadet

Rapporteur de thèse : Docteur RANDRIANARISON Louis Pascal

Adresse de l'auteur : Lot VA 39 Ampamaho Haute ville Antananarivo 101