

BURKINA FASO
UNITE - PROGRES - JUSTICE

8577

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU



Unité de Formation et de Recherche/Sciences de la Santé

(Section médecine)

Année Universitaire 2001 – 2002

THESE N° 024

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DE
LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE A OUAGADOUGOU DE 1991 A 2001 ;
A PROPOS DE 1 192 CAS.

THESE :

Présentée et soutenue publiquement le 14 juin 2002

Pour l'obtention du grade de DOCTEUR D'ETAT EN MEDECINE

Par

Daouda SIGUE

Né le 05 février 1972 à Ouagadougou

JURY

Directeur de thèse :

Pr. Ag. Jean LANKOANDE

Président : Pr. Tinga Robert GUIGUEMDE

Membres : Pr. Ag. Jean LANKOANDE

Dr Sano DAMAN

Dr Blandine THIEBA

BURKINA FASO
UNITE - PROGRES - JUSTICE

8577

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU



Unité de Formation et de Recherche/Sciences de la Santé

(Section médecine)

Année Universitaire 2001 – 2002

THESE N° 024

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DE
LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE A OUAGADOUGOU DE 1991 A 2001 :
A PROPOS DE 1-192 CAS.

THESE :

Présentée et soutenue publiquement le 14 juin 2002

Pour l'obtention du grade de DOCTEUR D'ETAT EN MEDECINE

Par

Daouda SIGUE

Né le 05 février 1972 à Ouagadougou

JURY

Directeur de thèse :

Pr. Ag. Jean LANKOANDE

Président : Pr. Tinga Robert GUIQUEMDE

Membres : Pr. Ag. Jean LANKOANDE

Dr. Sano DAMAN

Dr. Blandine THIEBA

BURKINA FASO
UNITE - PROGRES - JUSTICE



UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU



Unité de Formation et de Recherche/Sciences de la Santé

(Section médecine)

Année Universitaire 2001 – 2002

THESE N° 024

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DE
LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE A OUAGADOUGOU DE 1991 A 2001 :
A PROPOS DE 1 192 CAS.

THESE :

Présentée et soutenue publiquement le 14 juin 2002

Pour l'obtention du grade de DOCTEUR D'ETAT EN MEDECINE

Par

Daouda SIGUE

Né le 05 février 1972 à Ouagadougou

JURY

Directeur de thèse :

Président : Pr. Tinga Robert GUIGUEMDE

Pr. Ag. Jean LANKOANDE

Membres : Pr. Ag. Jean LANKOANDE

Dr. Sano DAMAN

Dr. Blandine THIEBA

BURKINA FASO
UNITE - PROGRES - JUSTICE

8577

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU



Unité de Formation et de Recherche/Sciences de la Santé

(Section médecine)

Année Universitaire 2001 – 2002

THESE N° 024

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DE
LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE A OUAGADOUGOU DE 1991 A 2001 ;
A PROPOS DE 1 192 CAS.

THESE :

Présentée et soutenue publiquement le 14 juin 2002

Pour l'obtention du grade de DOCTEUR D'ETAT EN MEDECINE

Par

Daouda SiGUE

Né le 05 février 1972 à Ouagadougou

JURY

Directeur de thèse :

Président : Pr. Tinga Robert GUIGUEMDE

Pr. Ag. Jean LANKOANDE

Membres : Pr. Ag. Jean LANKOANDE

Dr. Sano DAMAN

Dr. Blandine THIEBA

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

Unité de formation et de Recherche
des Sciences de la Santé
(UFR/SDS)

LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS

Directeur	Pr. Amadou SANOU
Directeur Adjoint	Pr. Ag. Y. Joseph DRABO
Chef du Département de Pharmacie	Pr. I. P. GUISSOU
Coordonateur de la Section Pharmacie	Pr. Ag. Mamadou SAWADOGO
Coordonateur de la Section Médecine	Pr. Amadou SANOU
Coordonateur de la Section Techniciens Supérieurs,	Pr. Blaise KOUIDOGBO
Chef du Département de Gynécologie-Obstétrique	Pr. Ag. Jean LANKOANDE
Directeur des Stages de la Section Médecine (Ouagadougou)	Pr. Ag. Y. Joseph DRABO
Directeur des Stages de la Section de Pharmacie	Dr. Jean Baptiste NIKIEMA
Directeur des Stages de la Section Médecine (Bobo Dioulasso)	Dr. Alain ZOUBA
Secrétaire Principal	M. TRAORE Fakouo
Chef de Service Administratif et Financier (CSAF)	M. TATIETA Harouna
Responsable de la Bibliothèque	Mme TRAORE Mariam
Chef de la Scolarité	Mme ZERBO Kadi
Secrétaire du Directeur	Mme BONKIAN Edwige
Secrétaire du Directeur Adjoint	Mme KABRE Hakiéta

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR/SDS
AU TITRE DE L'ANNEE 2000 / 2001

ENSEIGNANTS PERMANENTS

Professeurs titulaires (08)

Rambré Moumouni OUIHINGA	Anatomie organogénèse et chirurgie
Hilaire TIENDREBEOGO (in memoriam)	Sémiologie et Pathologies médicales
Tinga Robert GUIGUEMDE	Parasitologie
Bobilwindé Robert SOUDRE	Anatomie-Pathologique
Amadou SANOU	Chirurgie Générale et Digestive
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie & Toxicologie
Bibiane KONE	Gynécologie - Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie

Professeurs associés (01)

Blaise KOUDOGO	Toxicologie
----------------	-------------

Maîtres de Conférences (19)

Julien YILBOUDO	Orthopédie -Traumatologie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie -Traumatologie
François René TALL	Pédiatrie
Jean KABORE	Neurologie
Joseph Y. DRABO	Médecine Interne/Endocrinologie
Blaise SONDO	Santé Publique
Jean LANKOANDE	Gynécologie-Obstétrique
Issa SANOU	Pédiatrie
Ludovic KAM	Pédiatrie
Adama LENGANI	Néphrologie
Oumar TRAORE N°1	Orthopédie-Traumatologie

Kampadilemba OUOBA	Oto Rhino Laryngologie
Piga Daniel ILBOUDO	Gastro-entérologie
Albert WANDAOGO	Chirurgie Pédiatrique
Adama TRAORE	Dermatologie Vénérologie
Mamadou SAWADOGO	Biochimie
Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
Joachim SANOU	Anesthésie-Réanimation
Théophile L. TAPSOBA	Biophysique - Médecine Nucléaire

Maîtres-Assistants (31)

Lady Kadidiatou TRAORE	Parasitologie
Si Simon TRAORE	Chirurgie
Abdoulaye TRAORE	Santé Publique
Daman SANO	Chirurgie Générale
Patrice ZABSONRE	Cardiologie
Jean Gabriel OUANGO	Psychiatrie
Georges KI-ZERBO	Maladies Infectieuses
Rabiou CISSE	Radiologie
Blami DAO	Gynécologie Obstétrique
Alain BOUGOUMA	Gastro-Entérologie
Boubakar TOURE	Gynéco-Obstétrique
Michel AKOTIONGA	Gynécologie-Obstétrique
Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE	Bactério-Virologie
Alain ZOUBGA	Pneumologie
Boubacar NACRO	Pédiatrie
Abel KABRE	Neuro-Chirurgie

Maïmouna DAO / OUATTARA	ORL
Nicole Marie KYELEM / ZABRE	Maladies Infectieuses
Antoinette TRAORE / BELEM	Pédiatrie
Kapouné KARFO	Psychiatrie
Timothée KAMBOU	Chirurgie
Jean Baptiste NIKIEMA	Pharmacognosie
Ali NIAKARA	Cardiologie
André K. SAMANDOULOUGOU	Cardiologie
Pingwendé BONKOUNGOU	Pédiatrie
Nonfounikoun Dicudonné MEDA	Ophthalmologie
Athanase MILLOGO	Neurologie
Nazinigouba OUEDRAOGO	Réanimation
Diarra YE / OUATTARA	Pédiatrie
Laurent OUEDRAOGO	Santé Publique
Lassina SANGARE	Bactério-Virologie

Assistants

T.Christian SANOU (in memoriam)	Oto Rhino Laryngologie
Doro SERME (in memoriam)	Cardiologie
Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie-Réanimation physiologie
Alexis ROUAMBA	Anesthésie-Réanimation physiologie
M. Théophile COMPAORE	Chirurgie
Y. Abel BAMOUNI	Radiologie
Rigobert THIOMBIANO	Maladies Infectieuses
Raphaël DAKOURE	Anatomie-Chirurgie

Raphaël SANOU (in memoriam)	Pneumo-phtisiologie
Oumar TRAORE N°2 (in memoriam)	Radiologie
Arsène M. D. DABOUE	Ophthalmologie
Vincent OUEDRAOGO	Médecine du Travail
S. Christophe DA	Chirurgie
Aurélien Jean SANON	Chirurgie
Claudine LOUGUE / SORGHO	Radiologie
Barnabé ZANGO	Chirurgie
L. Valeric Adélaïde NEBIE	Cardiologie
Blandine THEIBA	Gynécologie-Obstétrique
Abdel Karim SERME	Gastro-Entérologie
Moussa BAMBARA	Gynécologie-Obstétrique
Fatou BARRO	Dermatologie
GOUMBRI / Olga LOMPO	Anatomie Pathologique
Appolinaire SAWADOGO	Gastro-Entérologie
Martial OUEDRAOGO	Pneumo-Phtisiologie
Moussa KERE	Santé Publique
Innocent NACOULMA	Orthopédie-Traumatologie
P. Antoine NIAMPA	Dermatologie
Françoise Danielle MILLOGO/TRAORE	Gynécologie-Obstétrique
Z. Théodore OUEDRAOGO	Santé Publique
P. André KOALAGA	Gynécologie-Obstétrique
Emile BANDRE	Chirurgie générale et digestive
Syranyan SEKOULE	Psychiatrie
Dieudonné OUEDRAOGO	Chirurgie maxilo-faciale

Moussa OUEDRAOGO Pharmacologie

Assistants Biologistes des Hôpitaux

Idrissa	SANOU	Bactéριο-Virologie
Harouna	SANON	Hématologie/Immunologie
Issa	SOME	Chimie Analytique
Rasmané	SEMDE	Galénique
Jean	SAKANDE	Biochimie

Assistants associés (01)

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

UFR des Sciences de la vie et de la terre
(UFR/SVT)

et

UFR des Sciences exactes et Appliquées (UFR/
SEA)

Professeurs Titulaires

Akry COULIBALY	Mathématiques
Sita GUINKO	Botanique-Biologie Végétale
Guy V. OUEDRAOGO	Chimie Minérale
Laya SAWADOGO	Physiologie-Biologie Cellulaire
Laou Bernard KAM (in memorian)	Chimie
Patoin Albert OUEDRAOGO	Zoologie

Maîtres de Conférences

Boukary LEGMA	Chimie-Physique Générale
François ZOUGMORE	Physique
Adama SABA	Chimie Organique
Philippe SANKARA	Cryptogamie-Phytopharmacie
Gustave KABRE	Biologie Générale

Abdoulaye SAMATE	Chimie Organique
<u>Maîtres-Assistants</u>	
Makido B. OUEDRAOGO	Génétique
Raymond BELEMTOUGOURI	T.P. Biologie Cellulaire
Drissa SANOU	Biologie Cellulaire

Assistants

Apolinaire BAYALA (in memoriam)	Physiologie
---------------------------------	-------------

Institut du Développement Rural (IDR)

Maîtres de Conférences

Didier ZONGO	Génétique
Georges Annicet OUEDRAOGO	Biochimie

**UFR des Sciences Economiques et de Gestion
(UFR/SEG)**

Maître-Assistant

Tibo Hervé KABORE	Economie-Gestion
-------------------	------------------

**UFR des Sciences Juridiques Politiques
(UFR/SJP)**

Assistants

Jean Claude TAITA	Droit
-------------------	-------

ENSEIGNANTS VACATAIRES

M. DAHOU (in mémoriam)	Hydrologie
Dr Annette OUEDRAOGO	Stomatologie
Dr Adama THIOMBIANO	Législation Pharmaceutique
Dr Sidiki TRAORE	Galénique
Mr Mamadou DIALLO	Anglais
Dr Badioré OUATTARA	Galénique
Dr Alassane SICKO	Anatomie

Dr Sylvestre TAPSOBA	Nutrition
Dr Maminata TRAORE / COULIBALY	Biochimie
Dr Seydou SOURABIE	Pharmacognosie
Dr Félix KINI	Chimie
Dr Lamine OUEDRAOGO	Biologie Cellulaire
Dr Marie Françoise OUEDRAOGO	Mathématiques
Mme Cecile OUEDRAOGO	Anglais

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

A.U.P.E.L.F.

Pr. Lamine DIAKHATE	Hématologie (Dakar)
Pr. Abibou SAMB	Bactéριο-Virologie (Dakar)
Pr. Mbayang NDIAYE-NIANG	Physiologie (Dakar)
Pr. Emmanuel BASSENE	Pharmacognosie (Dakar)
Pr Mamadou BADIANE	Chimie Thérapeutique (Dakar)
Pr Babacar FAYE	Pharmacologie (Dakar)

Mission Française de Coopération

Pr. Etienne FROGE	Médecine Légale
Pr Raphaël DARBOUX	Histologie-Embryologie

Mission de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)

Pr. Jean NEVE	Chimie Thérapeutique
Pr. Viviane MOES	Galénique

Mission avec les autres universités

Pr André BIGOT	Immunologie
----------------	-------------

Je dédie cette thèse à ...

A toi seigneur, Dieu de miséricorde

Délivre-nous de tout mal.

A toutes ces femmes qui aujourd'hui souffrent des conséquences de la grossesse extra-utérine,

Je partage votre peine.

A mon père,

Toute ta vie, tu t'es sacrifié pour tes enfants. Puisses-tu retrouver en ce modeste travail le fruit de tes efforts.

A mes mamans ; Honorine, Awa, Franceline,

Ensemble vous m'avez tout donné. Je ne tarirai point d'éloges à votre égard.

A mes frères ; Cheik Beld'hor, Guy Malick,

Toujours complices, nous le resterons à jamais.

A mes grands-parents

Jamais je ne vous oublierai.

A Radio Kadi

Pour tes encouragements et ta patience. Je t'adore.

A mes amis Bata et Aimé

Aujourd'hui nous sommes au bout de nos efforts. Ce travail est aussi le vôtre

A mes promotionnaires

A mes frères et sœurs ; mes amis ; mes parents.

A tous ceux qui d'une manière ou d'une autre ont contribué à mon
éducation

Infiniment merci.

A NOS MAITRES ET JUGES

A notre maître et directeur de thèse

Le professeur Jean LANKOANDE maître de conférence agrégé de gynécologie et d'obstétrique ,chef de service de la maternité du CHNYO

Vous nous avez inspiré le sujet de cette thèse, votre expérience scientifique nous a guidé tout au long de sa réalisation. Votre disponibilité et votre simplicité à notre égard ont été sans égal.

Nous vous sommes redevables d'un enseignement visant à faire de nous des médecins soigneux pour leur image, dévoués pour les malades et amoureux de leur métier. De part votre rigueur scientifique et vos qualités humaines, vous êtes pour nous et pour beaucoup d'étudiants, un modèle ; en témoigne le nombre de gynécologues en formation. Trouvez ici honorable et éminent maître l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et président du jury

Le professeur Tinga Robert GUIGUEMDE professeur titulaire de parasitologie.

C'est pour nous un honneur immense, et un privilège de vous voir présider le jury de notre thèse. Eminent chercheur en parasitologie, nous n'avons malheureusement pas eu le privilège d'effectuer un stage pratique à vos côtés, mais nous avons eu l'honneur de profiter de vos enseignements théoriques et depuis lors, nous avons eu de l'admiration pour votre simplicité ,votre amour du travail parfait et vos qualités humaines et scientifiques. En attestent votre titre de docteur honoris causas de l'université de bordeaux et votre récente élévation au grade de général au niveau de l'armée. Très hautes considérations.

A notre maître et juge

le docteur Blandine THIEBA assistante de gynécologie et d'obstétrique

Chère maître, humilité simplicité et modestie sont entre autres vos vertus. Votre maîtrise de la gynécologie et de l'obstétrique, nous a fasciné ; et votre constante volonté de la transmettre à vos étudiants, nous a marqué. Vous êtes pour nous une référence et nous sommes profondément émus par l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Recevez ici honorable et éminente maître l'expression de notre profonde gratitude .

A notre maître et juge

le docteur Daman SANO maître assistant de chirurgie générale et digestive.

Nous sommes profondément émus par l'honneur que vous nous faite en acceptant de juger ce travail. Eminent chirurgien nous avons pu bénéficier de vos connaissances théoriques et pratiques. Nous avons été impressionnés par vos connaissances multidisciplinaires, par votre amour pour la recherche et par vos qualité humaines et sociales. Croyez en l'expression de notre sincère reconnaissance. Que Dieu vous bénisse pour le concours de l'agrégation.

REMERCIEMENTS

- Au Professeur agrégé Jean Lankoandé ; directeur de la polyclinique Yentema et initiateur du sujet pour sa constante disponibilité.
- Au Docteur Ali Ouedraogo pour son apport inestimable.
- Au Docteur Jean Baptiste Ouedraogo directeur de la polyclinique notre dame de la Paix.
- Au Professeur Amadou Sanou directeur de la polyclinique du Centre.
- Au Professeur Bibiane Koné directrice de la clinique Moussa Koné.
- Au Professeur Bobilwindé Robert Soudré directeur de la clinique Sandof.
- Au Docteur Bobliwindé Sakande directeur de la clinique Philadelphie.
- Au Directeur de la clinique Suka
- Au Docteur Michel Akotiongga
- Au personnel des blocs opératoires des CMA Paul 6, Kossodo et Pissy.
- Aux services statistiques de la DEP et de la DRO
- A mon ami Ismaël TRAORE pour ses multiples apports en informatique.
- A tout le personnel de la maternité.
- A tous ceux qui ont œuvré à la réalisation de ce travail.

La faculté des sciences de la santé a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni aucune improbation.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AMIU : Aspiration Manuelle Intra-Utérine

CC : Centimètre Cube

CHNYO : Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo

CMA : Centre Médical avec Antenne chirurgicale

CO : Contraception Orale

COLL : Collaborateurs

CPN : Consultation Pré-Natale

DDR : Date des Dernières Règles

DEP : Direction des Etudes et de la Planification

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DRO : Direction Régionale de Ouagadougou

FIV : Fécondation In Vitro

GEU : Grossesse Extra-Utérine

GEUNR : Grossesse Extra-Utérine Non Rompue

GEUR : Grossesse Extra-Utérine Rompue

Gift : Transfert de gamètes intratubaire

GIU : Grossesse Intra-Utérine

HMG-HCG : Human Menopausal Gonadotrophin-Human Chorionic Gonadotropin

INSERM : Institut National de la Statistique et de la Recherche Médicale

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MTX : Methotrexate

mUI / ml : Milliunité internationale par millilitre

PGE : Prostaglandine E

PGF : Prostaglandine F

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

βHCG : Fraction β de l'hormone gonadochorionique

TIG : Test Immunologique de Grossesse

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION ET ENONCÉ DU PROBLÈME	1
2	RAPPEL ANATOMIQUE	3
2.1	ANATOMIE MACROSCOPIQUE DE L'UTERUS ET DE SES ANNEXES.	3
2.1.1	L'utérus non gravide	3
2.1.1.1	Configuration externe.....	3
2.1.1.2	Configuration interne.....	3
2.1.2	Anatomie macroscopique des trompes.....	3
2.1.2.1	Configuration externe.....	4
2.1.2.2	Rapports	4
2.1.2.3	Configuration interne.....	5
2.1.2.4	Histologie de la trompe	5
2.1.3	Anatomie macroscopique de l'ovaire	6
3	REVUE DE LA LITTÉRATURE	8
3.1	LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE	8
3.1.1	La fréquence	8
3.1.2	Physiopathologie de la grossesse extra-utérine	8
3.1.3	Anatomie pathologie.....	9
3.1.3.1	Localisation de l'œuf	9
3.1.3.2	Evolution de l'œuf	11
3.1.4	Etiologie	12
3.1.5	Etude clinique	14
3.1.6	Formes cliniques.....	18
3.1.7	Diagnostic différentiel	19
3.1.8	Histopathologie	19
3.1.9	Traitement.....	20
3.1.9.1	La réanimation médicale.....	20
3.1.9.2	Les méthodes.....	20
3.1.9.3	Les indications opératoires	22

4	OBJECTIFS	23
4.1	OBJECTIF GENERAL	23
4.2	OBJECTIFS SPECIFIQUES	23
5	METHODOLOGIE	24
5.1	CADRE D'ETUDE	24
5.2	TYPE ET PERIODE D'ETUDE	25
5.3	CRITERES D'INCLUSION	25
5.4	COLLECTE ET TRAITEMENT DES DONNEES	25
5.4.1.	Préparation logistique	25
5.4.2	Matériel d'étude	25
5.4.3	Analyse des données	26
6	RESULTATS	27
6.1	ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES	27
6.1.1	Bilan des activités	27
6.1.2	Fréquences	29
6.1.2.1	Fréquences globales	29
6.1.2.2	Fréquence au CHNYO	31
6.1.3	Caractéristiques socio-démographiques de la population d'étude	32
6.1.3.1	L'âge	32
6.1.3.2	Le nombre de gestes	33
6.1.3.3	Le nombre de pare	33
6.1.3.4	La profession	34
6.1.4	Age gestationnel et délai d'intervention	34
6.1.4.1	Age gestationnel	34
6.1.4.2	Délai d'intervention	34
6.2	ETUDE CLINIQUE ET PARACLINIQUE	35
6.2.1	Etude clinique	35
6.2.2	Etude paraclinique	36
6.2.2.1	L'échographie :	36

6.2.2.2	La culdocentèse	36
6.2.2.3	Les tests biologiques de grossesse.....	36
6.3	FORMES ANATOMIQUES ET CONSTATATIONS PER OPERATOIRES	37
6.3.1	Le type de GEU	37
6.3.2	Siège anatomique de la GEU.....	37
6.3.3	Localisation	38
6.3.4	Aspect de la trompe controlatérale	38
6.3.5	Cas particuliers	38
6.3.5.1	Deux cas de grossesse hétérotopique	39
6.3.5.2	GEU sur utérus pseudo-didelphe	39
6.4	ASPECTS THERAPEUTIQUES	40
6.4.1	Type d'incision pariétale	40
6.4.2	Méthodes et types d'intervention	40
6.4.3	Suites opératoires.....	41
6.4.4	Durée de séjour	41
6.4.5	Taux de létalité	42
6.5	ANALYSE DES FACTEURS ASSOCIES	42
6.6	ETUDE HISTOPATHOLOGIQUE	43
7	COMMENTAIRE ET DISCUSSION.....	44
7.1	LIMITES ET CONTRAINTES	44
7.2	FREQUENCE	44
7.2.1	La fréquence globale	44
7.2.2	Fréquence au CHNYO	45
7.2.3	Caractéristiques socio-démographiques de la population d'étude	46
7.2.3.1	Age	46
7.2.3.2	Nombre de geste et nombre de pare.....	46
7.3	ETUDE CLINIQUE ET PARACLINIQUE	47
7.3.1	clinique.....	47
7.3.2	Paraclinique	47

7.3.2.1	L'échographie.....	47
7.3.2.2	La culdocentèse.....	48
7.3.2.3	Les tests biologiques.....	48
7.4	FACTEURS ASSOCIES.....	49
7.5	FORMES ANATOMIQUES ET CONSTATATIONS PER OPERATOIRES.....	50
7.5.1	Fréquence de la rupture.....	50
7.5.2	Siège.....	51
7.5.3	Etude de la trompe controlatérale.....	51
7.5.4	Les GEU bilatérales.....	52
7.5.5	Les grossesses hétérotopiques.....	52
7.6	ETUDE HISTOPATHOLOGIQUE.....	52
7.7	PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE.....	53
7.8	TAUX DE DECES.....	54
7.9	EVOLUTION.....	54
8	CONCLUSION.....	55
9	SUGGESTIONS.....	56
10	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	57
11	ANNEXE.....	65
12	RESUME.....	68

1 INTRODUCTION ET ENONCÉ DU PROBLÈME

La grossesse extra-utérine ou ectopique est la nidation de l'œuf en dehors de la cavité utérine. Toute grossesse est extra utérine à son début, puisque la fécondation a lieu habituellement dans le tiers externe de la trompe et que la migration dure plusieurs jours. Que la migration ne se produise pas ou que l'œuf s'arrête dans son cheminement, la grossesse ectopique est constituée.[20,33]

La grossesse extra-utérine est une pathologie peu connue de nos populations. Elle constitue de part sa fréquence, un problème de santé publique ; de part sa gravité, une urgence obstétricale et de part ses séquelles, un problème de fertilité pour la femme.

Affection gravissime, elle met en jeu le pronostic vital maternel par son cortège d'hémorragies sévères fort malheureusement toujours fréquentes dans nos contrées.

Selon Goyaux et Coll., [21] la grossesse extra-utérine constitue 8 % des complications obstétricales du premier trimestre.

Pour Boco et Coll.,[7] la grossesse extra-utérine motive le saignement dans 14 % des cas de métrorragies au cours du premier trimestre.

La grossesse extra-utérine échappe à la vigilance de bon nombre de spécialistes. Selon Lansac [28], 50% des grossesses extra-utérines sont diagnostiquées de façon erronée par les généralistes ; les erreurs atteignent 36% en milieu spécialisé et 10% des patientes hospitalisées sont renvoyées à domicile puis réadmisées à la vue du compte rendu du curetage ou du fait d'une rupture cataclysmique. Ces chiffres montrent toute la difficulté diagnostique d'une pathologie dont la symptomatologie fonctionnelle est dominée par la triade aménorrhée-douleurs pelviennes-métrorragies.

Aujourd'hui, le trépied diagnostique de la grossesse extra-utérine est constitué par le dosage du taux de β HCG, l'échographie et la coelioscopie permettant de poser le double diagnostic de grossesse et d'ectopie. Dans les pays développés où ce trépied diagnostique est plus facilement réalisable, la prise en charge de la grossesse extra-utérine y est marquée par un diagnostic précoce grâce à l'apparition de nouveaux moyens diagnostiques et de modifications considérables des démarches thérapeutiques privilégiant le traitement conservateur.

En Afrique en général et au Burkina Faso en particulier, la prise en charge se fait au stade ultime : celui de la rupture cataclysmique. Ce retard diagnostique menace la vie de la femme africaine et son devenir obstétrical dans un milieu où la stérilité est un drame psychosocial.

Plusieurs facteurs contribuent au retard diagnostique en milieu africain. Il s'agit entre autres, de la pauvreté des populations, du faible niveau d'instruction, du faible taux de fréquentation des structures sanitaires (41% des femmes enceintes ne suivent pas de consultation prénatale [35] et le taux d'alphabétisation chez les femmes est de 9.2% [42]).

Plusieurs facteurs de risque contribuent à l'augmentation de la fréquence des grossesses extra-utérines.

Parmi les facteurs de risque, l'infection génitale est le facteur étiologique majeur de l'augmentation de la fréquence des GEU [17, 51]. Cette fréquence était de 1,69 GEU pour 100 accouchements à la maternité du CHNYO entre 1985 et 1988 [40].

Aujourd'hui, face à la libération des mœurs, à l'importance des infections sexuellement transmissibles (IST) et à la pandémie du sida en Afrique, nous avons mené cette étude pour déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques, et thérapeutiques de la grossesse extra-utérine à Ouagadougou, capitale du Burkina Faso afin de proposer des solutions pour améliorer prévention et sa prise en charge.

RAPPELS

2 RAPPEL ANATOMIQUE

2.1 ANATOMIE MACROSCOPIQUE DE L'UTERUS ET DE SES ANNEXES.

2.1.1 L'utérus non gravide

L'utérus est un organe musculaire creux destiné à contenir l'œuf fécondé pendant son développement, et à l'expulser quand il est arrivé à maturité. C'est un organe impair situé au centre de l'excavation pelvienne entre la vessie en avant et le rectum en arrière. Il est recouvert par les anses intestinales. L'utérus a la forme d'un cône tronqué à sommet inférieur, s'engageant plus ou moins dans le dôme vaginal.

2.1.1.1 *Configuration externe*

Le corps de l'utérus présente une face antéro-inférieure ; une face postéro-supérieure ; deux bords latéraux ; un bord supérieur ; des angles latéraux ou cornes utérines donnant insertion aux trompes utérines, aux ligaments ronds et aux ligaments propres de l'ovaire.

Le col de l'utérus est divisé en deux parties par l'insertion vaginale. Une partie supra vaginale qui se continue avec le corps et une partie vaginale visible au spéculum et accessible au toucher vaginal.

2.1.1.2 *Configuration interne*

L'utérus est creusé d'une cavité aplatie dans son ensemble d'avant en arrière ; un rétrécissement correspondant à l'isthme la divise en deux parties : les cavités corporeales et cervicales.

2.1.2 Anatomie macroscopique des trompes

Les trompes utérines ou trompes de Fallope encore appelées oviductes sont deux conduits musculo- membraneux qui dérivent embryologiquement du canal de Muller. Elles communiquent la cavité utérine et la grande cavité péritonéale. Elles vont des angles latéraux de l'utérus à la surface de l'ovaire. Elles mesurent 10 à 14 cm de long pour un diamètre externe d'environ 3 mm à l'angle de l'utérus ; 7-8 mm à l'extrémité. Elles livrent passage aux spermatozoïdes qui fécondent habituellement les ovules dans le tiers externe de leur lumière. Les trompes constituent avec les ovaires les annexes.

2.1.2.1 Configuration externe

La trompe utérine fut comparée à une trompette par Fallope, d'où son nom. La trompe présente à décrire quatre portions qui sont de dedans en dehors :

La portion interstitielle

La portion interstitielle est située dans l'épaisseur du muscle utérin. Elle mesure 10 à 15 mm de long. Elle débouche dans l'angle supérieur de l'utérus par un orifice de 1mm de diamètre : l'ostium uterinum.

La portion isthmique

La portion isthmique fait suite à la précédente. Elle se dégage du sommet de l'angle utérin au-dessus et en arrière du ligament rond. Elle mesure 40 à 50 mm de long, presque inextensible.

L'ampoule de Henlé

L'ampoule de Henlé mesure 70 à 80 mm de long. Elle tombe verticalement vers l'ovaire. Flexueuse, elle présente une consistance molle et une grande extensibilité ; ainsi le prouvent plusieurs lésions pathologiques (hematosalpinx et pyosalpinx) qui peuvent atteindre de grandes dimensions. Elle constitue avec l'isthme le corps de la trompe.

Le pavillon

Le pavillon ou infundibulum ou fimbria est en forme d'entonnoir évasé. C'est la partie la plus mobile de la trompe. Elle s'ouvre dans la cavité abdominale par les franges au nombre de 10 à 15 appliquant leur surface axiale contre l'ovaire. La frange la plus longue est appelée frange de Richard. Elle est unie au ligament tubo-ovarien et atteint le pôle supérieur de l'ovaire.

2.1.2.2 Rapports

La trompe est contenue dans le ligament large dont elle constitue le bord supérieur. Les deux feuillets du ligament large forment le mesosalpinx en dessous de la trompe.

- l'isthme est en rapport en avant avec la vessie quand elle est pleine, et avec le ligament rond dont il s'écarte de plus en plus, limitant la fossette pré-ovarique; en arrière avec le ligament tubo-ovarien et le rectum plein ; en haut avec les anses grêles et le colon pelvien.

- L'ampoule est avant tout en rapport avec l'ovaire dont elle partage les rapports.

A gauche, l'ampoule répond en arrière au mésocolon sigmoïde ; à droite, l'apex cæcal reste situé à environ trois travers de doigts au-dessus de l'ampoule et ce n'est que dans les cas d'appendice pelvienne que trompe et appendice peuvent avoir des rapports expliquant peut-être le classique « flirt appendiculo-ovarien » par simple contiguïté [23].

2.1.2.3 Configuration interne

Le canal tubaire rempli de sérosités présente des plis longitudinaux parallèles à la direction du conduit. Ces plis sont nombreux au niveau de l'isthme. Au niveau de l'ampoule, il existe une zone sans plis appelée couloir de migration de l'ovule. Il y a des plis secondaires greffés sur les plis principaux. Ce sont les plis muqueux qui constituent les franges en se prolongeant en dehors.

2.1.2.4 Histologie de la trompe

On décrit à la trompe quatre tuniques qui sont de dehors en dedans :

- une séreuse péritonéale
- une sous séreuse où cheminent les vaisseaux et les nerfs.
- une musculuse avec des fibres longitudinales externes et circulaires internes.
- une muqueuse faite d'un épithélium uni stratifié et d'un chorion.

L'épithélium comporte quatre types de cellules :

- ✓ les cellules ciliées
- ✓ les cellules sécrétoires
- ✓ les cellules intercalaires
- ✓ les cellules basales d'Andrews.

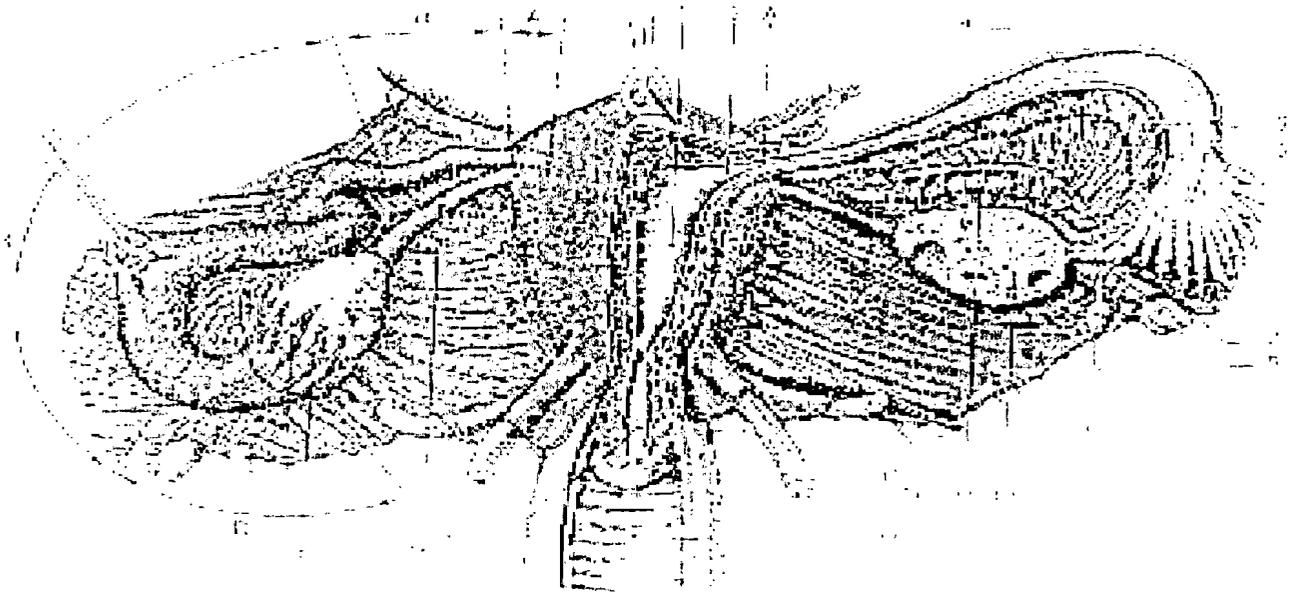
2.1.3 Anatomie macroscopique de l'ovaire

Les ovaires constituent les glandes génitales femelles. Elles ont une fonction de reproduction des ovules et de sécrétion hormonale.

Les ovaires sont au nombre de deux et sont placés dans la cavité pelvienne de part et d'autre du corps utérin. Ils sont intra péritonéaux non recouverts de péritoine. L'ovaire mesure environ, chez l'adulte 1 cm d'épaisseur, 2 cm de largeur, 4 cm de longueur. Il est ferme chez la femme en activité génitale. Cette fermeté augmente avec l'âge et l'ovaire devient d'une dureté ligneuse après la ménopause. Son volume est variable selon les conditions physiologiques. La faiblesse des moyens de fixité de l'ovaire lui donne une mobilité telle que Grégoire affirmait « qu'un ovaire immobile est un ovaire malade » [23]. Les moyens de fixité de l'ovaire sont au nombre de quatre :

- le ligament suspenseur de l'ovaire
- le ligament infundibulo-ovarique
- le ligament propre de l'ovaire
- le mésovarium

Le schéma qui suit est illustratif du rappel anatomique.



Organes génitaux internes de la femme (face postérieure) []

A partie utérine de la trompe-B isthme de la trompe-C ampoule de la trompe-D infundibilum de la trompe-E frange tubaires- 1 cavité utérine - 2 ostium uterin de la trompe -3 ligament rond-4 cavité tubaire-5 mesosalpinx-6 ostium abdominal-7 frange ovarique-8 ligament suspenseur de l'ovaire-9 appendice vesiculeux-10 ovaire-11 mesovarium-12 uretere-13 ligament uetrosacral-14 vagin-15 canal cervical-16 ligament propre de l'ovaire.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

3 REVUE DE LA LITTÉRATURE

3.1 LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE

3.1.1 La fréquence [31]

L'estimation de la fréquence de la GEU est à priori extrêmement difficile d'autant que le système de référence n'est pas univoque. On peut en effet, considérer le nombre d'accouchements ou le nombre total de grossesses. En plus, les GEU qui régressent de façon spontanée, passent inaperçues. Cette évolution est fréquente 50 à 60% des cas selon Lansac [28].

Il est également difficile de tenir compte des avortements spontanés (10% selon BAUDET) et des avortements provoqués dont beaucoup restent clandestins.

La plupart des auteurs s'accordent à dire que la fréquence de la GEU est en augmentation. Selon les régions, elle a doublé ou triplé au cours des deux dernières décennies [13].

En France, la GEU représente 2% des naissances et 1,6 % des grossesses rapportées [13]

Au CHNYO de Ouagadougou, elle était de 1 GEU pour 59 accouchements de 1985 à 1988 selon NACOULMA [40].

Au Gabon, la fréquence de la GEU est passée de 10,4 à 17,3 pour mille accouchements en 16 ans [46].

3.1.2 Physiopathologie de la grossesse extra-utérine [28]

L'œuf fécondé séjourne normalement 72 heures à la jonction ampullo-isthmique du fait :

- d'une fermeture de l'isthme par stimulation des α récepteurs et d'une libération des prostaglandines $\text{PGF}_2\alpha$;
- d'un contre courant du liquide tubaire dirigé vers l'ostium abdominal ;
- d'une diminution du nombre de cellules ciliées au voisinage de l'isthme sous l'effet de l'augmentation de la sécrétion progestéronique.

L'œuf franchit l'isthme à la fin du troisième jour post ovulatoire grâce :

- au relâchement du sphincter isthmique sous l'effet d'une stimulation β et d'une augmentation des prostaglandines PGE ;

- à la diminution importante du flux liquidien ;
- à l'augmentation des battements ciliaires.

La migration à travers l'isthme s'effectue en 8 heures et l'œuf fécondé fait issue dans la cavité utérine 80 heures après l'ovulation au stade de 16 blastomères.

Chez la femme, le trophoblaste s'implante au 6^{ème} jour post ovulatoire, quel que soit le lieu où il se trouve : trompe, ovaire, péritoine alors que chez l'animal, cette implantation ne peut se faire que sur l'endomètre.

L'œuf suit donc dans la grande majorité des cas son trajet normal, mais s'implante avant d'avoir atteint la cavité utérine. Cette discordance entre le lieu d'implantation et le déroulement des phénomènes enzymatiques déterminant l'ovo implantation, a été expliquée par plusieurs théories :

- retard de captation par le pavillon de la trompe ;
- arrêt ou ralentissement de sa migration dans la trompe du fait d'une perturbation du péristaltisme tubaire ;
- théorie d'Iffy : Le blastocyste arrive dans la cavité utérine, mais sous l'effet de perturbations hormonales, il est renvoyé dans la trompe 6 à 7 jours après l'ovulation. Ce reflux tubaire explique l'obtention d'une GEU dans 3 à 5% des cas d'implantation.

Certaines théories évoquent un spasme psychosomatique (crainte de grossesse, rapports illégitimes ...)

3.1.3 Anatomie pathologie

3.1.3.1 Localisation de l'œuf

Plusieurs localisations sont possibles.

La grossesse tubaire

Selon Lansac [28], elle représente 98% des grossesses extra-utérines.

-Elle est le plus souvent ampullaire (78%) : cette portion élastique et large des trompes permet une évolution plus longue de l'ectopie ovulaire. Les accidents de rupture ne surviennent que tardivement.

- Elle est isthmique (20%) : La musculature est fournie et relativement inextensible. Les accidents de rupture sont extrêmement fréquents et très précoces.
- Elle est infundibulaire: c'est là où les avortements tubo-abdominaux seraient les plus fréquents [6]
- Elle est interstitielle: les accidents hémorragiques graves seraient très précoces à ce niveau (1er mois)[6]

la grossesse ovarienne

-La grossesse ovarienne primitive traduit le développement de l'œuf d'un embryon à l'intérieur du corps jaune. Elle est exceptionnelle. Elle est diagnostiquée à l'examen histologique d'un ovaire enlevé pour kyste hémorragique.

-La grossesse ovarienne secondaire est relativement plus fréquente, traduisant la greffe gonadique secondaire d'un œuf ayant primitivement évolué dans la trompe distale ou sur le pavillon.

Pour Robert et coll. [49], la réalité de la grossesse ovarienne est très discutée ; pour l'affirmer il faut que :

- ✓ la trompe soit intacte ;
- ✓ le kyste fœtal soit indépendant de la trompe et relié à l'utérus par le ligament utéro-ovarien ;
- ✓ l'œuf soit en contact avec le tissu ovarien sur au moins une partie de sa surface.

la grossesse abdominale [49]

Primitive ou secondaire , l'insertion ectopique se fait sur le péritoine et le méso. La surface plus étendue de son implantation tend à compenser l'insuffisance des échanges circulatoires fœto-maternels .Le développement de l'œuf jusqu'à terme est possible dans la mesure où la nutrition de l'œuf est assurée de manière satisfaisante .Le fœtus se développe parmi les anses intestinales , mal protégé contre les phénomènes compressifs. Il est souvent malformé. La grossesse est marquée par des phénomènes douloureux et sub-occlusifs.

La grossesse cervicale [6]

La grossesse cervicale est l'implantation utérine de l'œuf en un point quelconque du canal cervical ; les villosités pénètrent intimement les structures cervicales ; il n'y a aucun élément ovulaire dans la cavité utérine. La cause précise en est inconnue : on sait que la grossesse cervicale se voit chez les grandes multipares dont la muqueuse utérine est altérée. C'est une affection très rare, de l'ordre de 1 cas sur 15 000 grossesses. Il est exceptionnel qu'une grossesse cervicale puisse aller plus loin que le troisième mois.

3.1.3.2 Evolution de l'œuf

La régression spontanée [28] est possible avec régression progressive de l'œuf et des caillots, liée à une implantation superficielle de l'œuf, souvent au niveau du pavillon, elle est associée à un taux assez bas de β HCG.

Kouam et coll., [26] ont décrit un cas de résolution spontanée de découverte fortuite lors d'une myomectomie chez une patiente de 26 ans.

L'œuf implanté hors de l'utérus évolue selon deux modalités schématiques : l'accroissement de volume et l'apoplexie ovulaire. [6]

-l'accroissement de volume va conduire à la fissuration puis à la rupture de l'appareil tubaire responsable d'accidents hémorragiques.

-L'apoplexie ovulaire : l'œuf se décolle au centre d'une hémorragie qui peut :

-soit donner un hématome intra tubaire,

-soit s'épancher vers l'utérus ou vers la cavité abdominale.

Classiquement, l'œuf pourrait, dans certains cas se réimplanter au niveau du péritoine (ou de l'ovaire), ce sont les grossesses abdominales secondaires dont un petit nombre pourrait arriver à terme avec des enfants bien souvent malformés. Le plus souvent l'œuf évacué dans le péritoine est lysée. L'épiploon nettoie le tout à moins que la calcification ne fixe le fœtus sous forme de lithopédion : c'est la momification de l'œuf. Les suintements sanguins progressifs mais continus provenant d'un avortement, d'une fissuration ou du décollement de l'œuf vont s'accumuler au point le plus déclive de la cavité péritonéale dans le cul de sac de Douglas, où

ils s'organisent en une hématoécèle rétro-utérine, susceptible de s'enkyster, de s'infecter ou de s'évacuer dans les organes voisins.

Cas particuliers :

Le choriocarcinome développé sur une grossesse ectopique est exceptionnel, de même que l'association d'une grossesse ectopique et d'une grossesse intra utérine.

3.1.4 Etiologie [51]

La réalisation d'enquêtes épidémiologiques a permis de mieux connaître les facteurs de risque de la GEU.

➤ Les infections génitales

C'est le facteur étiologique majeur responsable de l'augmentation des GEU, comme l'ont montré nombre d'études cas témoins, avec des odds ratio allant de 2 à 7,5.

Le germe principalement incriminé est le *Chlamydia trachomatis*, du fait de la latence et de la chronicité de ce type de salpingite.

➤ Le tabagisme

La consommation de tabac même modérée, exposerait à la GEU avec une relation dose-effet. Le risque relatif augmente avec l'importance de la consommation tabagique.

➤ La chirurgie abdomino-pelvienne

Les adhérences peritubaires sont source de GEU, qu'il s'agisse de chirurgie abdominale ou pelvienne.

➤ Le dispositif intra-utérin(DIU)

Le DIU a essentiellement une action antinidatoire et protège mieux contre l'implantation utérine que tubaire ou ovarienne. Le risque de développer une GEU se situe entre 0,8 à 10%, plus élevé pour les dispositifs à la progestérone par rapport aux dispositifs inertes ou en cuivre.

➤ La contraception orale

La micropilule progestative est associée à une augmentation du risque relatif de GEU, aux alentours de 10%, du total des grossesses. L'explication réside probablement dans l'atteinte

des fonctions tubaires associée à l'absence d'inhibition de l'ovulation, caractéristique des progestatifs microdosés.

➤ La stérilisation tubaire

En cas de grossesse, le risque de GEU est important, avec un risque relatif de 10,9. Les mécanismes invoqués sont multiples :

- obturation tubaire incomplète déformant la structure tubaire ;
- réperméabilisation spontanée tubaire avec reconstitution anormale de la lumière
- formation d'une fistule tubopéritonéale.

➤ L'antécédent de GEU

Contrairement aux avortements spontanés et aux avortements provoqués clandestins, les antécédents de GEU sont des facteurs de risque avec un risque relatif entre 7 et 9.

➤ Le traitement de la stérilité

- *stimulation de l'ovulation*

Le citrate de clomiphène semble être associé à un risque élevé de GEU par le biais de son action antioestrogène perturbant le transport tubaire.

L'association hMG-hCG (human menopausal gonadotropin-human chorionic gonadotropin) comporte le même risque.

- *fécondation in vitro(FIV)*

L'incidence de la GEU après FIV est estimée à 6,5% des grossesses cliniques, en rapport avec la migration des embryons dans la trompe. Quant au transfert intratubaire de gamètes (GIFT), le taux de GEU se situe autour de 3-4%.

➤ Autres causes [51].

-L'insuffisance lutéale exposerait à une régurgitation menstruelle de l'œuf fécondé vers une trompe.

-Certaines formes d'endométriose avec lésions tubaires.

-Certaines patientes exposées au diéthylstilbestrol.

-Exposition aux drogues antinéoplasiques.

-L'âge maternel après 28 ans

3.1.5 Etude clinique

La symptomatologie clinique de la GEU est particulièrement variée, allant de la forme asymptomatique au tableau d'hémorragie cataclysmique.

Le tableau classique **aménorrhée –douleurs pelviennes –métrorragies** est bien connu et doit faire suspecter le diagnostic chez toute femme en période d'activité génitale. Cependant les formes paucisymptomatiques tendent à se substituer à la forme précédemment décrite.

Le diagnostic clinique de la GEU est extrêmement difficile, surtout en ce qui concerne l'ectopie débutante. Quant aux formes évoluées avec tableau d'inondation péritonéale, le diagnostic est plus aisé et peut être posé par la seule clinique. C'est dire que le tableau clinique de la GEU est polymorphe et peut simuler toute la pathologie gynécologique. Mais en matière de grossesse ectopique, « quand on y pense toujours, on n'y pense pas encore assez » comme le disait CADENAT.

Les accidents évolutifs réalisent des tableaux différents selon l'abondance et la brutalité du saignement.

Type de description : la GEU NON ROMPUE

Signes fonctionnelles

L'interrogatoire permet de retrouver une triade fonctionnelle essentielle quoique parfois incomplète constituée par les douleurs, les métrorragies et l'aménorrhée.

La douleur est le plus constant des signes : une grossesse normale est indolore. Ces douleurs sont hypogastriques basses, volontiers unilatérales. Au mieux mais rarement elles réalisent une colique salpingienne, pratiquement pathognomonique en coup de poignard syncopal.

Les métrorragies de couleur brun sépia, marc de café, pas toujours cependant. Ce sont des métrorragies distillantes. Ces hémorragies confondues avec les règles à la fois dans leur aspect, leur durée ou leur abondance doivent attirer l'attention. Ces « avertissements » de MONDOR comptent bien plus que le simple retard de règles.

L'aménorrhée inaugure la période métrorragique.

Cette association évoque la GEU dont on recherchera les autres signes.

interrogatoire

Il doit être méticuleux et rechercher les facteurs de risque :

- antécédents de GEU
- chirurgie tubaire
- tabagisme(effet dose)
- induction de l'ovulation
- salpingite patente
- stérilet
- appendicectomie
- endométriose ou tuberculose traitée
- avortement à risque.

Par conséquent il faut penser à la GEU d'autant plus qu'il existe un facteur de risque associé à une grossesse débutante.

Examen physique

A l'examen l'abdomen est souple, respire bien. Le col est normal ou violacé à l'examen au spéculum comme celui d'une femme enceinte. L'écoulement sanguin vient de la cavité utérine. Le toucher vaginal précise la mobilité de l'utérus, la mollesse du col.

On est frappé par deux choses :

- l'utérus quoique ramolli est plus petit que ne le voudrait l'âge supposé de la grossesse.
- dans les culs de sacs latéraux le doigt perçoit parfois une petite masse latéro-utérine mollesse très douloureuse : c'est « la petite chose latéro-utérine » de MONDOR

Il n'en faut pas plus pour poser le diagnostic.

Paraclinique

Le trépied diagnostique de la GEU débutante est constitué du dosage de la fraction β de l'hormone gonadochorinique (β HCG), de l'échographie, et de la cœlioscopie.

le dosage des β HCG [28]

L'hormone gonadochorionique est une hormone peptidique sécrétée spécifiquement par le trophoblaste. Elle est spécifique de la grossesse en dehors des cas rares de sécrétions par une tumeur de type chorio-épithéliome. Sa limite de détection, est de 5 mUI/ml. Un dosage inférieur à ce chiffre permet d'exclure le diagnostic de grossesse.

L'HCG est retrouvé dans le sang maternel dès le 10^e jour post ovulatoire. Son taux dans les grossesses normalement évolutives double tous les deux jours au cours du premier mois. Quant ce taux atteint plus de 3 500 mUI / ml on doit normalement voir un sac ovulaire en échographie abdominale. En échographie vaginale le sac est visible avec un taux de 2 000 mUI / ml.

L'échographie

Aujourd'hui l'échographie sus pubienne conventionnelle s'est vue surplacée par l'échographie transvaginale qui permet l'identification d'un sac gestationnel intra-utérin avec près de 08 jours d'avance par rapport à la voie sus pubienne qui ne visualise un sac ovulaire intra-utérin qu'à partir de la 5^{ème} semaine d'aménorrhée [28, 51].

Les signes utérins : dans la GEU, l'utérus ne contient pas de sac ovulaire et les parois antérieures et postérieures sont accolées. Cependant l'utérus peut contenir des échos intra-utérins qui peuvent correspondre aux restes de trophoblaste en cas de fausses couches ou à des caillots associés à des débris de caduque rendant l'interprétation difficile.

On peut voir aussi une image liquidienne très ronde sans épaissement qui peut être un pseudo-sac formé par le décollement de la caduque.

Les signes latéro-utérins : il est parfois possible de voir un sac latéro-utérin. Ce sac gestationnel n'est pas entouré de l'épais manteau myométral de l'implantation utérine normale. Rarement parfois l'embryon est visible avec un tube cardiaque actif. Le diagnostic est alors certain.

Souvent on ne voit qu'une masse latéro-utérine, de tonalité voisine de l'utérus, avec en son centre une zone peu échogène de quelques millimètres.

Les signes péritonéaux : l'épanchement liquidien dans le douglas n'est pas constant mais s'il est présent, il est évocateur du diagnostic.

Par sa rapidité d'exécution et son innocuité, l'échographie est indispensable au diagnostic de la grossesse extra-utérine. Associée à la cœlioscopie elle permet une prise en charge rapide de la GEU évitant les ruptures catastrophiques.

Le diagnostic ultra précoce de la GEU [41] est actuellement possible grâce surtout à l'échographie endovaginale. Elle détecte l'ectopie à partir d'un taux d'HCG supérieur à 1 000 mUI / ml.

La cœlioscopie

Le diagnostic de la GEU aujourd'hui ne saurait se passer de la cœlioscopie. Elle demeure l'ultime méthode diagnostique et ne doit être réalisée qu'après une démarche diagnostique complète afin de réduire le nombre de faux positifs. Elle montre la grossesse tubaire sous forme d'un renflement bleuté distendant la paroi ou l'élargissement du pavillon à l'origine duquel l'œuf peut faire saillie en laissant sourdre du sang noirâtre.

Les faux négatifs sont exceptionnels (0,01%) : il s'agit de formes ultra- précoces à peine visibles [28].

Les faux positifs seraient rares (1,6%). Ils seraient liés en général à une mauvaise vision du pelvis.

Dans les pays médicalement avancés, la laparotomie ne vit plus que des contre-indications cœlioscopiques ou cœliochirurgicales qui sont essentiellement l'existence d'une cardiopathie, d'antécédents de péritonite ou d'une cicatrice de laparotomie.

3.1.6 Formes cliniques

L'inondation péritonéale

Elle réalise l'urgence la plus impérieuse. Elle est parfois cataclysmique et l'examen retrouve un état général altéré traduisant l'anémie aiguë et le collapsus : pâleur des muqueuses, tachycardie, dyspnée et angoisse, refroidissement des extrémités, hypotension artérielle. Des syncopes ou des lipothymies se succèdent.

Certaines formes peuvent simuler une péritonite, une occlusion intestinale du fait de l'ileus paralytique. Plus graves sont les formes simulant une pelvipéritonite ou l'abstention opératoire peut conduire à un choc irréversible.

L'hématocèle enkysté

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

- des troubles compressifs vésicaux ou rectaux
- une fébricule ou un subictère qui révèle l'existence de l'hématome.

Le dosage de la β HCG peut être négatif (<10 mui/ml) en l'absence d'activité trophoblastique.

Le diagnostic peut être difficile ; outre les modifications des règles, la perception d'une masse rénitente dans le douglas et sa ponction permettent le diagnostic. Blanche, la ponction du cul-de-sac de Douglas est sans signification car l'hématocèle peut être réorganisée.

La grossesse abdominale primitive ou secondaire

C'est une affection rarissime qui s'observe dans 1 cas sur 15000 naissances [6].

Il s'agit en règle de grossesses abdominales où la survie du fœtus est exceptionnelle

La GEU après un avortement provoqué.

En l'absence du contrôle du produit d'aspiration la grossesse ectopique se manifestera le plus souvent par une rupture. Il faut y penser en cas de douleurs ou de saignement après un avortement provoqué clandestin.

La GEU dans la corne borgne d'un utérus pseudo-unicorne [28].

La GEU dans la corne borgne d'un utérus pseudo unicorn est de diagnostic très difficile. Elle est souvent découverte lors d'une rupture cataclysmique de la corne borgne. Seul un clinicien très averti pourrait noter la continuité entre un ligament rond et le sac foetal. L'échographie est faussement rassurante, et la coéloscopie peut méconnaître le diagnostic.

L'association GEU+GIU

L'association GEU+GIU est rare (1sur 30 000). Il s'agit d'une grossesse hétérotopique. L'ablation chirurgicale de la grossesse ectopique doit éviter tout geste traumatique sur l'utérus. Ultrasons, HCG, et surtout coéloscopie permettent d'arriver au diagnostic.

3.1.7 Diagnostic différentiel

Le Diagnostic différentiel de la grossesse extra-utérine se pose classiquement avec l'avortement (fausse couche) et la salpingite. Mais la confusion la plus fréquente se fait avec la dystrophie mono kystique de l'ovaire.

Les autres diagnostics différentiels sont : l'appendicite et le fibrome pédiculé surtout compliqué.

En somme le diagnostic de l'ectopie est souvent difficile. Aussi dès qu'il est soupçonné doit-on recourir à la coéloscopie ; mais dans notre contexte le TIG urinaire et l'échographie contribuent fortement au diagnostic.

3.1.8 Histopathologie

L'utérus :

L'utérus augmente de volume, se ramollit, sa muqueuse se transforme en caduque. Dans les formes pseudo abortives, après curetage pour métrorragie, l'histologie révélera à posteriori :

- l'absence de villosités choriales
- la transformation déciduale de l'endomètre

-des atypies cellulaires « d'arras stella » évocatrices qui n'ont cependant pas de valeur pathognomonique. Ce sont des cellules endométriales associant hyperplasie et perte de polarité nucléaire avec vacuolisation cytoplasmique.

La trompe gravide

L'œuf ectopique est semblable à l'œuf utérin. L'embryon est contenu dans son sac membraneux ; le chorion est hérissé de villosités sur la surface. En revanche, la réaction de la trompe gravide est bien différente de celle de l'utérus. La trompe n'est pas adaptée à la fonction de gestation. Sa muqueuse ne se transforme pas comme une muqueuse utérine.

La régulation hormonale de la grossesse se fait par défaut. Les villosités choriales s'implantent en un point de la paroi. Le trophoblaste ne rencontre ni caduque ni vascularisation propice à la constitution des lacs sanguins.

3.1.9 Traitement

Le traitement de la GEU a beaucoup évolué ces dernières années. Il est passé de la salpingectomie par laparotomie à la chirurgie conservatrice per coelioscopique et plus récemment au traitement médical [30]. Un certain nombre de gestes sont indispensables et vont de pair : réanimer ,opérer [23].

3.1.9.1 La réanimation médicale

Il est nécessaire de réanimer suffisamment la malade pour l'opérer avec pouls et tension artérielle (T.A) présents. Mais il ne faut pas la réanimer trop longtemps , car souvent la T.A ne remonte que lorsque l'hémostase est faite et elle remonte très rapidement à partir de ce moment. Il faut réanimer avec du sang iso- groupe [23] . Mais en l'absence de sang , une perfusion de macromolécules est indispensable.

3.1.9.2 Les méthodes

La chirurgie conventionnelle

Elle offre deux possibilités par laparotomie.

- le traitement radical par salpingectomie,

- le traitement conservateur par expression tubaire simple ou par césarienne tubaire.

La cœliochirurgie

Dans les pays nantis c'est le traitement le plus habituel.

Elle peut être conservatrice par césarienne tubaire : par électrocoagulation on incise la trompe, et la GEU est extraite par aspiration

Elle peut être radicale, c'est la salpingectomie après hémostase du méso par électrocoagulation ou par pose de clip[28].

Selon Cristalli, la cœliochirurgie est applicable dans pratiquement tous les cas [14].

La cœliochirurgie doit faire partie des moyens de traitement de la GEU.

Cette technique dans les mains de chirurgiens expérimentés, est sûre, efficace, rapide, a des suites opératoires simples et nécessite une hospitalisation courte.

Les traitements médicaux de la GEU

-Le methotrexate par voie générale

Le methotrexate est un antimétabolite qui a pour but de bloquer le développement du trophoblaste qui se résorbe spontanément. Selon Darai [15], la voie systémique par injection de 1mg/kg de MTX est la plus usitée et à un taux de succès de 91,8%.

-Les prostaglandines leurs taux de succès est de 83,3% [15]

-Le glucose hyperosmolaire l'efficacité de son injection **in situ** est comparable à la salpingotomie cœlioscopique[15].

-le chlorure de potassium en intra tubaire : son taux de succès est de 60% selon Robertson cité par Darai [15].

Sont également cités *l'actinomycine D, les anticorps monoclonaux anti HCG et la mifépristone* dont les résultats sont médiocres sur de courtes séries. Mais Zang et coll., [60] en Chine ont obtenu dans leur série 97,4 % de succès avec la mifépristone

Dans tous les cas la thérapeutique médicale peut être envisagée pour les GEU pauci ou asymptomatiques, de taille inférieure à 3 cm, en l'absence d'hémopéritoine, en l'absence d'une activité cardiaque embryonnaire décelable et pour un taux d'HCG ≤ 5000 mUI / ml.

L'abstention thérapeutique

L'abstention thérapeutique peut se justifier chez une femme très coopérante qui se fait bien suivre et si le taux d'HCG est faible (<1000mUI / ml).

3.1.9.3 Les indications opératoires

Avant l'accident hémorragique

La conservation de la trompe gravide n'est recommandée que lorsque la trompe controlatérale est pathologique ou absente.

On fera un traitement conservateur lorsque l'œuf est décollé ou implanté dans la partie distale de la trompe soit par expressions, salpingotomie ou par salpingectomie partielle

L'inondation péritonéale

Dans l'inondation péritonéale, c'est la salpingectomie avec résection cunéiforme. (la trompe rompue ne peut être conservée) [6]

Les hématoécèles

- *Hématocèle récente* : nettoyage de la cavité pelvienne et salpingectomie
- *Hématocèle enkysté* : son ablation comporte un risque pour les viscères voisins. Le drainage et l'exclusion du pelvis sont nécessaires. Les suites opératoires sont menacées d'occlusion, de phlébite, de suppurations pelviennes.
- *hématocèle suppurée* : colpotomie plus drainage.

OBJECTIFS

4 OBJECTIFS

4.1 OBJECTIF GENERAL

Etudier les différents aspects de la grossesse extra-utérine à Ouagadougou.

4.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES

- Déterminer la fréquence de la grossesse extra-utérine à Ouagadougou.
- Décrire les signes cliniques de la grossesse extra-utérine.
- Décrire les aspects anatomopathologiques de la grossesse extra-utérine.
- Déterminer les principaux facteurs associés à la grossesse extra-utérine.
- Analyser les différentes modalités du traitement de la grossesse extra-utérine à Ouagadougou.
- Proposer des solutions pour prévention et la prise en charge précoce de la grossesse extra-utérine dans notre contexte.

METHODOLOGIE

5 METHODOLOGIE

5.1 CADRE D'ETUDE

Nous avons mené cette étude dans la ville de Ouagadougou, capitale du Burkina Faso dont le produit intérieur brut par habitant était de 320 dollars en 1992

La ville de Ouagadougou a une superficie de 497 km². En 1991, la ville comptait 685 008 habitants. Au recensement de 1996, la population générale était estimée à 951 814 habitants, avec un taux d'accouchement annuel de 6,8%.

Le nombre de femmes en âge de procréer est passé de 137 290 en 1991, à 192 298 en 2001. Les femmes en âge de procréer représentent 22,8% de la population.

Ouagadougou fait partie de la province du Kadiogo qui compte en dehors du CHNYO, quatre districts sanitaires ayant au total 68 formations sanitaires dont 12 maternités publiques.

Sept (07) provinces faisant partie de la région sanitaire de Ouagadougou, évacuent régulièrement leurs malades sur le CHNYO qui est le centre de référence. Mais d'autres provinces en évacuent également sur le CHNYO.

La ville de Ouagadougou a assisté, ces dernières années, à l'émergence de véritables structures sanitaires privées, en l'occurrence des polycliniques très opérationnelles.

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie et d'obstétrique ainsi que dans le service des urgences chirurgicales du centre hospitalier Yalgado Ouédraogo ; dans les centres médicaux avec antenne chirurgicale et dans 05 structures privées disposant de blocs opératoires fonctionnels. Ce sont :

- la polyclinique de la Paix ;
- la polyclinique du Centre ;
- la clinique El Fatheth Suka ;
- la polyclinique Moussa Koné ;
- la polyclinique Yentema.

Nos résultats d'histo-pathologie ont été recensés dans les laboratoires d'anatomie pathologie du CHNYO et des cliniques privées Sandof et Philadelphie.

5.2 TYPE ET PERIODE D'ETUDE

Il s'est agi d'une étude rétrospective couvrant la période du 01 janvier 1991 au 31 décembre 2001

5.3 CRITERES D'INCLUSION

Seules ont été retenues les patientes chez lesquelles le diagnostic de grossesse extra-utérine a été confirmé en per opératoire.

5.4 COLLECTE ET TRAITEMENT DES DONNEES

5.4.1 Préparation logistique

L'exécution de ce travail a été rendue possible grâce à l'autorisation des directeurs de cliniques privées auxquels nous avons adressé des correspondances.

Nous y avons travaillé sous le sceau du secret médical et de la confidentialité

Les autres sources de données ont été les rapports sanitaires de la direction des études et de la planification et de la direction régionale de Ouagadougou.

5.4.2 Matériel d'étude

La collecte des données a été réalisée à partir d'un questionnaire structuré précisant :

- l'identité de la patiente ;
- les antécédents gynéco-obstétricaux ;
- les signes cliniques ;
- les examens paracliniques ;
- le traitement ;
- la durée de séjour ;
- l'évolution ;
- les résultats de l'histo-pathologie.

Nous avons, dans un premier temps, recensé à partir des registres opératoires tous les cas de grossesses extra-utérines. Ensuite, nous avons terminé par l'exploitation de leurs dossiers cliniques.

Cette collecte a permis de recenser 1 192 cas sur les 11 années de l'étude.

5.4.3 Analyse des données

Les données recueillies ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi info 6.1 version française.

RESULTATS

6 RESULTATS

6.1 ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

6.1.1 Bilan des activités

Nous avons recensé, au cours de la période d'étude, 1 192 cas de grossesses extra-utérines opérées dans la ville de Ouagadougou.

Le tableau I représente la répartition du nombre de GEU selon le type de structure sanitaire.

Tableau I : répartition du nombre de GEU opérées selon le type de structure sanitaire.

STRUCTURES		NOMBRE DE CAS		POURCENTAGES	
CHNYO	Maternité	1 103	1 124	92,5%	94,3 %
	Chirurgie	21		1,8%	
PRIVEES		64		5,4 %	
CMA		04		0,3 %	
TOTAL		1 192		100 %	

Le plus grand nombre de GEU a été recensé au centre hospitalier Yalgado Ouédraogo dans le service de gynécologie et d'obstétrique ; il était de 1 103 cas soit 92,5%. Au niveau des urgences chirurgicales du CHNYO, 21 GEU ont été recensées soit (1,8%). Les centres médicaux avec antenne chirurgicale n'avaient opéré que 4 patientes soit 0,3 % des GEU.

Au cours de la même période, nous avons enregistré 271 218 accouchements, 265 888 naissances vivantes.

Le tableau II montre le bilan global des activités au cours de la période d'étude.

Tableau II : Répartition annuelle des accouchements , des naissances et des grossesses extra-utérines dans les formations sanitaires enregistrées à Ouagadougou de 1991à 2001.

Années	Accouchements	Naissances Vivantes	Nombre de GEU
1991	21 627	21 225	96
1992	22 121	22 428	100
1993	24 932	23 968	110
1994	23 831	23 068	105
1995	23 022	22 692	106
1996	21 331	21 045	96
1997	24 661	24 057	108
1998	23 368	22 797	104
1999	28 938	28 562	125
2000	27 670	26 978	116
2001	29 717	29 068	126
Total	271 218	265 888	1 192

L'année 1996 a enregistré le plus bas nombre d' accouchements et de naissances vivantes.

6.1.2 Fréquences

6.1.2.1 Fréquences globales

Dans cette étude, en ce qui concerne la ville de Ouagadougou, la fréquence de la grossesse extra-utérine était de :

- 4,4 ‰ accouchements soit une GEU sur 227 accouchements;
- 4,5 ‰ naissances vivantes soit une GEU sur 222 naissances vivantes ;

Les figures 1 et 2 représentent l'évolution de la fréquence de la GEU à Ouagadougou respectivement par rapport aux accouchements et aux naissances vivantes.

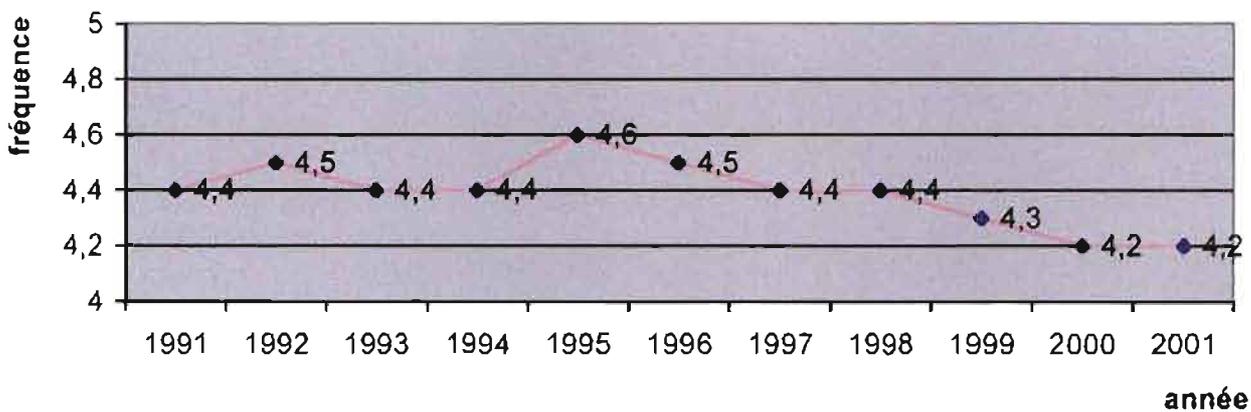


Figure 1 : Evolution de la fréquence de la GEU (en pour 1000) par rapport aux accouchements de 1991 à 2001.

En 1991, 1993, 1994, 1997, 1998, la fréquence de la GEU par rapport aux accouchements, est restée strictement stable(4,4 ‰).

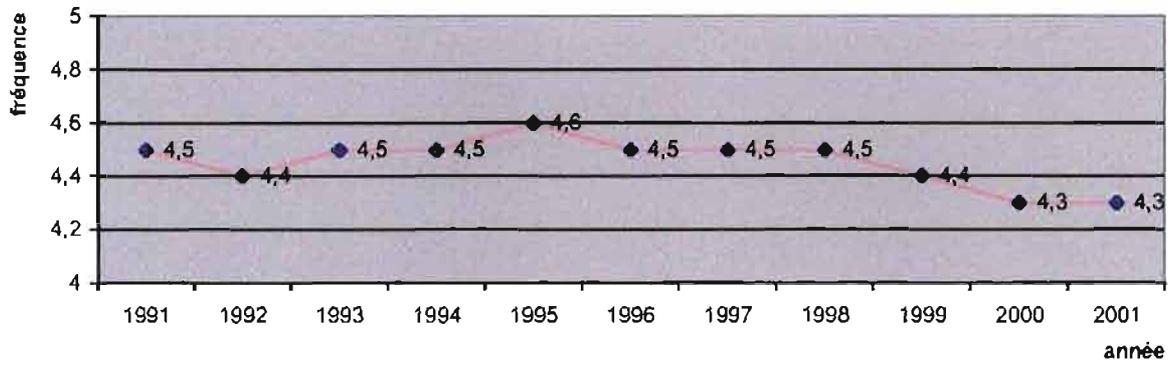


Figure 2: Evolution de la fréquence de la GEU (en pour 1000) par rapport aux naissances vivantes de 1991 à 2001

On note, au niveau de la figure 3, une stricte stabilité de la fréquence (4,5‰) de la GEU par rapport aux naissances vivantes de Ouagadougou en 1991 ;1993 ;1994 ;1996 ;1997 ;1998.

6.1.2.2 Fréquence au CHNYO

Au centre hospitalier national, 1 124 (94,3%) GEU ont été enregistrées. La fréquence de la grossesse extra-utérine était de 3 % par rapport au nombre des accouchements et 2,1 % par rapport au total des admissions ; soit respectivement une GEU sur 33 accouchements et une GEU sur 48 admissions.

Le tableau III donne la fréquence de la GEU au CHNYO selon le nombre d'accouchements , de naissances vivantes , de césariennes et d'admissions.

Tableau III: Fréquence de la GEU au CHNYO

Dénominateurs	Bilan	Fréquence relative
Accouchements	36 825	3 %
Naissances vivantes	34 938	3,2%
Césariennes	10 298	10,9%
admissions	52 300	2,1 %

La GEU constitue 10,9% des césariennes à la maternité du CHNYO soit une GEU pour 9 césariennes et 2,1 % des admissions du même service (une GEU sur 48 admissions).

6.1.3 Caractéristiques socio-démographiques de la population d'étude

6.1.3.1 L'âge

L'âge n'a pas pu être précisé chez 192 femmes soit 16,1%. L'âge moyen était de 24 ans ; avec des extrêmes de 14 et 50 ans.

La figure 3 représente la distribution de la fréquence de la GEU selon les classes d'âge.

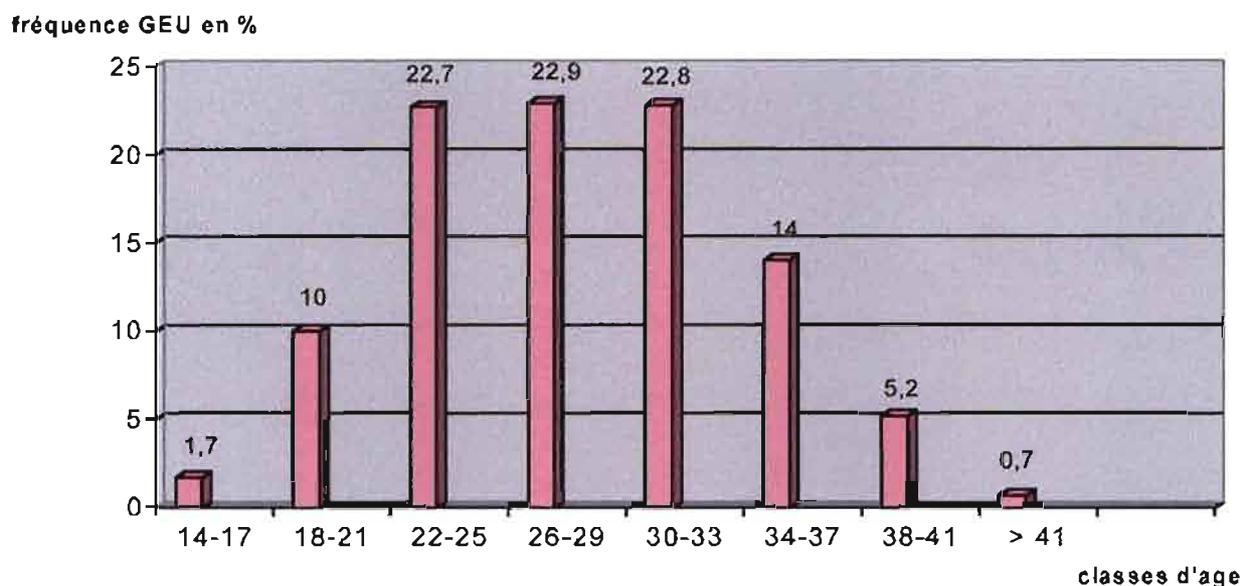


Figure 3 : distribution de la fréquence de la GEU selon les classes d'âge

La GEU prédomine dans la classe d'âge de 22 à 33 ans. Elle est moins fréquente dans les classes d'âge extrêmes (les âges inférieurs à 18 et supérieurs à 38).

6.1.3.2 Le nombre de gestes

Le nombre de gestes n'était pas précisé chez 358 patientes, soit 30%. Le nombre moyen de gestes était de 2,2. Le nombre de gestes variait de 01 à 14 gestes. Les patientes ont été regroupées en primigestes (1 geste), paucigestes (2-3 gestes), multigestes (≥ 4 gestes).

Le tableau IV représente la distribution des patientes selon le nombre de gestes.

Tableau IV : Distribution des patientes selon le nombre de gestes.

Nombre de gestes	Nombre de patientes	Pourcentage
Primigestes	171	20,5%
Paucigestes	364	43,6%
Multigestes	299	35,9%
total	834	100%

Les paucigestes étaient les plus concernées. Elles représentaient 43,6% des opérées.

6.1.3.3 Le nombre de pare

La parité n'avait pas été précisée chez 357 patientes, soit 29,9%. Dans notre série, la parité moyenne était de 1,2 et la plus grande parité était de 10. La figure 4 représente la distribution des patientes selon le nombre de pare.

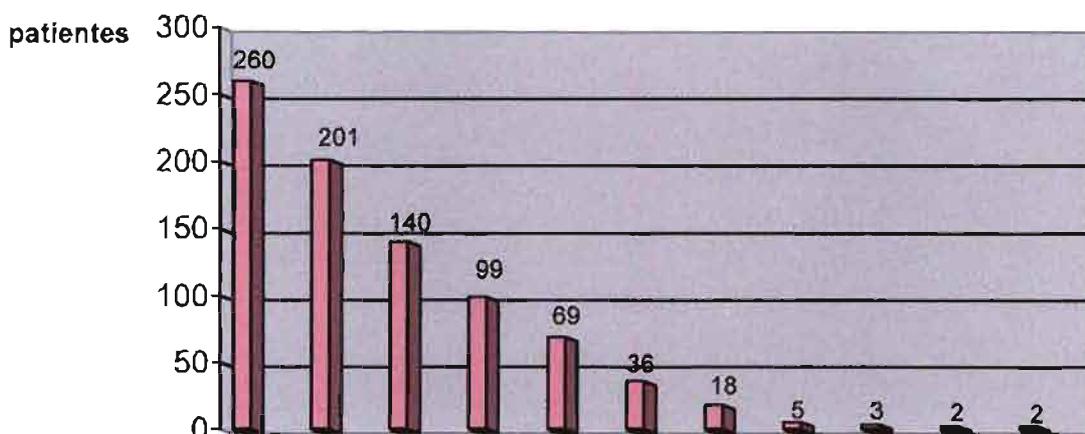


Figure 4: Distribution des patientes selon le nombre de pare.

La fréquence de la GEU diminue en sens inverse du nombre de pare

6.1.3.4 La profession

Le tableau V donne la répartition des patientes selon la profession.

Tableau V : Répartition des patientes selon la profession.

PROFESSION	NOMBRE	POURCENTAGE
Ménagères	939	78,8%
Commerçantes	126	10,6%
Fonctionnaires	60	5,%
Elèves et étudiantes	39	3,3%
Autres	28	2,3%
TOTAL	1 192	100%

Les ménagères étaient les plus nombreuses , elles représentaient 939 patientes soit 78,8 % des opérées pour GEU.

6.1.4 Age gestationnel et délai d'intervention

6.1.4.1 Age gestationnel

La date des dernières règles n'a pas pu être précisée chez 336 (28,2%) patientes. L'âge gestationnel moyen, au moment de l'intervention, était de 8 semaines d'aménorrhée ; avec des extrêmes de 5 à 22 semaines d'aménorrhées. 16 grossesses abdominales ont été notées dont une parvenue à terme avec un fœtus vivant pesant 3 200 g. Les patientes opérées entre la 5^{ème} et la 10^{ème} semaine d'aménorrhées étaient au nombre de 577, soit 48.4%.

6.1.4.2 Délai d'intervention

La totalité des patientes (100%) ont été opérées le jour même de leur admission. Avant la troisième heure de leur admission, 1 089 patientes (91.3%), avaient été opérées.

6.2 ETUDE CLINIQUE ET PARACLINIQUE

Les renseignements cliniques et paracliniques ont porté sur 556 dossiers exploitables.

6.2.1 Etude clinique

Les principaux signes cliniques sont représentés dans le tableau VI.

Tableau VI : Distribution des différents signes cliniques de la GEU.

Signes cliniques	Nombre de cas	pourcentage
Douleurs pelviennes	543	97,6
Métrorragies	394	70,8
Toucher Vaginal douloureux	365	65,6
Aménorrhée	353	63,5
Signes d'irritation péritonéale	319	57,3
Signes sympathiques accentués	188	33,8
Masse latéro-utérine	153	27,5
Signes de choc	143	25,7

La triade douleurs pelviennes, métrorragies , aménorrhée a dominé le tableau clinique.

6.2.2 Etude paraclinique

6.2.2.1 *L'échographie :*

Sur les 556 dossiers cliniques, les patientes qui n'avaient pas bénéficié d'une échographie, représentaient 292 patientes soit 52,5%. L'échographie a été réalisée chez 264 patientes soit 47,5%. Elle a suspecté fortement la grossesse extra-utérine chez 443 patientes soit 78,2% et a été douteuse chez 123 patientes soit 21,7% .

6.2.2.2 *La culdocentèse*

La culdocentèse n'a pas été jugée nécessaire dans 25,5% (142) des cas.

Elle s'est révélée positive chez 76,3% (316) des patientes en ramenant du sang noir incoagulable. Elle a été négative chez 23,7% (98)des patientes.

6.2.2.3 *Les tests biologiques de grossesse*

Le dosage du taux de β HCG a été effectué chez 28 patientes (5%), tandis que 61 patientes (11%) avaient fait un test immunologique de grossesse à partir des urines.

Le dosage du taux de β HCG a été en faveur d'une grossesse chez toutes les femmes qui en avaient bénéficié.

Sur les 61 patientes qui avaient effectué le test urinaire, le test était positif chez 54 patientes (88,5%) avec 7 faux négatifs (11,4 %).

6.3 FORMES ANATOMIQUES ET CONSTATATIONS PER OPERATOIRES

6.3.1 Le type de GEU

En per opératoire, 90,4% des cas (1 078 patientes) de grossesses extra-utérines étaient rompues alors que 9,6% de cas ne l'étaient pas (114 patientes).

Parmi les grossesses extra-utérines rompues, nous avons :

- 83,3% de ruptures cataclysmiques soit 899 patientes;
- 7% de fissurations soit 76 patientes ;
- 5,7% d'enkystements soit 61 patientes ;
- 4% d'avortements tubo-abdominales soit 42 patientes.

La perte sanguine moyenne était de 1 375 cc.

6.3.2 Siège anatomique de la GEU

Les différentes localisations de la GEU sont représentées par la figure 5.

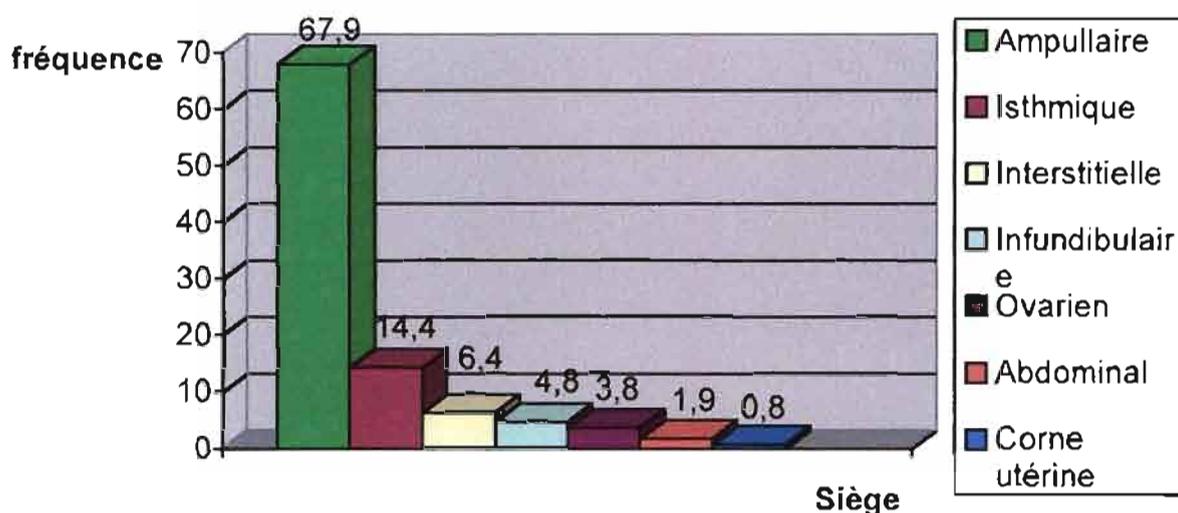


Figure 5 : Répartition de la fréquence de la GEU selon le siège anatomique.

La localisation tubaire était la plus fréquente(94,3%). Le siège ampullaire était retrouvé chez 809 patientes soit 67,9%.

6.3.3 Localisation

Selon la localisation droite ou gauche de la grossesse extra-utérine, nous avons trouvé :

- 616 (51,7 %) de localisation droite ;
- 574 (48,1%) de localisation gauche ;
- 2 GEU bilatérales (1,7‰).

6.3.4 Aspect de la trompe controlatérale

Les différents aspects de la trompe controlatérale sont représentés dans le tableau VII

Tableau VII : Aspect de la trompe controlatérale

Aspect	Nombre de cas	pourcentage
Normal	770	64,6
Adhérences	185	15,6
Inflammation	120	10
Absente	62	5,2
Hydrosalpinx	43	3,6
Hématosalpinx	08	0,6
Endométriose	02	0,2
GEU controlatérale	02	0,2
Total	1 192	100%

La trompe controlatérale a été pathologique chez 422 patientes (35,4%).

6.3.5 Cas particuliers

Nous avons noté :

- 2 cas de grossesses extra-utérines bilatérales (1,7‰) ;
- 2 cas de grossesse extra-utérine et de grossesse intra utérine simultanés (1,7‰) ;
- 1 grossesse extra-utérine sur utérus pseudo-didelphe (0,8‰) ;
- 1 cas de GEU gémellaire (0,8‰).

6.3.5.1 Deux cas de grossesse hétérotopique

1° cas

Madame Y.J, 40 ans, ménagère, 6^{ème} geste, 5^{ème} pare, 5 enfants vivants, avec antécédent d'utérus cicatriciel, consulte dans le service pour douleurs pelviennes. Elle présente un retard de 20 jours. Une première échographie a donné les résultats suivants : GIU avec rupture de kyste ou GEU associée.

Les β hcg étaient à un taux de 8 510 mUI / ml.

Une semaine après, l'échographie de contrôle a conclu à une rétention d'œuf mort. Au vu de ces résultats, on a conclu à une menace d'avortement. Cinq heures après ce diagnostic, elle présenta un tableau d'hémopéritoine avec des signes de choc.

La laparotomie exploratrice a révélé une GEU ampullaire droite rompue.

Une salpingectomie totale fut pratiquée .

2° cas

Madame O.A, 32 ans, 3^{ème} geste, 2^{ème} pare, 2 enfants vivants, est venue consulter pour des douleurs pelviennes et des métrorragies sur aménorrhée de 6 semaines.

L'examen a retrouvé un syndrome d'irritation péritonéal avec une culdocentèse blanche.

L'échographie a mis en évidence un sac ovulaire intra utérin non évolutif , un épanchement liquidien de grande abondance et a conclu à une association d'une GIU avec une GEU rompue.

La laparotomie a mis en évidence une grossesse infundibulaire gauche rompue et un kyste du corps jaune de l'ovaire gauche. Une salpingectomie totale gauche et une kystectomie de l'ovaire gauche ont été pratiquées.

L'AMIU pratiquée en fin d'intervention , ramena des débris ovulaire.

6.3.5.2 GEU sur utérus pseudo-didelphe

Il s'agit d'une patiente de 23 ans, ménagère, 2^{ème} geste, nullipare, 1 avortement spontané chez laquelle la laparotomie a mis en évidence une GEU ampullaire droite rompue sur un utérus pseudo-didelphe.

Une hystérectomie partielle fut pratiquée. Les suites opératoires ont été simples.

6.4 ASPECTS THERAPEUTIQUES

6.4.1 Type d'incision pariétale

La médiane sous ombilicale a été pratiquée chez 919 (77%) patientes.

L'incision de Pfannenstiel a été pratiquée chez 273 (23%) patientes.

6.4.2 Méthodes et types d'intervention

Il a été pratiqué :

- 23 cures de grossesses abdominales (1,9%) ;
- 143 traitements conservateurs (12%) ;
- 1026 traitements radicaux (86,1%) qui ont comporté 02 hystérectomies dont :
 - une hystérectomie partielle pour utérus pseudo didelphe ;
 - une hystérectomie totale chez une patiente de 42 ans avec GEU sur utérus polyfibromateux en nécrobiose.

Selon les cas, l'intervention a été complétée le plus souvent, par une kystectomie ovarienne, une myomectomie, une adhésiolyse, une salpingoplastie controlatérale, ou bien par une appendissectomie.

Le tableau VIII récapitule les méthodes et les types d'intervention réalisés au cours des GEU.

Tableau VIII : Récapitulation des méthodes et types d'intervention réalisés au cours des GEU.

METHODES	TYPES D'INTERVENTION		NOMBRE	%	TOTAL	
					Nombre	%
TRAITEMENT RADICAL	SALPINGECTOMIE	Totale	938	78,7	943	79,1%
		Totale bilatérale	5	0,4		
	ANNEXECTOMIE	Totale	42	3,5	62	5,2%
		Partielle	20	1,7		
	OVARIECTOMIE	Totale	14	1,2	19	1,6%
		Partielle	5	0,4		
	HYSTERECTOMIE	Totale	1	0,1	2	0,2%
		Partielle	1	0,1		
SOUS TOTAL			1026	86,1%	1026	86,1%
TRAITEMENT CONSERVATEUR	CESARIENNE TUBAIRE		29	2,4		
	EXPRESSION TUBAIRE		21	1,8		
	SALPINGECTOMIE PARTIELLE		93	7,8		
SOUS TOTAL			143	12%		
TRAITEMENT DE GROSSESSE ABDOMINALE	EXTRACTION FOETALE		08	0,7		
	DECOLLEMENT PLACENTAIRE		15	1,2		
SOUS TOTAL			23	1,9%		
TOTAL			1 171	100%		

La salpingectomie a été la plus utilisée . Elle a concerné 943 patientes , soit 79.1%. Le traitement radical et la salpingectomie partielle constituaient 93,9% de chirurgie mutilante.

6.4.3 Suites opératoires

Elles ont été simples chez 1 164 (97,7%) patientes, et compliquées chez 28 (2,3%) patientes : il s'agissait de 16 suppurations pariétales et de 12 décès maternels.

6.4.4 Durée de séjour

La durée moyenne de séjour a été de 6,4 jours avec des extrêmes allant de 3 à 39 jours.

6.4.5 Taux de létalité

Nous avons déploré 12 décès, soit un taux de létalité de 1%. Le choc hémorragique était à l'origine de tous les décès. La figure 6 représente l'évolution du taux de décès par GEU.

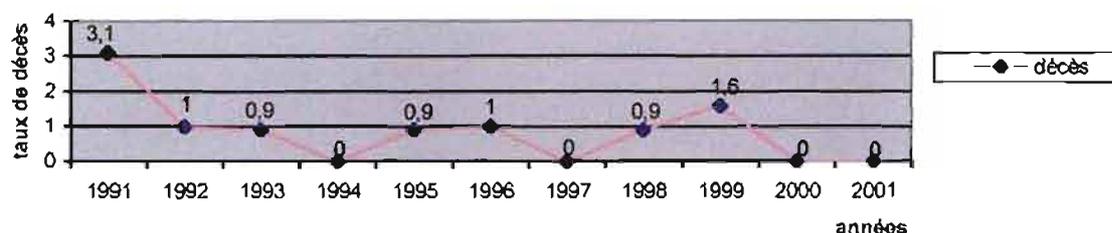


figure 6 :Evolution du taux de décès par GEU de 1991 à 2001.

Seule l'année 1991 avait enregistré un fort taux de décès. Au cours de quatre années non consecutives le taux de décès a été nul (1994, 1997, 2000 et 2001).

6.5 ANALYSE DES FACTEURS ASSOCIES

Les facteurs associés sont résumés dans le tableau IX. Chez 483 femmes (40.5%), aucun facteur associé n'a été retrouvé.

Tableau IX : répartition des facteurs associés de la GEU.

Facteurs associés	Nombre de cas	Fréquences
IST	225	18,9%
Avortements clandestins	270	22,6%
Plastie tubaire	2	0,2%
Contraception orale	60	5 %
DIU	13	1,1%
Stérilité	7	0,6%
Hypofertilité	46	3,9%
GEU	86	7,2%
TOTAL	709	59.5%

Les avortements, les IST, et l'antécédent de GEU étaient les plus constamment associés à la GEU ; leur fréquence cumulée était de 48,7%.

6.6 ETUDE HISTOPATHOLOGIQUE

Nous avons recensé 91 compte-rendus d'anatomo-pathologies (7,6%). Sur les 91 nidations ectopiques, 89 étaient de localisation tubaire soit 97,8 % et 2 de localisation ovarienne soit 2,2 %.

L'histologie a mis en évidence en ce qui concerne la localisation tubaire :

- 15 cas de lésions de salpingite chronique (16,9 %) ;
- 2 lésions de salpingite gravidique oblitérantes (2,2%) ;
- 2 cas de lésions de bilharziose tubaire associée à la grossesse extra-utérine (2,2%) ;
- 2 lésions tubaires inflammatoires non spécifiques (2,2%) ;
- 1 kyste du mesosalpinx associé à une grossesse tubaire (1,1%) ;
- 1 tuberculose tubaire (1,1%).

COMMENTAIRE ET DISCUSSION

7 COMMENTAIRE ET DISCUSSION

7.1 LIMITES ET CONTRAINTES

L'étude, dans sa composante rétrospective, présente des limites inhérentes à toute étude de ce type :

- informations anamnestiques incomplètes ;
- explorations para cliniques non exhaustives ;
- difficultés d'accès à l'information statistique et inexistences d'information statistique de référence .

Il nous a été très difficile, en ce qui concerne cette dernière limite, de connaître le nombre d'accouchements et de naissances vivantes sur la période d'étude.

7.2 FREQUENCE

7.2.1 La fréquence globale

Dans notre étude, la fréquence de la GEU est de 4,5 ‰ par rapport aux naissances vivantes et de 4,4 ‰ par rapport aux accouchements, soit une GEU pour 227 accouchements à Ouagadougou.

Une étude faite aux Etats-Unis en 1970, [58] montrait un taux de 4,5 pour mille accouchements et de 4,8 pour mille naissances vivantes. En 1986, ces taux étaient respectivement de 14,3 et 19,7 ‰ ,d'après les données du US center of diseases control [58].

Solofianiaina et Coll à Nosy Be (Madagascar) [55], trouvaient une fréquence de 28,06 ‰ en 1997.

Notre fréquence est inférieure à celles trouvée aux Etats-Unis en 1986 et à Nosy Be (Madagascar) en 1997. Aux Etats-Unis, il existe une surveillance des GEU , une meilleure prise de conscience des femmes sur cette affection et une amélioration des techniques de diagnostic permettant ainsi de mieux notifier les cas de GEU. Quant à Nosy Be, il s'agit d'une petite île qui comptait 40 000 habitants où beaucoup de femmes accouchaient à domicile [55]. Cette situation pourrait expliquer ce fort taux de GEU.

Cette fréquence de la GEU à Ouagadougou est plus proche de celle des Etats-Unis il y a trois décennies (1970). Pour un pays en développement comme le nôtre , cette fréquence de la GEU à Ouagadougou nous semble très élevée et ce d'autant plus que l'absence de maternité dans le contexte africain et plus particulièrement dans celui du Burkina faso, est un véritable calvaire pour la femme.

7.2.2 Fréquence au CHNYO

La plupart de nos patientes ont été recrutées au CHNYO. Elles représentaient 94,3 %.

Dans notre étude, la fréquence de la GEU au CHNYO était de 3 % par rapport aux accouchements. Ce taux a presque doublé d'une décennie à l'autre. Nacoulma [40] trouvait dans le même service, de 1985 à 1988, une fréquence de 1,69% par rapport aux accouchements.

La fréquence obtenue par notre étude au CHNYO, est très élevée par rapport à des séries hospitalières européennes. Ainsi trouvaient :

- Traina et coll., en Italie [57] : 1,05%
- Coste et coll., en France [13] : 2,00%
- Irvine et coll., à Londres [22] : 1,6% en 1999

En Afrique, par rapport à certaines séries hospitalières , nous nous référons à :

- Perin et coll., au Benin [46] : 4,57% en 1997
- Solofiniaina et coll., à Nosy Be (Madagascar) [55] : 2,80% en 1997
- Picaud et coll., [47] au Gabon 2,27 % en 1989

Cette recrudescence de la GEU trouverait son explication par le fait que le nombre des avortements provoqués clandestins est en augmentation avec leur corollaire d'infections génitales entraînant des lésions tubaires non spécifiques, perturbant le flux migratoire tubaire. En plus, les IST, du fait de leurs caractères souvent asymptomatiques, ne sont guère préoccupants pour la plupart des femmes.

7.2.3 Caractéristiques socio-démographiques de la population d'étude

7.2.3.1 Age

Dans notre étude, l'âge moyen était de 24 ans. La GEU prédominant dans la classe d'âge de 22 à 33 ans.

L'âge moyen des patients dans notre série est proche de celui de Nacoulma [40] qui trouvait dans le même service en 1990, un âge moyen de 25 ans avec une prédominance dans la classe d'âge de 20-30 ans. Solofianiaina, à Madagascar [55], trouvait un âge moyen de 27 ans avec une prédominance de la GEU entre 21-30 ans. Archibong [4], en Arabie saoudite, trouvait un âge moyen de 27,9 ans ; la GEU étant plus fréquente entre 21-30 ans.

En revanche, en Europe, la GEU prédomine dans des classes d'âge plus élevées.

Caputo [10] en Italie, situe une fréquence maximale entre 30-40 ans.

Coste [13] en France, situe une fréquence maximale après 35 ans.

Aux Etats-Unis, les taux les plus élevées ont été relevés chez des femmes de 30 ans et plus.

Ceci s'explique par le fait que les femmes européennes plus préoccupées par le monde du travail, retardent leur maternité. Mais en Afrique et plus particulièrement chez nous au Burkina Faso le travail de la femme ne constitue pas un frein à la maternité au mieux les enfants pourraient la décharger de ses multiples et durs travaux. En somme les différences culturelles expliquent mieux le fait que la GEU en Afrique prédomine dans des classes d'âge moins élevés par rapport aux séries européennes.

7.2.3.2 Nombre de geste et nombre de pare

Nous remarquons que 20,5% de grossesses extra-utérines sont survenues à la première grossesse.

La distribution de la fréquence de la grossesse extra utérine, selon le nombre de gestes, montre que les paucigestes étaient les plus concernées. Elles représentaient 43,6% des opérées.

La fréquence de la GEU diminue ensuite chez les multigestes. Ce qui rejoint l'avis de Lansac et Ghikitch cités par Nacoulma [40] selon lequel la GEU est plus fréquente à la deuxième grossesse, pour ensuite diminuer en sens inverse du nombre de gestes. La répartition de la

grossesse extra utérine par rapport à la parité montre que celle-ci est plus fréquente chez les nullipares, les primipares et les paucipares. Elles sont les plus jeunes et sont donc plus exposées aux facteurs de risque.

7.3 ETUDE CLINIQUE ET PARACLINIQUE

7.3.1 clinique

En dehors des tableaux d'hémopéritoine, la symptomatologie fonctionnelle à été dominée par la triade douleurs pelviennes (97,6%), métrorragies (70,8%), aménorrhée (63,5 %).

Plusieurs auteurs retrouvaient cette triade classique :

Nko et coll., [43] au Cameroun, trouvaient 88% de douleurs pelviennes , 72% de métrorragies , 84% d'aménorrhée.

Bamouni et coll., [5] à Bobo-Dioulasso, trouvait 94,8 % de douleurs pelviennes , 56% de métrorragies et 70,4% d'aménorrhée.

Les signes sympathiques ne sont présents que dans 33,8% des cas tandis que la masse latéro-utérine n'apparaît que chez 27,5% des cas.

Chacun de ces signes apparaît associé à 1 ou plusieurs autres signes. Seule la douleur pelvienne est apparue de façon isolée dans 3,6% des cas.

7.3.2 Paraclinique

7.3.2.1 L'échographie

L'échographie a été réalisée chez 47,5 % des patientes par voie sus pubienne. Ce faible taux s'explique par :

- la situation d'extrême urgence : 90,3% de nos patientes sont arrivées au stade de la rupture cataclysmique ;
- le coût élevé de l'échographie ;
- les urgences nocturnes ne peuvent en bénéficier car les échographes publiques ou privés ne sont pas disponibles au-delà d'une certaine heure (19 heures –20 heures)

L'échographie a contribué au diagnostic dans 78,2% en montrant (confère Iconographies patiente B et D) :

- un utérus vide ou contenant des échos diffus ;
- une masse latéro-utérine
- une collection du douglas ;
- un sac ovulaire extra-utérin .

Ce taux se rapproche aux 80-90% rapportés par Popp [48] à Hambourg. L'absence d'échographie endovaginale ne permet pas, contrairement aux pays développés, le diagnostic ultra précoce de la GEU car celle-ci montre les images avec 5 jours d'avance par rapport à l'échographie par voie sus pubienne [46].

7.3.2.2 La culdocentèse

Dans notre série, la culdocentèse était positive dans 76,3% des cas.

Diallo au Niger [17], sur une courte série, trouvait 95% de culdocentèses positives. Notre pourcentage de culdocentèses positives est plus proche de celui de Perin et coll. [46] qui trouvaient 74%.

Dans 23,7% des cas, la culdocentèse était négative. Il s'agissait soit de GEU non rompues, de GEU fissurées, de GEU en avortement tubo-abdominale ou de GEU enkystées et remaniées.

Lansac [28] trouvait 20 à 28% de culdocentèses négatives. En revanches la culdocentèse n'a pas été effectuée dans 25,5 % des cas. Il s'agissait de patientes chez lesquelles l'échographie avait fortement suspecté le diagnostic.

La culdocentèse reste la méthode diagnostique la plus utilisée dans notre contexte.

7.3.2.3 Les tests biologiques

Dans 100% des cas, le dosage de β HCG sériques était en faveur d'une grossesse, mais ceci concernait seulement 28 patientes à cause de son coût élevé et du fait qu'il n'est réalisé que dans les laboratoires privés.

Le TIG a été réalisé chez 11 % des patientes et a été positif dans 88,5 % des cas.

Dans notre contexte, nous rejoignons BAMOUNI [5] pour dire que le TIG urinaire constitue un argument supplémentaire dans le sens du diagnostic de la grossesse et non un élément déterminant de la GEU.

7.4 FACTEURS ASSOCIES

Certains facteurs de risque associés décrits dans la littérature ont également été retrouvés dans notre étude.

Nos facteurs associés étaient dominés par les avortements provoqués clandestins (22,6 %) ; les IST (18,9 %) et les antécédents de GEU (7,2%). Bamouni à Bobo-Dioulasso, [5] trouvait 31,6 % d'antécédents d'avortement provoqués , 6,3% de récurrences de GEU.

L'âge compris entre 22- 33 ans est également un facteur associé.

Aux Etats-Unis [19], les facteurs associés sont plutôt dominés par une histoire d'infertilité (35%) , les antécédents de chirurgie tubaire (38%).

En France, Coste [13] après les complications des IST (en particulier l'infection à chlamydia), incrimine le tabagisme avec un odd ratio de 1,7 à 2 selon la quantité fumée. Suit l'induction de l'ovulation par le clomifène.

Nous n'avons retrouvé aucun résultat de sérologie à chlamydia dans nos dossiers, mais quand nous nous référons à Muteganya [38] au Burundi, 75% des patientes ayant présenté une grossesse extra-utérine, ont une sérologie à chlamydia positive. Dubuisson cité par Muteganya [38] en trouvait 65,5%.

Dans l'histoire contraceptive de nos patientes, nous retrouvons un taux d'utilisation de 5% pour les contraceptifs oraux et 1,1 % pour le DIU.

Selon Spira [39], les résultats concernant l'histoire contraceptive montrent qu'un antécédent de prise de pilule œstroprogestative n'augmente pas le risque de GEU alors que l'utilisation antérieure d'un stérilet est associée à une légère augmentation non significative du risque.

Parmi nos cas de stérilité (0,6%) et d'hypofertilité (3,9 %), nous n'avons pas recherché les patientes qui avaient fait l'objet d'un traitement au clomifène.

En considérant l'antécédent de GEU comme séquelles d'infection tubaire, 49,5 % de nos GEU trouvent leurs explications dans le seul fait de l'infection tubaire.

Il est donc possible de réduire le taux de GEU car les avortements provoqués clandestins et les IST sont des facteurs modifiables par la prévention et la sensibilisation. L'infection génitale doit être systématiquement recherchée lors de toute consultation gynécologique.

Les IST partagent avec les suites de couches non surveillées, la responsabilité des lésions tubaires. Ce qui pourrait expliquer le nombre d'accouchements antérieurs supérieur à deux [11].

7.5 FORMES ANATOMIQUES ET CONSTATATIONS PER OPERATOIRES

7.5.1 Fréquence de la rupture

Dans notre série, 90,4% des GEU étaient rompues. Ces chiffres rejoignent ceux de séries africaines. En effet, Woto Gaye et coll., [59] à Dakar trouvaient 90% de ruptures, Bamouni et coll. [5] à Bobo, trouvaient 90,6% de ruptures, Diallo et coll. [16] à Conakry, en trouvaient 95%.

Dans les pays médicalement plus avancés, le taux de rupture est moindre. Sobande [54] en Arabie saoudite, trouvait 46 % de GEU rompues. En France, le taux de rupture est de 45% [5]

Cette différence s'explique par le retard de diagnostic. En illustration, MERTZ et coll. [34] en Virginie (USA), en comparant deux méthodes de diagnostic ont montré que 3,3 % de patientes avaient une rupture lorsque la GEU était diagnostiquée plus tôt. Chez l'autre groupe dont le diagnostic était plus tardif, ils ont observé 23% de GEU rompues.

Chez nous, les raisons du retard diagnostic sont surtout imputables à la pauvreté, à l'ignorance des gestantes et au manque d'informations médicales : la totalité des récidives de GEU sont revenues au stade de rupture. Pourtant, ces femmes devraient être les premières à consulter lors de toute grossesse ultérieure.

Notre pourcentage de ruptures, même s'il concorde avec ceux des auteurs africains, reste néanmoins très élevé car ces ruptures de GEU sont sanctionnées par une chirurgie non conservatrice qui, le plus souvent, réduit considérablement les chances de grossesses futures.

Le dosage des β HCG couplé à l'échographie est difficilement réalisable chez nous du seul fait des contraintes financières rendant le diagnostic précoce difficile. Nous sommes de ce fait, d'avis avec Lankoandé et coll [27] pour qui, seule une sensibilisation de la population des femmes en âge de procréer, sur la nécessité de consulter précocement en cas d'aménorrhée,

de douleur pelvienne ou de métrorragies permettra d'opérer ces femmes avant le stade des complications hémorragiques.

7.5.2 Siège

Nous avons retrouvé 94,3 % de localisation tubaire. Robert en trouve 95% [47]; Lansac 98% [28].

La localisation ampullaire est la plus fréquente, soit 67,9% de nos cas. Solofianiana [55] trouvait 66% de localisation ampullaire, Moreau [36], et Bamouni [5] en trouvaient respectivement 73,45% et 61,5%.

La localisation abdominale(Iconographies patiente C) est observée dans 1,9 % dans notre série. Perin [46] trouvait 1,5% et Diallo à Conakry [16] 1,6 % de localisation abdominale.

La localisation ovarienne (Iconographies patiente A) est observé dans 3.8% dans notre serie. Cette localisation n'est pas aussi rare comme le disait Sebban [51] (moins de 1%).

LanKoandé à Ouagadougou retrouvait en 1995 une fréquence de 5,1% pour la localisation Ovarienne.

7.5.3 Etude de la trompe controlatérale

L'état de la trompe controlatérale est un des éléments déterminants de la fertilité ultérieure. Chez 64,6% de nos patientes opérées, la trompe controlatérale était normale, absente chez 5,2%. Deux trompes controlatérales (0,2%) étaient porteuses de GEU. La trompe controlatérale était pathologique chez 422 patientes (35,4%).

Parmi les trompes controlatérales pathologiques ; 42.6% (180) présentaient des adhérences . Ce taux se rapproche de celui trouvé par Picaud [47] à Libreville 54,3% .

28,4% (120) trompes étaient inflammatoires . Ce taux se rapproche de celui de Solofianiana [55] à Madagascar, qui trouvait 44% de trompes inflammatoires.

L'hydrosalpinx a été retrouvé chez 43 patientes(10,2%) . Solofianiana toujours à Madagascar [55], en trouvait 8%. Deux patientes (0,5%) présentaient une endométriose, ce taux étant identique à celui de Picaud [47] à Libreville 0,5%.

7.5.4 Les GEU bilatérales

La fréquence de la GEU bilatérale représente 1,7 pour mille GEU dans notre série.

La GEU bilatérale est une éventualité rare. Dans tous les cas, cette éventualité est un des aspects qui imposent la nécessité de l'examen de la trompe controlatérale ; mieux de tout le pelvis. Nous avons retrouvé dans la mesure de la littérature dont nous avons disposé, un cas de GEU bilatérale après un transfert d'embryon [25].

7.5.5 Les grossesses hétérotopiques

La fréquence de la grossesse hétérotopique est de 1,7 pour mille GEU dans notre étude.

Akpadza et coll. [2], ont décrit un cas de GEU et GIU simultanées sur DIU et situaient la fréquence à 1 cas pour 10 185 grossesses. Levy et coll., cités par Akpadza [2], trouvaient dans une revue de la littérature sur les grossesses hétérotopiques, une fréquence d'environ 1 cas pour 10 000 grossesses. Lansac [28] trouvait une fréquence de 1 cas pour 30 000 grossesses.

Archibong [4], dans sa série, trouvait 3 grossesses hétérotopiques sur 82 GEU.

Toujours selon Levy et coll. cités par Akpadza [2], l'étiopathogénie de la grossesse hétérotopique serait due à l'induction de l'ovulation et aux infections pelviennes. Or nous n'avons pas retrouvé une notion d'induction de l'ovulation dans nos deux cas.

7.6 ETUDE HISTOPATHOLOGIQUE

L'examen histopathologique n'a été réalisé que chez 91 patientes, soit 7,6% des cas. L'histologie a permis de montrer que 97,8 % des nidations ectopiques étaient tubaires. Cazenave [11] trouvait 94% de localisation tubaire, Lansac [28] en trouvait 98 %.

L'histologie a retrouvé 19,1 % de lésions de salpingite chronique.

Picaud [47] à Libreville, trouvait 25,1% de lésions de salpingite chronique avec un nombre de pièces étudiées 4 fois plus important.

Ces chiffres sont inférieurs à ceux de Nacoulma [40] qui trouvait en 1990, 65 % de lésions de salpingite chronique. Ce qui pourrait s'expliquer par les campagnes massives de prévention dans la lutte contre les IST /SIDA.

Nous avons trouvé 2,2 % de lésions de bilharziose tubaire associées à la GEU.

Woto Gaye et coll. [59] à Dakar, trouvaient 3% de bilharziose tubaire associées à la GEU. Picaud et coll., [47] à Libreville l'estimaient à 0,5 %.

Nous nous rallions à Woto Gaye pour dire que cette fréquence est vraisemblablement sous estimée et qu'une étude épidémiologique dans les zones de forte endémicité, serait souhaitable.

Ailleurs, le seul cas de tuberculose tubaire que l'histologie a révélé nous conforte davantage sur la nécessité de l'examen histologique de toute pièce de GEU. Ceci est d'autant nécessaire que l'histologie contribue non seulement à la recherche étiologique, mais permet également d'orienter la prise en charge thérapeutique car bilharziose et tuberculose sont justifiables d'un traitement spécifique.

7.7 PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

La chirurgie radicale et la salpingectomie partielle constituent à elles seules, 93,9% de chirurgie mutilante. Cela constitue un fort taux de mutilations tubaires que nous retrouvons chez plusieurs auteurs africains. Perin [46] trouvait 94,1% de chirurgie mutilante; Diallo [17] en trouvait 97%.

La chirurgie conservatrice et salvatrice de la fertilité ultérieure n'a été réalisée que dans 4,2% des cas (césariennes et expressions tubaires).

L'absence de diagnostic précoce et les tableaux de ruptures sont sans espoir pour la chirurgie conservatrice. Aujourd'hui, le diagnostic précoce doit être un impératif pour tous, car l'absence de maternité est un calvaire pour la femme africaine.

7.8 TAUX DE DECES

Le taux de décès dans notre série est de 1 %. Nacoulma [40], sur 3 ans, n'a constaté aucun décès ; Diallo à Conakry [16], n'a constaté aucun décès sur 1 an ; Moreau à Dakar [36], constatait 2,65% de décès. Dans notre série, le taux de décès serait moindre si, en dehors de l'absence de diagnostic précoce, la maternité du CHNYO avait à sa disposition, du sang en permanence pour la réanimation. Et cela d'autant plus que toutes les patientes décédées sont mortes dans un tableau de choc hypovolémique du fait de l'hémorragie due à la rupture de leurs grossesses extra-utérines.

7.9 EVOLUTION

L'évolution de la fréquence annuelle des GEU à Ouagadougou, au cours de notre période d'étude, est stable. Cette stabilité est observée par rapport aux naissances vivantes, aux accouchements et aux femmes en âge de procréer.

Cette stabilité pourrait être le bénéfice des campagnes massives d'information, de sensibilisation et d'éducation en matière des IST/SIDA au cours de cette dernière décennie.

En effet, la pandémie du VIH/SIDA a dicté un comportement nouveau, un changement dans les mœurs. Cela a certainement limité le nombre d'infections utéro-annexielles responsables des grossesses ectopiques.

Cette stabilité est également rapportée en France par L'INSERM, après quatre années d'enregistrement à partir du registre des grossesses extra-utérines d'Auvergne.

**CONCLUSION
ET
SUGGESTIONS**

8 CONCLUSION

Au terme de cette étude sur les aspects épidémiologiques, cliniques, et thérapeutiques de la GEU à Ouagadougou, les constatations suivantes s'imposent :

- L'évolution de la fréquence annuelle de la GEU est stable.
- Le profil épidémiologique de la femme à risque de GEU est celui d'une femme jeune de 24 ans nullipare et chez laquelle on retrouve des antécédents d'avortements provoqués clandestins, d'IST, de GEU ou une femme ayant une histoire d'infertilité.
- La GEU est encore diagnostiquée au stade ultime : celui de la rupture cataclysmique.
- La sanction de la GEU à Ouagadougou a été la chirurgie radicale.
- Plusieurs pièces enlevées ne sont pas envoyées à l'anatomopathologiste.

C'est en augmentant nos performances dans le diagnostic précoce et le traitement qu'à l'instar des femmes des pays médicalement avancés, les nôtres pourront bénéficier des avantages du traitement médical de la GEU et de la coelochirurgie.

Ces constatations nous imposent les suggestions suivantes :

9 SUGGESTIONS

AUX PRATICIENS

- La traque contre l'infection génitale doit être le quotidien de tous.
- Il faut avoir à l'esprit que les suites de couches mal suivies sont également de grandes pourvoyeuses d'infections tubaires.
- L'examen histopathologique de toute pièce de GEU devrait être systématique

AUX CHERCHEURS

Il faudra :

- Elaborer des protocoles de recherche sur les facteurs étiologiques de la GEU dans notre contexte.
- Suivre l'évolution de l'incidence des grossesses extra-utérines
- Etudier la fertilité ultérieure des femmes opérées pour GEU

AUX AUTORITES SANITAIRES

Aujourd'hui, le diagnostic précoce de la GEU est possible. Nos autorités se doivent d'aider les praticiens dans le cadre du diagnostic précoce de cette affection. Aussi devraient –elles :

- Prendre des mesures facilitant le dosage de la fraction β de L'HCG. Nous pensons que le laboratoire national de santé publique devrait pouvoir jouer ce rôle.
- Rendre l'échographie pelvienne accessible à toutes les femmes.
- Doter le CHN YO, centre de référence, de formation et de recherche, d'une unité de coeliochirurgie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

10 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ADOTI F., DE FREJACQUES C., JAUSSOIN D., AL ATASSI R., CRMAIL P., BONHOMME J. Etude épidémiologique et anatomo-clinique des grossesses extra-utérines : à propos de 316 cas. *Gynécol ;1989 ; 40 ;(5) : 391-396.*
2. AKPADZA K., KOTOR K.T., BAETA S. Grossesse intra-utérine et grossesse extra-utérine simultanées sur dispositif intra-utérin inerte : un cas. *Rev fr Gynécol Obstét, 1996, 90, (7-9) : 360-61*
3. AKPADZA K., KOTOR K.T. , BAETA S. Grossesse extra-utérine sur dispositif intra utérins(à propos d'un cas). *Med Afr noire 1993 ,40 (11) : 685-687.*
4. ARCHIBONG EI , SOBANDE AA. Ectopic pregnancy in Abha, Saudi Arabia.A continuing conumdrum. *Saudi Med J, 2000; 21:330-4*
5. BAMOUNI Y.A. , DAO B.,BAZIE A.J. ,YARA J.P. ,TAOKO A. Place de l'échographie dans le diagnostic des grossesses extra-utérines(GEU) au CHNSS. *Med Afr noire 1997 ,44,(4) : 233-237.*
6. BAUDET JH. Obstétrique pratique . *Maloine ed 1990 : 97-102.*
7. BOCO V. , AKPOVI J., TAKPARA I.,LATONDJI M.C . ,LANTOKPOD J.C. , PERRIN R. Intérêt de l'échographie dans les métrorragies du premier trimestre de la grossesse. *Med Afr noire 1997 ,44,(2) : 97-100.*
8. BONATZ G., LEHMANN-WILLEMBROCK E., KUNSTMANN P., SEMM I., HEDDERICH J., SEMM K. Management of patients with persistent beta -hCG values following laparoscopic surgical and local drug treatment for ectopic pregnancy. *Int J Gyneacol Obstet,1994; 47:33-8.*
9. BOUYER J., JOB SPIRA N., POULY JL., GERMAIN E., COSTE J., AUBLET CUVELIER B., FERNANDEZ H. Fertilité après grossesse extra-utérine .Résultats des trois premières années de registre d'Auvergne. *Contracep Fertil Sex,1996 24 (6) : 475-48.*
10. CAPUTO S.,BONESSIO L., CIARDO A.,SALVI M., SPINA V. Etiology and epidemiology of extrauterine pregnancy. Universita degli studi di Roma ;Italia. *Clin ter ,2000; 151:399-403.*

11. CAZAENAVE JC., BIANCHI G., MACKOUMBOU A. , BELIER L. , DESTANNE DE BERNIS , SUPPINI A. Les inflammations tubaires non spécifiques ,causes des trois-quarts des grossesses extra-utérines en Afrique inter-tropicale. *Med Afr noire* 1987,34,(10) : 820-829.
12. COLAU JC. Eléments du diagnostic et conduite à tenir devant une grossesse extra-utérine. *Rev Méd pratique*,1975, (24) :1680-1683.
13. COSTE J.,BOUYER J.,JOB SPIRA N. Epidémiologie de la grossesse extra-utérine: incidence et facteurs de risque. *Contraception, fertilité, sexualité* ,1996 ; 24 ; (2) : 135-139.
14. CRISTALLI B. ,LANDOWSKI P. ,BOUQUET DE JOLINIERE J. Intérêt et avantage de la coelochirurgie dans le traitement de la grossesse extra-utérine. *Ann Chir* 1990,44 (5) : 396-400.
15. DARAI E. ,SITBON D. ,BENIFLA JL. Indication actuelle du traitement médical de la grossesse extra-utérine. *Rev fr Gynécol Obstét*, 1996, 90,(12) : 552-57.
16. DIALLO FB., DIALLO A.B, DIALLO T.S, CAMARA A.Y, BALDEM A. , DIALLO Y., DIALLO M.S. Grossesse extra-utérine (GEU) ; aspects épidémiologiques et thérapeutique au service de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen de Conakry. *Med Afr noire*, 1999, 46 (10) : 442-45.
17. DIALLO FB., IDI N.,VANGEENDERHUYSEN C, TAHIROU ALM.,BARAKA D., HADIZA I., SAHABI, GARBA M. , LABO I. La grossesse extra-utérine(GEU) à la maternité centrale de Niamey(Niger). *Med Afr noire* 1998, 45,(6) : 365-369.
18. DUBUISSON JB., CHAPRON C., MORICE P., DE GAYFFIER A., MOUELHI T. Radical laparoscopic surgery of ectopic pregnancy : results from a continuous series of 383 interventions. *Contracept fertil. sex* ,1996; 24 :140-6.
19. GARRETT AM., VUKOV LF. Risk factors for ectopic pregnancy in a rural population. Mayo clinic and Mayo foundation, Rochester, Minnesota, USA. *Fam med*, 1996; 28 : 111-3.
20. GIRAUD J.R. ;TOURNAIRE M. Surveillance et thérapeutique obstétricale.*Masson Ed. Paris* 1993 :128-134.
21. GOYAUX N.,CALVEZ T.,YACE SOUMAH F., WELFENS EKRA C.,FAYE O., DE BERNIS L., DIADHIOU F.,GOUFODJI M., ALIHONOU E.,CARRE N., THONNEAU P.

- Complications obstétricales du premier trimestre en Afrique de l'Ouest. *J. Gynecol-obstet, biol. Reprod* ; 1998 ;. 27 (7) : 702-707.
22. IRVINE LM ., SETCHELL ME. Declining incidence of ectopic pregnancy in a UK city health district between 1990 and 1999. *Hum Reprod* , 2001;16 : 2230-4.
 23. KAMINA P. Anatomie gynécologique et obstétricale . *Maloine Ed. 1994* : 273-290.
 24. KJELLBERG L. , LALOS A. ,LALOS O. Reproductive outcome after surgical treatment of ectopic pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* ,2000; 49 :227-30.
 25. KLIPSTEIN S.,OSKOWITZ SP. Bilateral ectopic pregnancy after transfer of two embryos. *Fertile steril* ,2000 ; 74: 887-8.
 26. KOUAM L. ,KANDOM MOYO J. ,ESSAME JL. Fertility after chronic, undiagnosed, ectopic pregnancy. A case observed during a myomectomy. *Contracept fertil sex* ,1995; 23 : 407-10.
 27. LANKOANDE J., OUEDRAOGO C.M.R., OUEDRAOGO A., SANOU J ET COLL. Aspects particuliers de la grossesse extra-utérine en milieu africain. A propos de 124 observations en 1995 à Ouagadougou. *Burkina Méd*, 1998 ,2 ;(1) : 27-30
 28. LANSAC J. ; LECOMPTE P. Gynécologie pour le praticien. *Simep Ed. Paris,1994:154-66.*
 29. LH ILOKI., JR IBARA., R. KOUBAKA.,C. ITOUA. La grossesse cervicale: diagnostic échographique et prise en charge; a propos d'un cas. *Med afr noire* : 2000, 47 ;(3) :172-174.
 30. LUCIANO AA., ROY G., SOLIMA E. Ectopic pregnancy from surgical emergency to medical management. *Ann N Y Acad Sci* , 2001 ; 943: 235-54.
 31. MADELENAT P. Grossesse extra-utérine. *Rev méd* ;1977, (28-29) : 1401-1412.
 32. MAGNIN P. ; GARNIER R., DARGENT D. Grossesse normale et pathologique. *Baillière JB et Fils ed Paris 1970*, 214-29.
 33. MERGER R. ; LEVY J. ; MELCHIN J. Précis d'obstétrique. *Masson Ed. Paris 1993* :237-44.
 34. MERTZ HL., YALCINKAYA TM. Early diagnosis of ectopic pregnancy. Does use of a strict algorithm decrease the incidence of tubal rupture? *J Reprod Med*, 2001; 46 (1) : 29-23.
 35. Ministère de l'économie et des finances. INSD. Enquête démographique de santé. *Rapport préliminaire Burkina Faso .1998-1999* :45.

36. MOREAU JC., RUPARI L., DIONNE P., DIOUF A., DIOUF F., BOYE CS., WOTO GAYE G., MENDES V., BAH MD., DIADHIOU F., et al. Epidemiological and anatomoclinical features of extra-uterine pregnancies at the Dakar university Hospital Center *Dakar Med* 1995;40:175-9.
37. MOUNANGA M., KOGOU BOUTAMBA B., AWASSI N'DOUONO A., ZINSOU RD. La grossesse extra-utérine : étude de 95 cas. *Med Afr noire* ; 1986 ; 33 ; (3) : 171-179.
38. MUTEGANYA D., NAKINTUE R., MUHIRWA G. Rôle du chlamydia trachomatis dans les infections utéro-annexielles ou leurs séquelles au CHU de Kamengue (Bujumbura-Burundi) : à propos de 82 cas. *Med Afr noire* 1997, 44, (1) 6-9.
39. N SPIRA JOB N., COLLET P., COSTE., BREMOND A., LAUMON B., Facteurs de risque de la grossesse extra-utérine; résultat d'une enquête cas -témoins dans la région Rhône-Alpes. *Contracept fertil. sex* 1993 21 (4) : 307-312.
40. NACOUUMA M. La grossesse extra-utérine à l'hôpital Yalgado Ouedraogo (à propos de 222 cas) . *Thèse médecine : Ouagadougou* 1990 ; 66 pages.
41. NAOURI M., PENEHOAT G., MADELENAT P. Traitement médical de la grossesse extra-utérine par methotrexate. *Rev fr Gynécol Obstét*, 1991, 86, (11) 653-657.
42. NAPON A.M. Mortalité maternelle dans l'agglomération de Ouagadougou de 1990 à 1994. *Thèse médecine : Ouagadougou* 1996 ; 79 pages.
43. NKO'O A.S., BIWOLE M., KASIA JM., SHASHA W., ESSANE JL., OYONO E., KAMDOM M.J., DOH A., EDZOA T. Ectopic pregnancy in tropical climate. An ultrasonographic study of 93 consecutive cases. *J Radiol*, 1993 ; 74 (11) : 589-92..
44. PATRICK THONNEAU., YOLANDE HIJAZI., NATHALIE GOYAU., THIERRY CALVEZ., NAMORY KEITA. Ectopic pregnancy in Conakry, Guinea. *Bulletin of the World Health Organisation* 2002, 80;(5):365-369.
45. PAUL BONCOUR BERNOUX A. Etude de la fertilité après grossesse extra-utérine à partir des données d'un registre. *Thèse médecine : Paris* 1998.
46. PERIN RENE, BOCO VICENTA, BILONGO BERNARD, AKPOVI JEAN, ALIHONOU EUSEBE. Prise en charge de la grossesse extra-utérine à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique de Cotonou (Benin). *Cahier de santé*, 1997 ; 7 : 19-23.

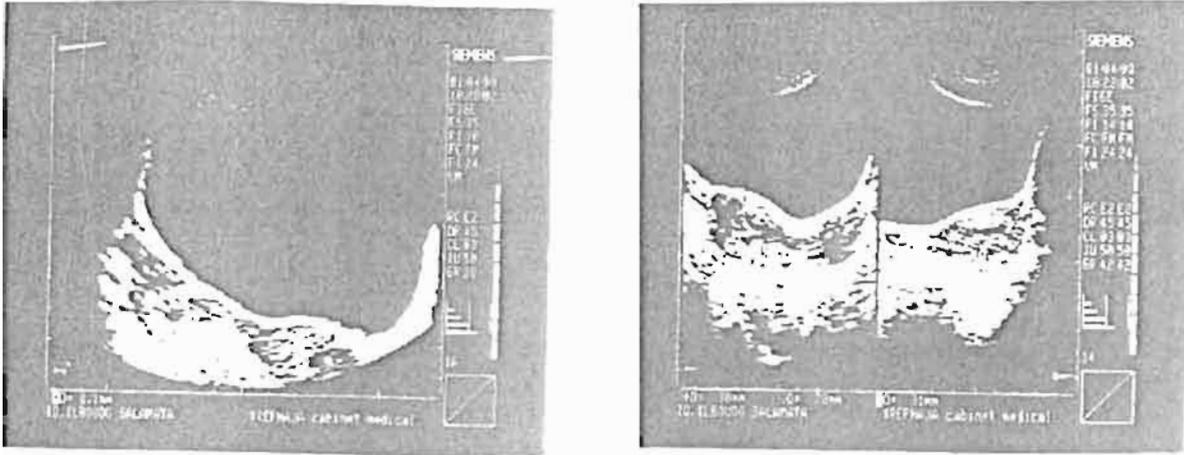
47. **PICAUD A., NLOME-NZE AR., FAYE A., COUVAYE V., KPODAR D., OUZOUAKI F., NIKILI MT., SALEH S.** Evolution de la fréquence de la grossesse extra-utérine à Libreville (Gabon) de 1977 à 1989. *Med Afr noire* 1992,39,(12) : 798-802.
48. **POPP LW., COLDITZ A.,GAETJE R.** Diagnosis of intrauterine and ectopic pregnancy at 5-7 postmenstrual weeks. *Int J Gyneacol Obstet* ,1994; 44:33-8.
49. **ROBERT H.G. ,PALMER R. , BOURY HELLER., COHEN J.** Précis de gynécologie. *Masson Ed. Paris* 1979, 273-87.
50. **SAADA M. ,JOB SPIRA N. , BOUYER J., FERNANDEZ H.,GERMAIN E.,POULY JL.** La récurrence de GEU : rôle des antécédents gynéco-obstétricaux, contraceptifs et du tabagisme . *Contracep, fertil, sex* ,1997 ;vol 25 ;n°6 ,457-462..
51. **SEBAN E, SITBON D, BENIFLA JL, RENOLLEAU C, DARAI E, MADELENAT P** Grossesse extra-utérine. *Encyclo Med Chir, Gynécologie/Obstétrique*, 5-032-A-30 1996,13 p.
52. **SEMCZUK M., SZYMANSKI CZ.** Salpingitis and tubal pregnancy in patients treated at the first clinic of surgical Gynecology in Lublin between the years 1978-1988. *Ginekol pol*,1994; 65 :129-35.
53. **SILVA PD.,SCHAPER AM, ROONEY B.** Reproductive outcome after 143 laparoscopic procedure for ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol.*,1993 ; 81 : 710-5.
54. **SOBANDE AA.** Factors influencing reproductive performance following previous ectopic pregnancy. *Saudi Med J*, 2000; 21 :1130-4.
55. **SOLOFONIAINA RATINAHIRANA , PIERRE-VICTOR RAZNAMPARANY, HUBERT RADANIARISON ,EDMOND RATSIMANOHATRA, GEORGES RAKOTOZAFY.** Aspects actuels de la grossesse extra-utérine à Nosy-Be (Madagascar), de novembre 1993 à février 1995. *Cahier de santé* ,1997 ;7 :201-3.
56. **THIERRY DE LARUE.** Grossesse intra-utérine et grossesse extra-utérine simultanées sur dispositif intra-utérin inerte. *Rev fr Gynécol Obstét*, 1996, 90, (12) : 560.
57. **TRAINA V. ,MALVASI A.,TOTARO P.,PUTIGNANO G.,CRAMAROSSA D.** Incidence of ectopic pregnancy at the 1st clinic of Obstetrics and Gynecology of Bari during the past 10 years. Clinico-statistical considerations. *Minerva Ginecol* ,1991; 43: 287-92.

58. US Center of Disease Control-Morbidity and mortality. *Weekly report*,1989, 38 (27) : 177-79.
59. WOTO GAYE G. ,MOREAU JC., MENDES V. ,BOYE CS., RUPARI L. , DIADHIOU F., NDIAYE PD. Grossesse extra-utérine et bilharziose tubaire au Sénégal. *Med Afr noire* ,2000 , 47 ;(6) : 307-309.
60. ZHANG W., WANG L. Mifeprostone in treating ectopic pregnancy. *Chin med J* ,1999; 112 : 376-8.

ICONOGRAPHIES

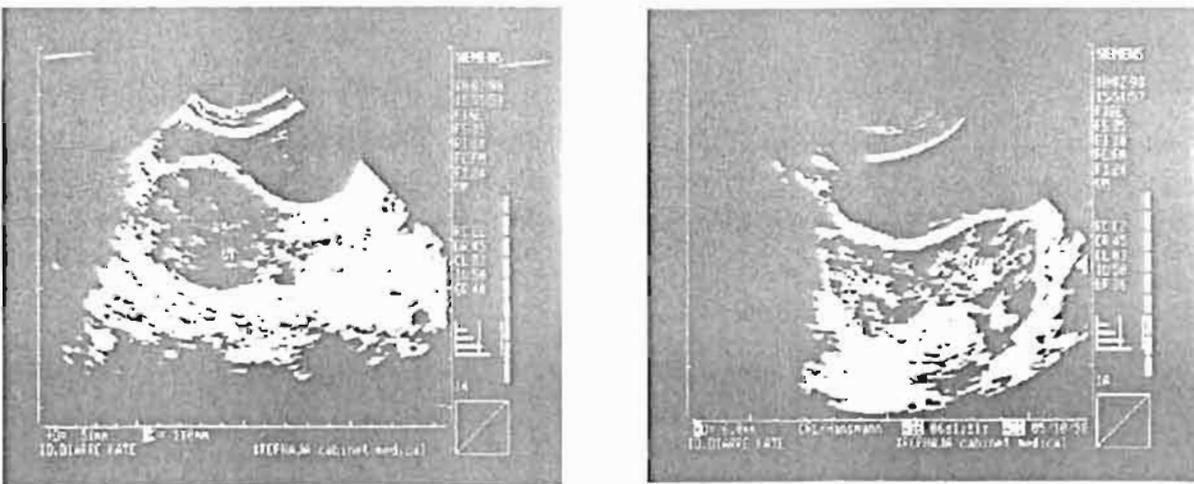
ICONOGRAPHIES

Patiente A



Grossesse extra-utérine ovarienne droite rompue.

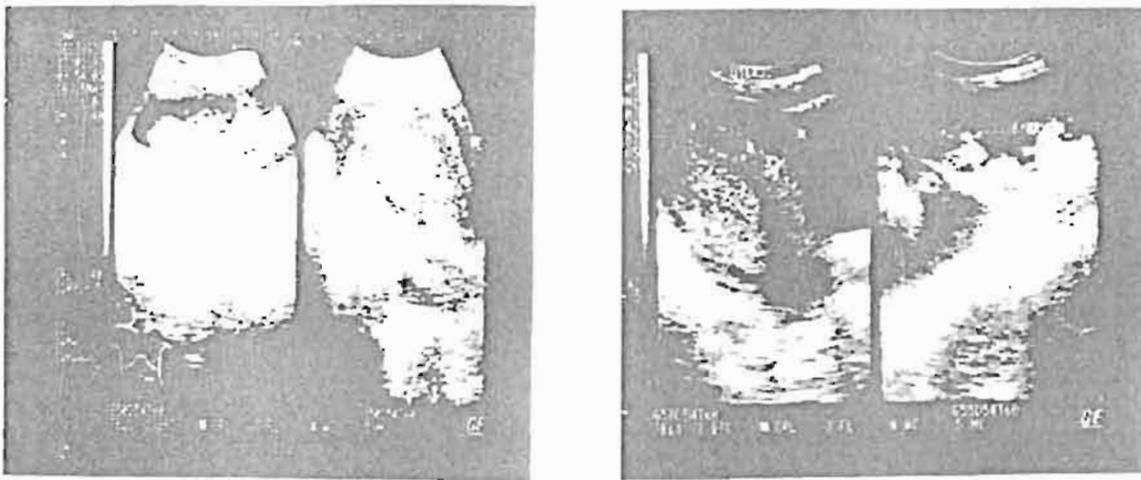
Patiente B



Masse solide latéro-utérine contenant un sac gestationnel avec embryon de 6 mm.

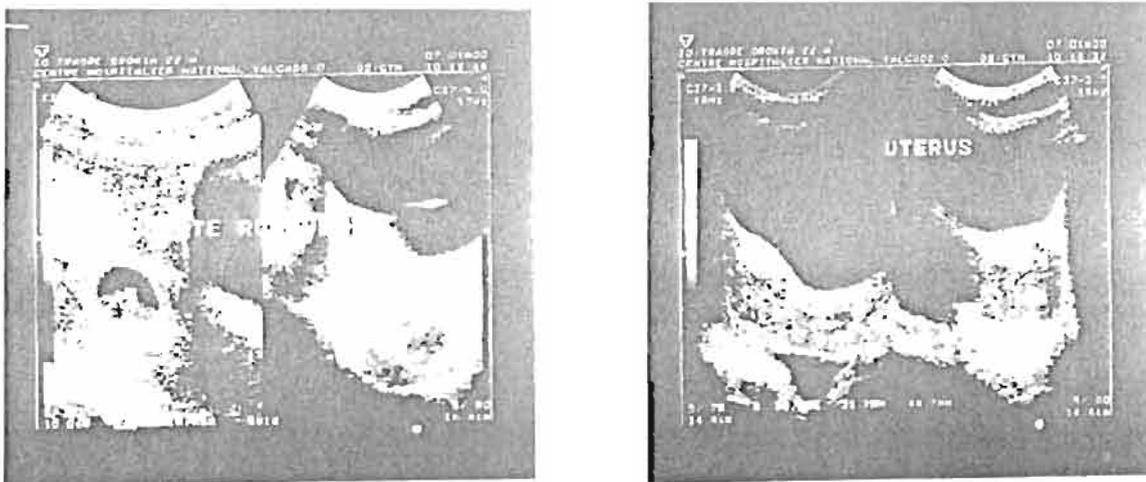
Fine lame liquidienne retro-utérine.

Patiente C



Grossesse abdominal avec embryon vivant de 11 semaines.

Patiente D



Grossesse extra-utérine droite de 8 semaines avec hemopéritoine dans les gouttières pariéto-coliques et dans le douglas.

ANNEXES

11 ANNEXE 1

GRILLE DE COLLECTE SUR LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE A OUAGADOUGOU

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Nomprénom.....age

Profession.....

Lieu de résidence: Ouagadougou province

Date des dernières règles.....Gestité Parité

Date d'entrée.....Date de sortie.....

Heure d'admissionDebut d'intervention / / H / / min

ANTECEDENTS

Salpingite MST IVG GEU plastic tubaire

CO DIU stérilité hypofertilité

CLINIQUE

Douleur pelvienne signes de choc masse utéro-annexielle

métrorragie signes sympathiques signes d'irritation péritonéale

aménorrhée TV douloureux

PARACLINIQUE

échographie

Forte suspicion échographique

Echographie douteuse

Absence de résultat échographique

Taux de bhcg.

TIG : positif négatif Absence de TIG

CONSTATATIONS PER OPERATOIRES

Geu rompue : oui non

Si oui : rupture cataclysmique

Avortement tubo-abdominale

Geu fissurée

Hématocèle enkystée

Localisation de l'ectopie : gauche droite

Siège de l'ectopie

Ovarien

Abdominal

Ampullaire

Isthmique

Interstitiel

Infundibulaire

Corne utérine

Etat de la trompe controlatérale

Normal inflammatoire absente

adherenciel hydrosalpinx

TRAITEMENT

Voie d'abord : imsov pfannenstiel

Traitement radical traitement conservateur

Intervention.....

Pertes sanguines.....

SUITES OPERATOIRES.....

RESULTATS DE L'HISTOPATHOLOGIE

.....
.....
.....

12 RESUME

La grossesse extra-utérine (GEU) constitue de part sa fréquence, un problème de santé publique ; de part sa gravité, une urgence obstétricale et de part ses séquelles, un problème de fertilité pour la femme. Elle constitue 8 % des complications obstétricales du premier trimestre et motive le saignement dans 14 % des cas de métrorragies au cours du premier trimestre.

Nous avons mené cette étude rétrospective de 1991 à 2001 pour dégager les aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques de la GEU à Ouagadougou.

Nous avons pu recenser sur la période d'étude, 1 192 GEU opérées. Ainsi, la fréquence de la GEU était de 4,3 pour mille accouchements.. Le profil épidémiologique de la femme à risque de GEU est celui d'une femme jeune de 24 ans nullipare et chez laquelle on retrouve des antécédents d'avortement provoqués clandestins, d'infections sexuellement transmissibles, de GEU ou ayant une histoire d'infertilité. Le tableau clinique est dominé par la triade douleurs pelviennes - aménorrhée - métrorragies, mais la GEU est toujours diagnostiquée au stade de la rupture cataclysmique si bien que la sanction thérapeutique est la chirurgie radicale. Plusieurs pièces de GEU enlevées ne sont pas envoyées à l'anatomopathologiste.

L'évolution de la fréquence annuelle de la GEU à Ouagadougou est stable. Plusieurs mesures peuvent contribuer à la diminution de cette fréquence . Il s'agit entre autres de l'éducation de la population et de la facilitation du diagnostic précoce de la GEU par la mise à la disposition des praticiens des moyens modernes de diagnostic de cette affection peu connue des populations.

12 SUMMARY

The ectopic pregnancy (EP) constitutes by its frequency, a public health problem; for its gravity, an obstetrical emergency and for its after-effects, a fertility problem for the woman.

Its constitutes 8 % of obstetrical complications and is in 14 % of the cases the cause of bleeding during the first quarter. In this retrospective study from 1991 to 2001 we want to describe the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of the EP in Ouagadougou. We registered a total of 1 192 operated EP. The rate of EP was 4,3 per thousand childbirth. The epidemiological profile of the woman was a young woman 24 years old, nulliparous and we found that they presented with some risk factors including pelvic inflammatory diseases, sexual transmitted infection, and a history of fertility. The clinical is dominated by pelvic pains - amenorrhoea - métrorrhagia, but the EP is always diagnosed at the state of the cataclysmic rupture so that the therapeutic sanction is the radical surgery. Several parts of removed EP are not sent to the anatomopathologist. The evolution of the annual frequency of the GEU at Ouagadougou is stable. To take actions can contribute to reduce the EP rate by the education of the population and facilitation of early diagnosis of the EP by the availability of the experts of the modern means of diagnosis of this affection little known of the populations.

SERMENT D'HYPOCRATE

« En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque »

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE DIRECTEUR DE THESE



Dr. Jean VANKOANDE
Professeur Agrégé de Gynéco-Obstétrique
Ancien Attaché des Hôpitaux de Tours
C.E.S. de Médecine de Sport
Echographie de la Reproduction
Tél: (226) 33 - 70 - 70

VU

LE PRESIDENT DU JURY



Professeur
Robert Tinga GUIGUEMDE

VU

LE DOYEN DE LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
