UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Contribution à l'étude des grosses abdominales : étude retrospective sur 10 ans au CHUK à propos de 5 cas

NKEZABAHIZI, Fidèle; Directeur de these : Dr, Niyongere Jeanne Odette

2009-02
UB, Faculté de Médecine
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/932

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DE MEDECINE

618.
3
NKE.

[redacted]

Par

NKEZABAHIZI Fidèle

Directeur de thèse :

Dr. NIYONGERE Jeanne Odette

Thèse présentée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du grade de **Docteur en Médecine**.

Bujumbura, Février 2009

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE

Année Académique : 2005 - 2006

Bureau Facultaire

Doyen	: Dr. F-Xavier BUYOYA
1er Vice-Doyen	: Dr. Salvator HARERIMANA
2ème Vice-Doyen	: Dr. Jacques NDIKUBAGENZI

Les enseignants à temps plein

- *Professeurs ordinaires*

• Pr. Gabriel NDAYISABA	: Pathologie chirurgicale
• Pr. Gaspard KAMAMFU	: Pneumologie Thérapeutique
• Pr. Richard KARAYUBA	: Pathologie chirurgicale Thérapeutique
• Pr. Théodore NIYONGABO	: Pathologies infectieuses et Parasitaires Nutrition Thérapeutique
• Pr. Léopold NZISABIRA	: Neurologie Rhumatologie Thérapeutique Neuro-anatomie

- *Professeurs associés*

- Pr. Emmanuel NIKOYAGIZE : Sémiologie médicale

- Pr. Pierre Claver KARIYO : Pédiatrie

- *Chargés de cours*

- Dr. F-Xavier BUYOYA : Introduction à la santé publique
  Hygiène et législation sanitaire
  Déontologie médicale
  Gestion hospitalière
  Administration

- Dr. Serges BAHIMANGA : Pédiatrie

- Dr. Aloys NIYONGABO : Biochimie structurale
  Biochimie métabolique

- Dr. Emile MUCIKIRE : Radiologie

- Dr. Athanase NDAYIRAGIJE : Pathologies infectieuses et parasitaires

- Dr. Jacques NDIKUBAGENZI : Epidémiologie
  Démographie
  Méthodologies de la recherche

- Dr. Jeanne Odette NIYONGERE : Gynécologie-obstétrique

- Dr. Salvator HARERIMANA : Gynécologie-obstétrique

- Dr. Elysée BARANSAKA : Cardiologie
  Néphrologie
  Thérapeutique

- Dr. Gordien NGENDAKURIYO : O.R.L.
- Dr. Frédéric NSABIYUMVA : Pharmacologie spéciale
  Endocrinologie
- Dr. Déo NIYUNGEKO : Pédiatrie
- Dr. Canisius MBONYINGINGO : Neuro-anatomie : tête et cou
- Dr. Lévi KANDEKE : Ophtalmologie
- *Maîtres-assistants*
- Mr. Herman NIMPAYE : Parasitologie
- *Assistants*
- Dr. Arthémon NSENGIYUMVA : Soins infirmiers
- Mr. Désiré NISUBIRE : T.P. Histologie générale
- Mme Claire NDAYIKENGURUKIYE : T.P. Histologie générale
  T.P. Biochimie
- *Enseignants à temps partiel*
- Pr. Guenou AMOUSSOU : Biophysique
- Pr. J. Baptiste SINDAYIRWANYA : Gynécologie-obstétrique
- Pr. Raphaël CHIRIMWAMI BULAKALI : Anatomie-pathologie
  Histologie générale &
  spéciale
- Pr. Pierre KABONDO : Physiologie I & II
- Dr. Laetitia GAHIMBARE : Hématologie fondamentale
  Bactériologie

- Dr. Gaspard MARERWA : Anatomie pathologie
  Embryologie
- Dr. Astère NDAYIZEYE : Sémiologie chirurgicale
- Dr. Pierre Claver HAJAYANDI : Médecine légale
  Médecine du travail
- Pr. Herménégilde NZEYIMANA : Immunologie
  Virologie
- Dr. Serges HARINDOGO : Pharmacologie générale
- Dr. François NDARUGIRIRIRE : Anesthésie-réanimation
  Physiopathologie
- Dr. Juvénal MUYUKU : Stomatologie
- Pr. Anastasie GASOGO : Entomologie
  Cytologie
- Dr. Protais NTIHOGORA : Anatomie
- Dr. Rénovat NTAGIRABIRI : Hépatologie
  Gastro-entérologie
- Mr. Diomède NSABIYUMVA : Anglais
- Pr. Canisius SAHIRI : Chimie générale
- Pr. Jacques BUKURU : Chimie organique
- Pr. Thaddée BARANCIRA : Physique
- Mr. Antoine MAZARATI : Génétique
- Dr. Jean NDUWIMANA : Biochimie pathologique

- Dr. Elie MUPERA : Dermatologie
- Mr. J. Paul BITANGUMUTWENZI : Maths-statistiques

DEDICACE

A mon Père et ma mère,
Vous nous avez éduqués dans l'amour,
Vous n'avez pas hésité à vous sacrifier pour notre instruction,
Ce travail est le couronnement de vos efforts.
A mes frères et sœurs
En la mémoire de mon Oncle Alphonse RURAKENGEREZA
Ta disparition a été douloureusement vécue
Nous aurions souhaité que tu sois parmi nous en ce moment
Que ton âme repose en paix.
A mes oncles et tantes.
A mes cousins et cousines.
A tous nos amis.
A la 25ème promotion de la faculté de Médecine de Bujumbura.

Nous dédions cette thèse

REMERCIEMENTS

Au Docteur Jeanne Odette NIYONGERE, gynécologue obstétricienne au CHUK, directeur de cette thèse.
Vous avez assuré la direction de ce travail avec dévouement exceptionnel. Votre disponibilité à notre égard malgré vos responsabilités, votre amour du travail et votre rigueur scientifique nous servirons toujours d'exemple.
Soyez assurée de notre respect et de toute notre reconnaissance.

Au Docteur Salvator HARERIMANA, gynécologue obstétricien au CHUK, chef de département de gynécologie-obstétrique et président du jury.
Malgré vos nombreuses sollicitations, vous avez accepté spontanément et avec bienveillance de juger ce travail.
Veuillez agréer l'expression de nos vifs remerciements.

Au Docteur Paul BIZIMANA, Epidémiologiste et membre du Jury.
C'est avec spontanéité et gentillesse que vous avez accepté de faire partie de nos juges malgré vos multiples occupations.
Soyez assuré de notre vive reconnaissance et notre respectueuse gratitude.

Aux familles :

- BUZOYA Tharcisse
- MWUMVANEZA Louis Marie
- NDIKUNKIKO Audace
- MUKEZANGANGO Damien
- RWASA Melchior
- NINTERETSE Freddy
- BUSUGURU Eugène
- MUHETO Louis

Votre soutien tant moral que matériel a contribué grandement pour que cette thèse puisse voir le jour.
Nous vous en sommes très reconnaissants.

- Au personnel du CHUK, HPRC et de l'Hôpital de KIRUNDO.
- A tous nos enseignants de l'école primaire à l'université.
- A MUGUMYANKIKO Emmanuel, GAHIZI François.
- A tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail.

Je vous remercie.

Liste des tableaux

Tableau 1: Fréquence de la GA au CHU de Kamenge.....33

Tableau 2:Antécédents des patientes.....34

Tableau 3:Terme au moment du diagnostic.....34

Tableau 4: Signes fonctionnels.....35

Tableau 5: signes physiques à l'admission.....35

Tableau 6: Tableau récapitulatif des résultats.....38

Tableau 7:Fréquence de la GA par rapport aux accouchements.....40

Tableau 8:Fréquence de la GA par rapport aux GEU.....41

Tableau 9:Pronostic néonatal en cas d'expectative.....48

Tableau 10: Pronostic fœtal.....49

Tableau 11:Mortalité maternelle de la GA.....50

Liste des abréviations

ß-HCG : fraction Beta de l'Hormone Chorio-gonadotrophique.

HPL : Hormone Lacto-placentaire.

CHUK : Centre Hospitalo-universitaire de Kamenge.

HPRC : Hôpital Prince Régent Charles.

GO : Gynécologie Obstétrique.

GA : Grossesse Abdominale.

GEU : Grossesse Extra Utérine.

SA : Semaine d'Aménorrhée.

DIU : Dispositif Intra Utérin.

ATCD : Antécédents.

FC : Fausse Couche.

HTA : Hypertension Artérielle.

FIV : Fécondation In Vitro.

IVG : Interruption Volontaire de la Grossesse.

IRM : Imagerie par Résonnance Magnétique.

Rx ASP : Radiographie de l'Abdomen Sans Préparation.

AG : Age de la Grossesse.

TABLES DES MATIERES

0. INTRODUCTION.....1
I. LES GENERALITES.....3
I.1 Définition.....4
I.2 Physiopathologie de la grossesse abdominale.....4
I.3 Caractéristiques anatomopathologiques
d'une grossesse abdominale.....6
I.4 DIAGNOSTIC.....7
I.4.1 clinique.....7
I.4.2 Examens complémentaires.....13
I.4.2.1 Echographie.....13
I.4.2.2. La radiographie de l'abdomen
sans préparation : Rx ASP 14
I.4.2.3 L, hystérosalpingographie.....14
I.4.2.4 Dosage hormonal.....15
I.4.2.5 Le test à l'hormone post-hypophysaire : ocytocine.15
I.4.2.6 La coelioscopie 15
I.4.3 Diagnostic différentiel.....16
I.5 CONDUITE THERAPEUTIQUE.....17
I.6 PRONOSTIC.....19
I.6.1 Pronostic maternel.....19
I.6.2 Pronostic fœtal.....19

II: MATERIELS ET METHODES.....21
II. 1 Cadre d'étude.....22
II. 2 Type d'étude.....22
II. 3 Les critères d'inclusion.....22
II.4 Les critères d'exclusions.....22
II. 5 Recueil des données.....22
II.6 Les limites de l'étude.....23

III: RESULTATS ET PRESENTATION
DESCAS CLINIQUES.....24
III.1 Les cas cliniques.....25
III.2 Résultats.....33
III.2.1. Fréquence.....33
III.2.2. Age.....33
III.2.3. Gestité et Parité.....34
III.2.4. Antécédents des patientes.....34
III.2.5.Adresse.....34
III.2.6. Age de la grossesse en SA.....34
III.2.7. Signes cliniques.....35
III.2.7.1. Signes fonctionnels.....35
III.2.7.2. Signes physiques.....35
III.2.8. Les examens complémentaires réalisés.....37
III.2.9. Traitement.....37

III.2.10. Pronostic.....37
III.2.10.1. Pronostic maternel.....37
III.2.10.2. Pronostic fœtal.....37
IV: DISCUSSION ET REVUE DE LA LITTERATURE.....39
IV.1 Epidémiologie.....40
IV.1.1. Fréquence.....40
IV.1.2 Age des patientes.....41
IV.1.3 Gestité et Parité.....42
IV.1.4 Provenance des malades.....42
IV.1.5. Facteurs favorisants.....43
IV.1.6. Terme au moment du diagnostic.....43
IV. 2 Diagnostic.....44
IV.2.1. Signes cliniques.....44
IV.2.1.1. Signes fonctionnels.....44
IV.2.1.2. Signes physiques.....44
IV.3 Les examens complémentaires.....45
IV.4 Traitement.....47
IV.5 Eléments Pronostics.....49
IV.5.1 Pronostic fœtal.....49
IV.5.2 Pronostic maternel.....50
V. CONCLUSION.....51
VI. RECOMMANDATIONS.....52
VII. BIBLIOGRAPHIE.....53
ANNEXES.....65

0. INTRODUCTION

Si la muqueuse utérine offre un terrain idéal pour la nidation de l'oeuf, des implantations aberrantes sont possibles dans l'espèce humaine. La grossesse abdominale est une entité des grossesses extra utérines caractérisée par l'implantation de l'oeuf dans la cavité péritonéale. Cela survient d'une façon exceptionnelle. Parfois, cette implantation a lieu dans une autre zone de l'abdomen comme dans l'épiploon et le mésentère. D'une façon générale, les grossesses extra utérines se développent au niveau des trompes de telle sorte que la grossesse exta- utérine est presque synonyme de grossesse tubaire. Classiquement, on distingue :

Une grossesse abdominale primitive où la nidation s'effectue à un niveau quelconque du Péritoine, les ovaires et les trompes restant normaux.

La grossesse abdominale secondaire dans laquelle la nidation s'effectue dans les voies génitales et l'oeuf se développe secondairement dans la cavité abdominale soit après une rupture tubaire, soit après un avortement tubo- abdominal, soit après une rupture utérine s'effectuant à bas bruit.

Dans notre pays, aucune étude n'a abordé jusqu' ici ce problème c'est pourquoi nous avons choisi ce travail, afin de faire le point sur les différents aspects de cette affection, d'attirer l'attention des médecins sur son diagnostic précoce et surtout d'ouvrir la voie à des recherches ultérieures à ce sujet. Le choix de ce sujet est aussi motivé par le fait que la grossesse abdominale est la seule gestation ectopique pouvant évoluer jusqu' à terme et aussi par le fait que c'est une variété de grossesse extra utérine dont l'évolution est émaillée de complications graves pouvant mettre en jeu le pronostic de la mère.

IERE PARTIE : LES GENERALITES

I.1 Définition (1)

La grossesse abdominale est une entité dans les grossesses extra- utérines, qui se caractérise par l'implantation de l'œuf dans la cavité abdominale généralement après une grossesse tubaire (dans la trompe de Fallope)
La nidation et son développement se fait au niveau du péritoine. C'est une anomalie de siège de la grossesse.

I.2 Physiopathologie de la grossesse abdominale (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7)

Habituellement, la fécondation a lieu dans la trompe vers le tiers externe. L'œuf migre vers la cavité utérine où il arrive au septième jour. Plusieurs facteurs peuvent empêcher la migration de l'œuf :
.Les anomalies de l'œuf
.Le retard de captation
.Les malformations anatomiques tubaires congénitales ou acquises sont les plus souvent en cause.
Parmi les malformations acquises, on peut citer :
.Les séquelles des lésions inflammatoires post infectieuses en particulier la tuberculose, chlamydia, entérocoques qui entraînent une destruction tubaire.
D'autres causes rares ont été signalées :
.Hyperplasie de l'épithélium tubaire
.Altérations organo-fonctionnelles de la trompe secondaire à une insuffisance hormonale
.Les troubles spasmodiques etc.
Toutes ces altérations entraînent une nidation de l'œuf soit au niveau de la trompe et la grossesse devient abdominale secondairement. Cette éventualité est très rare parfois même niée par certains auteurs. (1,2)

La majorité des grossesses abdominales résulte d'une grossesse tubaire rompue. Certains auteurs disent que c'est cette variété qui, paradoxalement évolue jusqu'aux environs du terme (1)

Le trophoblaste après avoir pénétré la paroi tubaire s'implante progressivement sur le péritoine voisin tout en maintenant certains rapports avec la trompe qui apporte la vascularisation nécessaire à cet œuf.
Plus rarement, il s'agit de la greffe secondaire en un point quelconque du péritoine d'un œuf échappé de la trompe après rupture (3)
Il peut aussi s'agir de l'évolution d'une grossesse infundibulaire se développant sur les franges du pavillon dans 3,5% des grossesses extra- utérines

Plus rarement, il s'agit de l'issue abdominale d'une grossesse primitivement tubaire (4, 5) devenue abdominale :
.Par rupture d'une cicatrice d'hystérotomie (césarienne antérieure, myomectomie, salpingectomie, etc.)
.Ou à travers la brèche d'une perforation utérine par curetage antérieur ou contemporain du début de la grossesse (5,6)
Des cas ont été rapportés après rupture de l'utérus malformés (1,14)
Dans tous les cas, le placenta s'implante sur le péritoine pelvien conservant des rapports avec la brèche utérine.

Dans la grossesse abdominale primitive, la fécondation a lieu dans la cavité abdominale ce qui va à l'encontre des données classiques de la physiologie de la fécondation. L'œuf s'implante en un point quelconque du péritoine s'entoure d'une membrane qui s'épaissit à cause de l'exsudation des organes voisins dont la vascularisation est accrue (3)

L'implantation parfois étalée rend difficile la détermination du siège. Cette forme de grossesse d'après Thérond (1) évolue rarement vers le terme.
La classique séparation entre grossesse abdominale secondaire et primitive peut difficilement être conservée dans le cadre de la grossesse abdominale après le cinquième mois.

En effet, si l'authenticité de l'implantation abdominale primitive est actuellement admise, elle reste difficile à prouver car elle doit satisfaire aux critères de STUDDIFORD adoptés par la majorité des auteurs (6,7) :

- Trompes et ovaires sont normaux sans éléments évoquant une cicatrice récente, pas de brèche ou de déhiscence utérine.

- Grossesse uniquement en rapport avec le péritoine et suffisamment jeune pour éliminer la possibilité d'une implantation secondaire après nidation tubaire (en pratique 12 semaines)

I.3 Caractéristiques anatomopathologiques d'une grossesse abdominale

STUDIFFORD, cité par Loffredo (8) a suggéré les critères stricts pour poser le diagnostic de grossesses péritonéales primitives. Ce type de grossesse ectopique s'expliquerait par la migration externe de l'œuf fécondé (8, 9,10).
Ce dernier se développe dans la cavité abdominale et le placenta s'insère au hasard sur le grêle ou le mésentère permettant une évolution prolongée, parfois jusqu'à terme.
Il existe des insertions anormales du placenta, par exemple splénique (10,11), hépatique, vessie, estomac ou diaphragme (10) etc.

Les évolutions prolongées au delà du cinquième mois ne sont pas exceptionnelles avec parfois naissance d'un enfant normal (9). Cependant, les accidents hémorragiques dus à la localisation aberrante du placenta peuvent apparaître dès les premiers mois (10,12). Ceux-ci influencent considérablement le pronostic maternel per et post opératoire. Nombreux auteurs ont remarqué que le liquide amniotique est peu abondant et insuffisant.

Dans certains cas particuliers, le liquide est très abondant pouvant même faire penser à un hydramnios (13,14). Cette particularité se rencontre dans les grossesses abdominales multiples ou en cas de réaction péritonéale importante. Bien que le fœtus soit extra utérin, l'utérus est augmenté de volume et sa consistance ramollie. Cette augmentation de volume utérin reste inferieur par rapport à l'âge de la grossesse.

I.4 DIAGNOSTIC

I.4.1 clinique

Le diagnostic de la grossesse abdominale avant l'intervention reste difficile. Le diagnostic pré opératoire correct n'est porté que dans 50% des cas (2,3) souvent trop tard pour éviter des complications graves qu'un diagnostic précoce de grossesse extra utérine aurait pu prévenir. Il est souvent un diagnostic de laparotomie. L'élément essentiel du diagnostic est de pouvoir évoquer cette éventualité rare même en milieu exposé avant l'intervention car cela permet de choisir le moment de celle-ci et les modalités techniques. La grossesse abdominale n'est jamais pratiquement asymptomatique pendant les premiers mois et l'interrogatoire s'efforce de retrouver particulièrement les éléments évocateurs d'une grossesse extra utérine méconnue.
Le diagnostic clinique s'envisage dans quatre circonstances:

- Grossesse abdominale en évolution
- Au moment du travail
- La phase de rétention
- Tableaux aigus

I.4.1.1 Grossesse abdominale en évolution

I.4.1.1.1 signes fonctionnels

L'interrogatoire recherchera les anomalies de l'évolution de cette grossesse abdominale. En partant du grand principe qu'une gestation normale n'est pas douloureuse, les douleurs doivent attirer l'attention.

o Les phénomènes douloureux

Ils doivent être retrouvés dans tous les cas de grossesse abdominale (1, 2, 3, 15,16)
Ces douleurs de caractères très variés sont souvent spontanément régressives, sans périodicités. Il peut s'agir :
.des épisodes douloureux pelviens, intenses, régressifs, s'accompagnant de métrorragies contemporains de rupture tubaire
.des douleurs abdominales associées à des troubles digestifs pouvant réaliser un syndrome sub occlusif
.des douleurs abdomino pelviennes, diffuses, continues à type de crampes ou de torsions, survenant au cours du troisième trimestre.
.serait évocatrice l'exacerbation de ces douleurs par les mouvements fœtaux, la marche ou la patiente penchée en avant (2)
Ces mouvements provoquent aussi des douleurs en cas de grossesse intra utérin mais bien supportées par les patientes.

o Les signes digestifs

Les signes digestifs à type de nausées, vomissements sans rythme ni périodicité doivent attirer l'attention par leur existence ou leur persistance au cours du troisième trimestre.
Ça peut être également des diarrhées, constipations s'accompagnant des douleurs allant jusqu'à l'occlusion.

Il y a des cas où la grossesse semble être normale ne montrant aucun signe d'alerte, seule la mort fœtale tirant la sonnette d'alarme (5)

I.4.1.1.2 signes physiques

L'examen physique compte trois étapes :
.l'inspection qui met en évidence une présentation anormale transverse ou oblique (55% des cas), podalique dans 20% des cas, céphalique dans 25% des cas (3)
.la palpation va confirmer la présentation anormale. Parfois le fœtus est perçu directement sous la peau de l'abdomen mais le plus souvent le placenta ou une coque néoformée gêne la palpation (5). Lors des mouvements actifs du fœtus, les parties fœtales peuvent être perçues sous la peau dans 65% des cas (3)
.le toucher vaginal combiné au palper est l'examen clet. Il permet de détecter 2 masses pelviennes : l'utérus et la poche gravide dans 60% des cas (3)
A terme, l'utérus vide a le volume d'une tête fœtale. Une telle constatation au voisinage du terme évoque les tumeurs praevia qui peuvent donner les mêmes anomalies de présentation ou de sacculation utérine. Le col utérin est situé précocement et définitivement en arrière de la symphyse. HENDERSON en fait un signe majeur de grossesse abdominale (2,3) .D'autres insistent sur la longueur et la déhiscence du col.
La tête ou les parties fœtales peuvent être perçues dans le cul de sac vaginal (2) nettement en dehors de l'utérus. Le col peut se dilater et le diagnostic peut être particulièrement trompeur en cas de grossesse intra ligamentaire ou la tête peut être retrouvée engagée

Il faut noter que tous ces signes sont inconstants et même s'ils sont présents ne sont pas toujours évidents de telle façon que certains signes retrouvés à l'examen prennent de la valeur une fois le diagnostic évoqué.

I.4.1.2 Au moment du travail (1, 2, 3)

Le déclenchement du travail constitue un signe d'appel qui motive la consultation chez certaines femmes dont les signes subjectifs n'ont pas été violents. Il s'annonce par des douleurs abdominales survenant à intervalles plus ou moins réguliers mais ces douleurs ne s'accompagnent d'aucune modification du col, ni la progression du travail. Ce travail provoque la mort fœtale mais il est très peu fréquent.
Le Laurier le retrouve chez trois patientes sur 41 soit 7%(3)

I.4.1.3 Phase de rétention fœtale.

Apres la mort du fœtus commence une rétention fœtale dont la durée est variable selon la tolérance. Outre les signes qui ont marqué l'évolution de la grossesse avant la mort fœtale, l'interrogatoire note quelques modifications :

- ✓ Diminution du volume de l'abdomen

- ✓ Disparition des mouvements fœtaux et des signes sympathiques de la grossesse (17)

  L'examen physique devient difficile du fait du ramollissement de la poche gravide et de la résorption amniotique, les parties fœtales deviennent difficiles à préciser par la palpation. La perception d'une crépitation des os du crâne a une très grande valeur diagnostique. La palpation note une masse homogène bien limitée. Avec le prolongement de cette rétention, l'évolution peut se faire de deux manières :

  - ❖ La rétention est bien tolérée et aboutit à la transformation calcaire (18). C, est le mode de terminaison le plus heureux mais aussi le plus rare d'une grossesse extra utérine évoluée au delà du cinquième mois.

Le liquide amniotique se résorbe peu à peu, le kyste fœtal se rétracte avant de subir soit une dégénérescence adipo cireuse, soit une momification, soit une calcification. Dans le cas d'une calcification fœtale, on parle alors de lithopédion fœtus de pierre ou stone Child des auteurs Anglo-Saxons.

La constitution d'un lithopédion doit remplir les conditions suivantes :

.Le fœtus doit survivre dans l'abdomen au delà de trois mois le temps pour les os de dépasser le stade cartilagineux.Il doit rester aseptique

. Les mécanismes concourant au dépôt calcique doivent exister

❖ La rétention est mal tolérée : le fœtus en rétention ne tarde pas à s'infecter. C'est une infection qui est toujours grave. Elle se manifeste soit par une septicémie, soit par une péritonite ou par des fistules, soit au niveau des organes digestifs, soit au niveau de la peau en particulier l'ombilic (6) .L'élimination de la grossesse abdominale par les orifices naturels après perforation du sigmoïde et rectum a été décrite par de nombreux auteurs. (9,10) La proximité des intestins auxquels le sac ovulaire adhère serait l'origine de l'infection, la propagation se faisant par diffusion

I.4.1.4 Les tableaux aigus

L'évolution d'une grossesse abdominale est émaillée de complications aigues permettant de suspecter ou mieux d'envisager le diagnostic. Ce sont entre autre :

- Le syndrome occlusif : l'occlusion chez une femme enceinte doit évoquer une grossesse abdominale. Son diagnostic reste difficile chez une femme présentant des douleurs depuis longtemps et sa thérapeutique très délicate
- Les hémorragies : elles sont les plus graves et les plus fréquentes mettant en jeu le pronostic foeto maternel .Elles surviennent par ulcération ou rupture vasculaire. Elles réalisent le plus souvent un hémopéritoine. Elles peuvent réaliser un tableau d'hématome rétro péritonéal. L'hémorragie peut également se faire dans un organe creux ou en intra ovulaire (2)

Les complications infectieuses avec survenue de septicémie, de péritonite, de fistule cutanée, vaginale ou digestive peuvent également survenir.

Ailleurs, le diagnostic de grossesse n'est pas porté et le tableau est celui d'une masse abdominale ou abdomino pelvienne. L'altération de l'état général est peu évocatrice sur un terrain anémié et dénutri. Ceci est fréquent dans la société à bas niveau socio économique.10 à 20% des femmes vont présenter des symptômes anormaux (métrorragies et ou douleurs en début de grossesse).Une certaine proportion de 5a30% seront atteintes de grossesse extra utérine. De ces dernières 1,3% seront atteintes de grossesse abdominale. (9)

I.4.2 Examens complémentaires

I.4.2.1 Echographie

Elle tient une place importante non seulement dans la confirmation du diagnostic mais aussi dans l'attitude thérapeutique à adopter en précisant l'existence ou non de battements cardiaques fœtaux et du siège de l'insertion aberrante du placenta

L'identification utérine est fondamentale pour le diagnostic échographique .L'utérus est en général augmenté de volume et déplacé mais vide. La démonstration de la tête fœtale en dehors de l'utérus est nécessaire au diagnostic .Sa mise en évidence au milieu des échos intestinaux permet d'évoquer le diagnostic.

La localisation du placenta est difficile du fait de l'irrégularité de la plaque choriale, de la faible abondance du liquide amniotique, de multiples aires d'implantations, des adhérences et des anses intestinales.

De nombreux examens ont été proposés pour localiser le placenta. Ils sont souvent peu pratiques, invasifs et surtout avec des résultats décevants. Seul l'examen per-opératoire permet en fin de compte de faire le bilan de l'implantation placentaire et de préciser la vascularisation de celui-ci. Parmi ces examens, on peut citer : La thermographie, la scintigraphie placentaire, l'artériographie pelvienne.

I.4.2.2. La radiographie de l'abdomen sans préparation : Rx ASP (2, 3, 19, 20)

Il est demandé devant une présentation anormale ou un syndrome sub occlusif ou une occlusion vraie. Il comprend un cliché de face et de profil ou oblique si nécessaire Il peut fournir des renseignements sur le fœtus lui-même et sur la localisation extra utérine. Il confirme la malposition montrant des attitudes inhabituelles, fixes d'un cliché à l'autre, avec hyper flexion du tronc ou au contraire un tronc rectiligne, des membres en extension, une déflexion, une lordose cervicale avec rotation de la tête à 180 degré. La position transverse est la plus fréquente. Une attitude fœtale en nageur serait évocatrice. La localisation extra utérine peut être évoquée devant :

.des projections des parties fœtales sur les corps vertébraux lombaires maternels ou en arrière de ceux-ci (signes de Weinberg et Sherwin)

.l'existence des parties fœtales entourées ou barrées de gaz intestinaux maternels est également évocatrice de la localisation extra utérine du fœtus

.sont également anormaux, la trop grande visibilité des lignes graisseuses fœtales, l'absence d'ombre utérine autour du fœtus et une distance paroi abdominale - contour fœtal anormalement faible.

I.4.2.3 L' hystérosalpingographie (2, 3, 20)

Elle démontre de façon indiscutable le siège extra utérin de la grossesse, en montrant une cavité utérine bien visible, agrandie et le squelette fœtal en dehors de celle-ci

Pour beaucoup d'auteurs, l'hystérosalpingographie ne sera pratiquée que pour confirmer le diagnostic déjà probable, réalisée en pré opératoire immédiat, car elle présente des risques infectieux certains en particulier en cas de rétention d'œuf mort intra utérin.

Par ailleurs, sa réalisation technique peut être difficile du fait de l'inhibition gravidique du col et de sa position souvent élevée

I.4.2.4 Dosage hormonal

La surveillance de la vitalité foeto placentaire fait appel au dosage de la fraction Beta de l'hormone chorio-gonadotrophique (ß HCG), des stéroïdes urinaires comme l'estriol et des stéroïdes plasmatiques comme estradiol, estriol total et non conjugué ainsi que le dosage de progestérone plasmatique et homone lacto-placentaire (HPL). Ces hormones permettent de suivre l'involution placentaire dans le cas où le placenta est laissé in situ. Elles sont le reflet de l'intérêt porté à la biosynthèse des stéroïdes avant la mise en évidence de l'existence de l'unité foeto placentaire. Après la laparotomie et l'abandon in situ du placenta, tous les paramètres de surveillance de la fonction placentaire chutent rapidement au cours de la première semaine puis lentement durant les 6 semaines qui suivent .La progestérone urinaire et l'estradiol plasmatique sont les plus lents à revenir au niveau anténatal traduisant une persistance de l'activité de l'unité materno- placentaire. Les examens biologiques montrent fréquemment une anémie et une augmentation du taux d'alfa- foeto protéine sérique maternelle.

I.4.2.5 Le test à l'hormone post-hypophysaire : ocytocine

Il consiste à déclencher les contractions utérines. Ce test a été plusieurs fois utilisé et a permis de suspecter le diagnostic devant l'absence de l'expulsion du fœtus déjà mort. Il constitue un test diagnostic très important.

I.4.2.6 La coelioscopie

Elle trouve son indication surtout dans les trois premiers mois. Après quatre mois, les risques de léser le sac ovulaire ou le placenta sont très grands.

I.4.2.7 La laparotomie exploratrice

Malgré les progrès réalisés dans les examens complémentaires, elle reste d'actualité car elle permet d'affirmer le diagnostic dans les 50% des cas que la clinique et les examens complémentaires n'arrivent pas à déceler

I.4.3 Diagnostic différentiel

Il se fait avec :

I.4.3.1 D'autres pathologies gynécologiques :

1. celles caractérisées par la présence d'une image latéro-utérine à l'échographie :
- Fibrome en nécrobiose
- Tumeur solide de l'ovaire
- Hydrosalpinx
- Torsion d'une annexe
- Une hyperstimulation avec ascite

2. d'autres urgences gynéco- obstétricales :

- Grossesse extra utérine pure
- Fausse couche en cours

I.4.3.2 Des urgences digestives :

- Appendicite aigue
- Occlusion intestinale
- Pancréatite aigue
- Péritonite aigue

I.5 CONDUITE THERAPEUTIQUE (1, 2, 3, 17)

L'attitude thérapeutique est toujours un acte chirurgical ; il s'agit d'une chirurgie dominée par les risques hémorragiques per- opératoire, dépendant de l'insertion placentaire. Ici, il est primordial de répondre à deux questions :

I.5.1. Quand faut-il intervenir ?

La décision est prise en considérant la viabilité du fœtus et les risques encourus par la mère.

I.5.1.1. Devant un fœtus vivant.

Le surfactant composé surtout de la lécithine qui empêche le collapsus dans des alvéoles pulmonaires lors de l'expiration est secrété dès la 22ème semaine de la gestation par les pneumocytes II. Sa synthèse augmente progressivement jusqu'à terme et atteint un niveau permettant aux poumons d'être prêts pour la respiration vers la 26-28ème semaines.
-Devant un fœtus d'âge inférieur à 28 semaines, l'extraction est à différer avec les risques de mort fœtale par altération de la vascularisation placentaire. Cette maturation pulmonaire peut être accélérée par l'administration des glucocorticoïdes chez la mère et elle est appréciée par le rapport lécithine/sphingomyèline du liquide amniotique.
Selon Steward, pour ne pas mettre en péril la viabilité fœtale, il est primordial d'éviter l'hypoxie, l'acidose et l'hypothermie du fœtus qui dépriment la synthèse du surfactant.
Toutefois, la majorité préfère opérer rapidement après le diagnostic et la préparation de la patiente, prévenant ainsi la survenue des complications hémorragiques, en particulier lorsque la grossesse est évolutive.

I.5.1.2. Devant un fœtus mort

Certains auteurs attendent 4 à 6 semaines pour intervenir après la mort fœtale pour que l'involution placentaire diminue le risque d'hémorragie per- opératoire. Les autres craignent pour la mère les risques infectieux et les troubles de la coagulation: ils interviennent dès que possible.
En effet, il est logique de différer l'intervention mais c'est accepté de prendre des risques importants pour la mère alors que la mortalité périnatale est élevée et le pronostic fonctionnel fœtal mauvais avec 20 à 30% des malformations.
Dans tous les cas, l'intervention se fera après correction des troubles hydro- électrolytiques, de l'anémie et le bilan de l'hémostase : surtout en cas de grossesse interrompue.

2. Qu'est –ce qu'on fait du placenta ?

La décision dépend de l'inventaire des insertions du placenta : sa vascularisation, sa forme, son étendue, sa vitalité.
A cause du risque d'hémorragie incontrôlable, toutes tentatives d'extirpation sont formellement interdites si le placenta s'insère sur un organe noble (foie, intestins) ou sur un vaisseau. Ici l'attitude est de laisser en place le placenta en coupant au ras possible le cordon et en surveillant rigoureusement la parturiente en post-opératoire dans le but de dépister les complications : fistules, abcès, péritonite, hémorragie secondaire, occlusion intestinale.
La résorption spontanée de ce placenta in situ est à contrôler par l'échographie et le dosage des hormones placentaires.
Dans le but d'accélérer la résorption spontanée du placenta, certains auteurs proposent l'utilisation d'antimitotique (methotrexate) qui est source de discussion à cause sa toxicité et son incapacité à éviter les complications suscitées (2, 3, 5). L'ablation du placenta est conditionnée par la ligature première des pédicules nourriciers ce qui est possible dans 87% des cas.

Les annexes et les ligaments larges sont les principaux sites d'implantations; le placenta s'étend au pelvis, à la paroi abdominale et aux viscères abdominaux. Son contrôle peut exiger l'exérèse totale ou partielle du placenta, associé éventuellement à une hystérectomie, une résection du grêle, une splénectomie, etc.

I.6 PRONOSTIC

I.6.1 Pronostic maternel (1, 3, 22)

Il dépend du retard de diagnostic et de l'attitude prise vis-à-vis du placenta. Selon HAINAUT, la mortalité maternelle varie de 0 à 18%. La morbidité est élevée par de nombreuses complications post-opératoires : infectieuses, hémorragiques, digestives, une hospitalisation prolongée, et des ré interventions non exceptionnelles. Les décès surviendraient électivement chez les patientes avec des insertions placentaires diffuses sur plusieurs organes (1).

I.6.2 Pronostic fœtal (1, 2, 3, 5, 21)

Le pronostic fœtal est sombre avec une mortalité située entre 75 et 95%.
Une des conditions de survie semble être l'intégrité du sac ovulaire. Bien qu'il ait été décrit des enfants vivants, libres dans la cavité abdominale, leur survie n'est fonction que de la durée rupture du sac –délivrance. La cause directe du décès est en rapport avec les altérations placentaires, décollement, hémorragies, vieillissement prématuré, vascularisation défectueuse ; hypotrophie et malformations fœtales. Les malformations sont de fréquence variable selon les séries (20 à 40 % selon R. POIZAT).
Il s'agit essentiellement d'un syndrome dysmorphique secondaire à l'oligo-amnios, par compression, qu'il faut distinguer des malformations de la morphogenèse, qui ne seraient pas trop fréquentes (2).

Ce syndrome associe de façon très variable : pieds et mains bots, déviations, ankylose, aplatissement et ramollissement des os, aplatissement de la tête inclinée sur l'épaule. Les déformations atteindraient surtout l'extrémité céphalique : 75% ; les membres inférieurs : 50% ; les membres supérieurs : 40% (2) ; les déformations du tronc seraient plus rares : 3 à 4% selon WINKEL.
Les déformations thoraciques avec hypoplasie pulmonaire pourraient être la cause de détresse respiratoire néonatale. (14). Concernant le développement mental ultérieur de ces enfants nés de gestations ectopiques, les chiffres font défaut. TAN affirme que certains de ces enfants peuvent avoir un développement physique et intellectuel normal (2).
La survie à 5 ans est estimée à 10%. Il faut souligner le caractère incertain et aléatoire du pronostic fœtal qui ne peut être pris excessivement en compte dans le choix des indications opératoires ; la priorité devant être accordée au pronostic maternel qui garantit plus de succès dans le présent comme dans l'avenir.

IIEME PARTIE : MATERIELS ET METHODES

II. 1 CADRE D'ETUDE

Notre étude s'est effectuée dans le département de Gynéco Obstétrique du CHU de KAMENGE du 1er janvier 1996 au 30 décembre 2005 soit 10 ans.

II. 2 TYPE D'ETUDE

Notre étude est rétrospective et descriptive portant sur 5 cas de grossesses abdominales relevés sur une période de 10 ans. (01/01/1996 au 30/12/2005)

II. 3 LES CRITERES D'INCLUSION

Dans notre étude, nous avons retenu :
Toute femme ayant subie une laparotomie pour grossesse abdominale suspectée par la clinique et confirmée soit par l'échographie ou constatée en per-opératoire
Nous avons inclus dans notre étude uniquement les cas de grossesses abdominales primitives

II.4 LES CRITERES D'EXCLUSIONS

Nous avons exclus de notre étude toute femme ayant subie une laparotomie pour une cause autre que la grossesse abdominale.
Exclue également toute femme ayant subi une laparotomie pour grossesse abdominale mais que la laparotomie a redressé le diagnostic.
Nous avons exclus aussi tout cas de grossesse abdominale secondaire

II. 5 RECUEIL DES DONNEES

Pour la réalisation de notre travail, un recueil des données a été réalisé. Ce recueil a été facilité par :

- La consultation des documents du service de GO du CHUK notamment :
  - ❖ Les fiches de consultation des malades
  - ❖ Les registres d'accouchements et des grandes interventions

-L'élaboration d'une fiche d'observation standardisée indiquant les éléments de l'interrogatoire (identité, antécédents, etc.), de l'examen physique, des examens complémentaires, du traitement et de l'évolution (voir Fiche en annexe)

II.6 LES LIMITES DE L'ETUDE

- Fiches non retrouvées : une observation n'a pas été retrouvée alors qu'elle figurait dans le registre des grandes interventions
- Le caractère incomplet des fiches de consultations des malades surtout en ce qui concerne l'examen clinique ainsi que les examens complémentaires
- L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire n'a été ni systématiquement demandé et si c'est le cas, ni systématiquement analysé.

II. 7 SAISIE ET TRAITEMENT DES DONNEES

La saisie des données s'est faite à l'aide de l'outil informatique :
Microsoft Word et Microsoft Excel

IIIEME PARTIE :
RESULTATS ET PRESENTATION DES CAS CLINIQUES

III.1 LES CAS CLINIQUES

III.1.1. Premier cas clinique.

Mme B.A, 25 ans, enseignante, originaire de Kinindo est admise dans le service de maternité du CHUK le 2/11/1999 pour douleurs abdominales diffuses, dysurie, constipation et vomissements sur aménorrhée de 13 semaines

Dans ses antécédents gynéco-obstétricaux, c'est une femme primigeste nullipare.

Dans ses antécédents médicaux, elle signalait avoir eue une infection urinaire.

L'examen physique à l'admission a montré un état général altéré par un faciès souffrant, un abdomen tendu sensible dans son ensemble une voussure hypogastrique mate et une absence de péristaltisme. Elle était apyrétique.

A l'admission en Gynécologie le 2 /11 /1999, le toucher vaginal fait sur une patiente non relâchée a montré un utérus augmenté de volume comme 8 à 10 semaines d'aménorrhée, cul de sac de Douglas indolore.

L'examen au spéculum a noté un col sain et une muqueuse vaginale saine.

La patiente n'avait pas fait de bilan para clinique.

On avait conclu à un syndrome sub-occlusif et on l'avait adressé en chirurgie le même jour ou on a mis une sonde nasogastrique d'aspiration douce ; une voie veineuse. On a fait le bilan comprenant la NFS, VS, urée, créatinine, glycémie et échographie pelvienne ainsi que la radiographie de l'abdomen sans préparation.

U. B.

Les résultats de ces examens biologiques ainsi que la Radiographie de l'abdomen sans préparation n'ont pas été mentionné sur les fiches d'observations de ces patientes.

Dans son évolution la patiente n'avait plus de syndrome occlusif avec un abdomen souple sensible à la fosse iliaque gauche.

Le 2ème jour, la patiente a été admise en gynécologie et le toucher vaginal fait a noté un col latéro-dévié à droite, un utérus légèrement augmenté de volume, un empâtement à la fosse iliaque gauche, un col long fermé.

L'échographie pelvienne demandée en urgence a montré la présence d'une grossesse évolutive d'environ 13 semaines d'aménorrhées.
L'utérus était vide et le fœtus se trouvait dans la cavité abdominale.

Le diagnostic final a été celui de grossesse abdominale confirmée par l'échographie.

On a décidé de faire une laparotomie exploratrice qui a montré : un hémopéritoine peu abondant et fœtus dans la grande cavité péritonéale.
L'exploration a noté une coque du placenta adhérant à la face postérieure de l'utérus, du colon et du grand épiploon.
Le décollement aisé a fait sortir le fœtus et une portion du placenta. On a fait une ablation du placenta accolé au grand épiploon au bistouri électrique.
Les trompes et les ovaires étaient normaux.

Les suites opératoires ont été simples ; la sortie a été autorisée au 8ème jour post-opératoire.

III.1.2. Deuxième cas clinique

Mme G. F, 34 ans, commerçante, originaire de Kinindo (mairie de Bujumbura) est admise dans le service de maternité du CHUK le 23/3/97.
Elle était adressée pour laparotomie exploratrice pour douleurs lombo-pelviennes avec une échographie montrant une masse latéro-utérine droite, un kyste de l'ovaire droit et un épanchement péritonéal sur aménorrhée de 3 semaines.

Dans ses antécédents gynéco-obstétricaux, c'est une femme $4^{ème}$ geste, $3^{ème}$ pare, avec trois enfants vivants, dispositif intra-utérin en Mai 1996 mais on n'a pas précisé si on l'avait retiré ou pas.
Dans ses antécédents médicaux on ne signale pas de particularités.

A l'arrivée, l'examen physique notait un bon état général, des conjonctives pâles, une tension artérielle à 10/6 et une douleur à la palpation de l'hypogastre accentuée en fosse iliaque droite.

Le toucher vaginal montrait une sensibilité légère au niveau des culs de sacs latéraux, le cul de sac de Douglas n'était pas sensible.
Le col était long postérieur ferme et fermé.

Les hypothèses diagnostics retenus étaient :

- Grossesse extra utérine ?
- Hémorragie intra kystique ?
- Torsion d'une annexe ?

La laparotomie exploratrice a été décidée.
A l'ouverture, il y avait du vieux sang dans la cavité abdominale et hématocèle retro utérine.
A l'exploration on a retrouvé l'embryon dans la grande cavité péritonéale et on l'a retiré.

Les trompes et ovaires étaient normaux. On n'a pas précisé le geste fait pour le kyste de l'ovaire ainsi que le placenta. Les suites opératoires ont été bonnes, on a noté une légère anémie avec hémoglobine à 10,5g/dl et la sortie a été autorisée au 6ème jour post opératoire avec prescription du Féfol®.

III.1.3.Troisième cas clinique

Patiente NZ. N, 30 ans, commerçante, originaire de Nyakabiga (mairie de Bujumbura) est admise dans le service de maternité du CHUK pour douleurs abdominales diffuses, céphalées, dysurie sur aménorrhée de 10 semaines.

Dans ses antécédents gynéco-obstétricaux, c'est une femme 3ème geste, primipare avec un enfant vivant et un accouchement prématuré à 6 mois de la 2ème grossesse ; elle avait été césarisée en 1994 pour macrosomie.

Dans ses antécédents médicaux, c'est une femme hypertendue connue depuis 1983 sous Aldomet®.

A l'arrivée, l'examen général notait une tension artérielle à 12/7, elle était apyrétique. Elle présentait une asthénie, des conjonctives légèrement colorées et une sensibilité diffuse de tout l'abdomen accentué en periombilical.

L'examen gynécologique montrait une cicatrice d'incision médiane sous ombilicale.
Le toucher vaginal notait un col long postérieur ferme et fermé. On n'a rien dit sur les culs de sac vaginaux.

Les hypothèses retenues :

- Infection urinaire sur grossesse de 10 semaines d'aménorrhée.
- Grossesse extra utérine

En hospitalisation, elle a fait un saignement minime, des douleurs pelviennes importantes.
L'examen physique fait le même jour en hospitalisation a noté une tension artérielle à 12/7, conjonctives légèrement pâles, sensibilité abdominale importante.
Le toucher vaginal a noté un utérus difficile à sentir, un col long postérieur ferme et fermé.
On a demandé un test de grossesse en urgence qui est revenu positif et une échographie en urgence qui n'a pas été faite.

Un autre examen réalisé le 2ème jour en hospitalisation a montré une sensibilité abdominale, une matité abdominale.
Le toucher vaginal a retrouvé un utérus de taille normale.
On a conclu à une grossesse extra utérine et on a fait une laparotomie qui a montré : un hémopéritoine de sang rouge qu'on a aspiré.
A l'exploration on a retrouvé l'embryon avec ses membranes dans la cavité abdominale ; retrait de l'embryon et de ses membranes en bloc.
Les ovaires et les trompes étaient normaux. On n'a pas précisé la localisation placentaire ainsi que le geste effectué pour celui-ci.

Le diagnostic final a été celui de grossesse abdominale confirmé à la laparotomie.
On n'a pas fait le dosage de l'hormone chorio gonadotrophique (ß-HCG).
Il y a eu de bonnes suites post-opératoires et la patiente est sortie de l'hôpital 8 jours après l'opération.

III.1.4. Quatrième cas clinique

Patiente B.C, 44 ans, ménagère, originaire de Gitega, est admise dans le service de maternité du CHUK le 12/03/2004 ; elle était transférée de l'hôpital de Gitega sur demande de la famille pour grossesse arrêtée de 22 semaines d'aménorrhée après quelques épisodes de métrorragies.

Dans ses antécédents gynéco-obstétricaux, c'est une femme 9ème geste, 7ème pare, avec 6 enfants en vie et une fausse couche à la 8ème grossesse dont on n'a pas précisé le terme.

Dans ses antécédents médicaux elle n'avait pas de particularité.

A l'arrivée l'examen physique notait une tension artérielle à 12/7 ; des conjonctives peu colorées.
Elle était apyrétique.

L'examen gynécologique notait l'absence des contractions utérines, les bruits du cœur fœtal n'étaient pas perçus.
La hauteur utérine n'a pas été mesurée.
Le toucher vaginal notait un col long postérieur ferme et fermé.

On a conclu à une grossesse arrêtée à 22 semaines d'aménorrhée.
On a appliqué le protocole Cytotec® pour évacuer l'utérus à raison d'un comprimé en intravaginal toutes les 6 heures.
Devant l'absence des contractions utérines et des modifications cervicales, on a demandé une échographie qui a montré :
Un utérus vide avec des contours réguliers nets, un embryon sans activité cardiaque dans la cavité abdominale.

Le diagnostic final a été celui de grossesse abdominale sur données échographiques.
Une laparotomie exploratrice a été décidée.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on a trouvé l'embryon mort dans cette cavité abdominale. L'extraction aisée a fait sortir l'embryon et le placenta en bloc. Les ovaires et trompes étaient normaux.
L'insertion placentaire n'avait pas été précisée.

Dans son évolution post opératoire, il y a eu lâchage de la suture externe avec suppuration pariétale.
L'écouvillonnage fait a isolé Escherichia Coli sensible à la Ciprofloxacine.
Il y a eu reprise de la paroi au 23ème jour post opératoire.
Il y a eu une bonne évolution sous traitement et la sortie a été autorisée au 31ème jour post opératoire.

III.1.5. Cinquième cas clinique

Patiente Ba.J 35ans, cultivatrice, originaire de kamenge (Mairie de Bujumbura), est adressée par le service de radiologie dans le service de maternité du CHUK le 29/08/2005 après découverte d'une GEU à l'échographie. Elle avait présenté depuis 2 semaines des douleurs pelviennes sur aménorrhée de 13 semaines.

Dans ses antécédents gynéco-obstétricaux c'est une 7ème geste, 6ème pare avec 6 enfants en vie.

A l'arrivée, l'examen physique notait une tension artérielle à 11/7, des conjonctives bien colorées, elle était apyrétique.

Le toucher vaginal douloureux a montré un col long postérieur ferme et fermé avec absence de saignement.

Les examens para cliniques réalisés étaient :
Un test de grossesse qui était positif ; une échographie pelvienne qui a montré un utérus augmenté de volume mais vide. Un fœtus vivant et actif de 13 semaines d'aménorrhée en intra abdominale à distance de l'utérus ; d'insertion probablement mésentérique.
Le dosage de l'hormone chorio gonadotrophique (ß-HCG) n'a pas été fait.

On a conclu à une grossesse abdominale évolutive de 13 semaines d'aménorrhée confirmée à l'échographie.

En hospitalisation, la patiente a gardé un bon état général avec un abdomen souple.
On a opté de faire une expectative et on a demandé le bilan pré opératoire.
Le lendemain, la patiente a présenté des douleurs abdominales intenses accentuées à la palpation de la fosse iliaque droite et une laparotomie a été décidée.
A l'ouverture, il y avait un hémopéritoine de grande abondance avec beaucoup de caillots.
A l'exploration on a retrouve un embryon mort dans la cavité abdominale. On a retiré l'embryon et le placenta en bloc. Les pavillons et les trompes étaient normaux.
L'insertion placentaire n'a pas été précisée.
En per-opératoire, une transfusion de sang isogroupe isorhesus a été faite car à l'ouverture de la paroi, la patiente avait présenté un état de choc.

Il y a eu de bonnes suites post opératoires, la patiente est sortie de l'hôpital au 8ème jour post opératoire.

III.2 RESULTATS

III.2.1. Fréquence

Sur une période de 10 ans, 5 patientes ont été hospitalisées et traitées pour GA à la maternité du CHUK.
Dans cette même période, nous avons eu 16713 accouchements et 150 GEU opérées.
La fréquence des GA est donc de :
1/3343 accouchements normaux et de 1/30 GEU

Tableau 1: Fréquence de la GA au CHU de Kamenge

Année	Accouchements	GEU	GA	GA/Acc	GA/GEU
1996	917	9	0	0	0
1997	1180	15	1	1/1180	1/15
1998	1603	13	0	0	0
1999	2035	23	2	1/1017	2/23
2000	1978	17	0	0	0
2001	1727	15	0	0	0
2002	1976	14	0	0	0
2003	1700	12	0	0	0
2004	1544	7	1	1/1544	1/7
2005	2053	25	1	1/2053	1/25
Total	16713	150	5	1/3343	1/30

III.2.2. Age

L'âge moyen des patientes est de 33.6 ans, avec des extrêmes allant de 25 à 44 ans

III.2.3. Gestité et Parité

Dans notre étude 4 patientes étaient multi gestes et multipares.
Une patiente était primigeste et nullipare

III.2.4. Antécédents des patientes

Tableau 2:Antécédents des patientes

Antécédents	Nombre de cas
Stérilité	0
Curetage	0
Infection génitale	1
Césarienne antérieure	1
DIU	1
Aucun antécédent	2

III.2.5. Adresse

Quatre des cinq patientes provenaient de Bujumbura Mairie, une patiente provenait de l'intérieur du pays

III.2.6. Age de la grossesse en SA

Tableau 3:Terme au moment du diagnostic

Age de la grossesse en SA	Nombre de cas
3-7	1
8-12	1
13-17	2
18-22	1

L'âge de la grossesse au moment du diagnostic était compris entre 3 et 22 SA

III.2.7. Signes cliniques

III.2.7.1. Signes fonctionnels

Tableau 4: Signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Nombre de cas
Douleurs abdomino-pelviennes	5
Métrorragies	3
Aménorrhées	5
Absence de mouvements fœtaux	1

Les signes fonctionnels sont dominés par la triade douleur-aménorrhée- métrorragie.

III.2.7.2. Signes physiques

Tableau 5: signes physiques à l'admission.

Signes d'examen	Nombre de cas
Masse pelvienne	3
Col latéro-dévié à droite	1
Signes de choc	0
Défense abdominale	3
Utérus augmenté de volume	2
Cul de sac postérieur bombant	1

Dans l'ensemble les signes physiques n'ont pas été déterminants dans le diagnostic.
La palpation douloureuse n'a pas facilité l'examen physique dans la quasi-totalité des cas.
La douleur a opposé une défense pariétale (3ème cas clinique) empêchant la palpation profonde.
Le TV a permis de déterminer les caractères du col utérin, ainsi que d'apprécier les douleurs et bombement du Douglas.
Il était en position normale chez les 5 patientes.
Le bombement du cul de sac postérieur est retrouvé dans 1 cas sur les5.

III.2.8. Les examens complémentaires réalisés :

L'échographie pelvienne a été pratiquée chez 3 patientes sur les cinq et a confirmé le diagnostic de GEU chez les 3 patientes.
Un test de grossesse a été réalisé chez toutes ces patientes et a été positif dans tous les cas
L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a été demandé chez un seul cas sur les cinq mais on n'a pas pu avoir les résultas de cet examen ($2^{ème}$ cas clinique)
Dans le 4eme cas clinique, un déclenchement du travail après conclusion de grossesse arrêtée a été fais.
L'absence des contractions utérines et des modifications cervicales a fait suspectée le diagnostic de GEU.
Le diagnostic de GEU a été redressé par l'échographie abdomino-pelvienne.
Dans les autres cas, le diagnostic de GA a été un diagnostic de laparotomie ($2^{ème}$ et $3^{ème}$ cas clinique)

III.2.9. Traitement

Le traitement a été essentiellement chirurgical chez toutes les patientes.
Chez 4 sur les 5 patientes, l'intervention a été réalisée après la mort de l'oeuf.
L'extraction a toujours été aisée.
Le placenta adhérait à la face postérieure de l'utérus (1er cas clinique).
Dans les autres cas cliniques, la localisation placentaire n'a pas était précisée.
L'intervention a été précédée d'une courte réanimation à base d'une perfusion de solutés isotoniques : G5% et sérum physiologique (1er et 4ème cas cliniques) et une transfusion de sang iso groupe Iso rhésus (2ème, 3^{ème,} 5ème cas clinique)
On a fait une incision médiane sus et sous ombilicale chez toutes les patientes.

III.2.10. PRONOSTIC

III.2.10.1. Pronostic maternel

Le pronostic maternel a été excellent. Il n'y a pas eu de décès maternel dans notre série.
Cependant, les complications post- opératoires ont entraîné une prolongation du séjour en milieu hospitalier. Ces complications ont été dominées par l'infection (4ème cas clinique).
Les anémies sont restées modérées.

III.2.10.2. Pronostic fœtal

Le pronostic est mauvais puisque aucune grossesse n'a évoluée au delà de 22 SA dans notre série

Tableau 6: Tableau récapitulatif des résultats

N°	Nom/Année	Age	Parité	ATCD	Age Gestation	Circonstance du diagnostic	Adresse	Conduite tenue	Evolution Sous ttt
1	B.A (1999)	25	0	-	13 SA	ECHO.PELV	KININDO	LAPARO	BONNE
2	G.F (1997)	34	3	DIU	3 SA	LAPARO	KININDO	LAPARO	BONNE
3	NZ.N (1999)	30	1	- CESA -F.C -HTA	10 SA	LAPARO	NYAKABIGA	LAPARO	BONNE
4	B.C (2OO4)	44	7	FC	21 SA	ECHO	GITEGA	LAPARO	INFECTION
5	B.JACQ (2005)	35	6	-	13 SA	ECHO	KAMENGE	LAPARO	BONNE

IVEME PARTIE : DISCUSSION ET REVUE DE LA LITTERATURE

IV.1 EPIDEMIOLOGIE

IV.1.1. Fréquence

La fréquence de la grossesse abdominale varie d'un pays à l'autre.
Deux facteurs dépendant du niveau socio-économique du pays semblent l'influencer profondément :

- L'incidence de l'infection génitale et
- L'insuffisance de suivi de la grossesse

La grossesse abdominale est très rare. Son taux est estimé mondialement à 1/10000 grossesses (22).
La grossesse abdominale est exceptionnelle dans les pays riches entre 1/7000 à 1/15000 accouchements (23).Par contre, elle fréquente dans les pays du tiers-monde et est évalué à 1/1134 en Afrique du Sud (24) et à 1/2583 à Dakar (13).
Dans notre étude la fréquence est de 1/3343 accouchements normaux.

Tableau 7:Fréquence de la GA par rapport aux accouchements.

Auteurs	Année	Fréquence	Pays d'origine
Cetin MT et Coll. (25)	1992	1/10000-15000 Acc	Europe
Setouani A et Coll. (26)	1978-1986	1/11250 acc	Maroc
Bouaziz N et Coll. (27)	1997	1/7222-11413 Acc	Tunisie
Koubaka R et Coll. (28)	1991-1995	1/4017	Turquie
Boutaleb Y et Coll. (26)	1970-1986	1/2792	Cote d'ivoire
Snaibi A et Coll. (26)	1989	1/2583	Sénégal
Notre série	1996-2005	1/3343	Burundi

L'incidence de la GA est mieux appréciée par rapport aux GEU que par rapport aux accouchements normaux.
Ici aussi, les chiffres sont variables :

Tableau 8:Fréquence de la GA par rapport aux GEU

Auteurs	Année	Fréquence de la GA par rapport aux GEU
Renaud et Coll. (5)	1969	0.98%
Diouf et Coll. (29)	1996	4.87%
White et Coll. (30)	1989	1.6%
Murphy et Coll. (31)	1990	1%
Notre série	1996-2005	3.3%

Nos résultats sont comparables à ceux des autres auteurs africains et confirment la rareté de cette pathologie.

IV.1.2 Age des patientes

Dans notre étude, l'âge moyen est de 30 ans avec des extrêmes allant de 25 à 44 ans.
Dans les différentes observations publiées dans la littérature, l'âge des patientes variait entre 23 et 45 ans ; 2/3 d'entre elles avait plus de 35 ans (27)
Nos résultats sont comparables à ceux des autres auteurs et prouvent que la grossesse abdominale est une pathologie de la femme âgée.

IV.1.3 Gestité et Parité

Dans notre série la gestité moyenne était de 4.8 avec des extrêmes allant de 1 à 9 ; la parité moyenne était de 3.4 avec des extrêmes allant de 0 à 7.
Ces observations corroborent celles de la littérature, selon lesquelles la grossesse abdominale survient surtout chez les femmes de plus de trente ans, peu féconde (27)
Dans notre étude, une patiente a eu une grossesse abdominale à sa première geste

IV.1.4 Provenance des malades

Dans notre étude, 4 sur les 5 patientes provenaient de la ville de Bujumbura.
Une patiente sur les 5 provenait de l'intérieur du pays.
Dans l'étude réalisée par Atayi L et Coll. (13) à Dakar, toutes les patientes étaient de cette même ville
Les résultats des 2 études prouvent que la grossesse abdominale est plus diagnostiquée dans le milieu urbain que dans le milieu rural.
Ceci s'explique par l'inégale répartition des moyens matériels et humains au profit des villes permettant ainsi le diagnostic aisé de la GA dans les villes que dans les campagnes.
Cette réalité nous permet de dire que la majorité des GA passe inaperçu surtout dans le milieu rural.

IV.1.5. Facteurs favorisants

On retrouve les facteurs de risque des grossesses ectopiques :
Stérilité, dispositif intra-utérin (DIU), grossesse obtenue après fécondation in vitro (FIV) ; un antécédent traumatique utérin : Interruption volontaire de la grossesse par aspiration (33) ; cicatrice utérine de GA avec récidive de GA avancée de même localisation (34) ; cicatrice de césarienne segmentaire (35) ou segmento-corporéale (36).
Sont également décrites à titre anecdotique, les GA après hystérectomie : 29 cas recensés dans la littérature en 1984(37).
On distingue les GA précoces ou la conception a lieu dans les jours précédant l'hystérectomie : 19 cas décrits dont un d'issue favorable décrite par Jackson (38) ;
Des GA tardives : 10 cas où la fécondation abdominale a eu lieu jusqu'à 11 ans après l'intervention.
Dans notre série, une patiente avait des antécédents de césarienne ; une autre patiente avait des antécédents de DIU et une autre avait des antécédents de fausse couche.
Dans les autres cas on ne notait pas d'antécédents particuliers.

IV.1.6. Terme au moment du diagnostic

Dans notre série, le terme variait entre 3 SA et 22 SA avec une moyenne de 12 SA.
Ces résultats sont comparables à ceux de la littérature qui dit que la GA est surtout diagnostiquée au premier et au deuxième trimestre.

IV. 2 Diagnostic

IV.2.1. Signes cliniques

IV.2.1.1. Signes fonctionnels

Le diagnostic de GA jeune ne diffère pas de celui de la GEU. Il repose sur les trois critères classiques de l'ectopie (33) : Cliniques, biologiques et para cliniques.
Au delà du premier trimestre, le tableau clinique est dominé par des douleurs abdomino-pelvienne de degré et de localisation variables.
Ces douleurs, souvent permanentes, peuvent s'accompagner d'hémorragie interne fréquemment sous la forme d'hémopéritoine avec tableau de choc (23,39).
Un groupe d'autres signes permet d'orienter le diagnostic vers une grossesse abdominale :

- les métrorragies (25,27)

-les troubles digestifs : nausée, vomissement, constipation, subocclusion.

- le syndrome toxémique (28)
- l'altération de l'état général
- le dépassement de terme et la dystocie irréductible, fréquemment rencontré en Afrique (28)

Il est donc opportun d'évoquer cette affection, bien qu'elle soit rare, chaque fois qu'une femme enceinte consulte pour douleur abdominale avec trouble du transit (33).

IV.2.1.2. Signes physiques

L'examen physique est caractéristique.
L'inspection note un abdomen étalé en rapport avec une présentation irrégulière.
La palpation confirme la position anormale du fœtus qui est superficiel sous la peau, peu mobile et surtout irréductible.

Les contractions physiologiques de Braxton Hicks fréquentes en fin de grossesses sont absentes (28,33)
Au toucher vaginal, le déplacement marqué du col utérin vers la symphyse pubienne est évocateur (40,41). D'après certains auteurs, le diagnostic clinique peut être mieux orienté par un test à l'ocytocine : l'absence de contractions utérines est considéré comme pathognomonique d'une GA (40, 42, 43)

Au total, la latence clinique et la symptomatologie non spécifiques impose un diagnostic différentiel avec d'autres affections associées à la grossesse (appendicite, cholécystite, occlusion intestinale, tumeur abdomino-pelvienne.....).

Dans notre série, les signes cliniques n'ont pas été déterminants. Le tableau clinique a été dominé par des douleurs abdomino-pelvienne et les métrorragies.
Le diagnostic a été posé au premier trimestre dans 2 cas sur 5 et au deuxième trimestre dans les 3 cas restants.

IV.3 Les examens complémentaires

Les examens complémentaires sont d'une aide précieuse (26)

IV.3.1.L'échographie

Elle est l'élément essentiel du diagnostic et permet de confirmer la suspicion clinique (27)
L'apport échographique est capital, évoquant le diagnostic et posant l'indication d'une IRM dans la précision du siège d'insertion placentaire.
L'échographie est donc l'examen d'imagerie déterminant (30,44)
Elle permet de visualiser (44) :

- le fœtus en dehors de l'utérus
- l'absence de paroi utérine entre le fœtus et la vessie

- la localisation du placenta en dehors des limites de la cavité utérine et ses rapports avec les organes abdominaux (intérêt capital pour l'approche chirurgicale).

Dans notre série, l'échographie a permis de confirmer le diagnostic de GA dans 3 cas sur les 5.

IV.3.2 IRM

L'IRM utilisée par certains auteurs (33) permet en plus des données échographiques (étude fœtale et utérine), de situer avec précision le siège d'insertion placentaire (45).Celui-ci détermine les risques maternels et la survie fœtale.
Une insertion totale ou partielle sur l'utérus semble moins hémorragique et de meilleur pronostic pour le fœtus (46)

Elle permet également de suivre l'involution placentaire (33)

IV.3.3.La Radiographie

La radiographie de l'abdomen sans préparation (Rx ASP) donne des renseignements sur le fœtus lui-même et sa localisation dans l'abdomen.
L'ASP de face peut montrer une attitude vicieuse du fœtus et surtout la conservation de cette attitude vicieuse à des clichés successifs (41).
Sur le profil, on peut noter la projection du squelette fœtal derrière le rachis maternel, signe très évocateur.
L'erreur technique est fréquente (41)
En plus de l'attitude anormale du fœtus, on note une superposition de gaz intestinaux maternels.
Ces gaz se trouvent en dessous de l'image fœtale alors que quand le fœtus est en intra utérin, le cadre colique est refoulé en haut et latéralement par l'utérus gravide.

IV.4 Traitement

Concernant la prise en charge d'une grossesse abdominale, les facteurs suivants sont souvent considérés :

- les complications maternelles
- la présence des anomalies congénitales
- la viabilité fœtale et l'âge gestationnel à l'admission

La prise en charge définitive de ces malades est une laparotomie.
Lorsque le diagnostic est posé, une laparotomie immédiate est recommandée (47, 48, 49) ; cette laparotomie immédiate a comme but de minimiser les complications maternelles. L'intervention tardive peut entraîner une hémorragie intra-péritonéale importante ainsi que la mort fœtale.
Il faut donc s'inquiéter beaucoup plus pour la sécurité de la mère que du foetus
Cependant, il y a de rares circonstances qui peuvent justifier de prolonger la grossesse pour une courte période pour permettre le fœtus d'avoir une bonne chance de survivre.
Ceci seulement quand le fœtus a atteint l'âge gestationnel mature ; chez une malade avec mauvais antécédents obstétricaux (grossesse précieuse).
Dans ces cas, une surveillance constante à l'hôpital est nécessaire (50)

Au cours de la laparotomie, après extraction du fœtus, un problème demeure : celui du placenta.
Que la grossesse soit précoce ou avancée, si la vascularisation du placenta peut être aisément clampée, il est recommandé de l'enlever totalement pour éviter les complications.
Une ablation complète du placenta permet une récupération opératoire rapide.

Mais si l'insertion est sur des organes nobles comme le foie, les intestins, il est préférable de le laisser in situ, car son ablation hasardeuse peut être associée à des hémorragies incontrôlables éventuelles. Le cordon est souvent lié et coupé au ras (le plus près possible) du placenta.

Ce placenta laissé in situ a cependant la possibilité d'entraîner :

- un iléus paralytique,
- des infections (péritonite, abcès),
- un séjour prolongé à l'hôpital,
- un choriocarcinome,
- une deuxième opération pour son ablation.

Pour accélérer sa résorption, certains auteurs recommandent l'usage de Méthotrexate®, mais son utilisation reste encore controversée vu sa toxicité (30, 51)

Dans notre série, l'intervention a été réalisé aussitôt le diagnostic posé .Lors de laparotomie, l'extraction fœtale a été suivi par le décollement aisé du placenta.

Tableau 9:Pronostic néonatal en cas d'expectative.

Auteurs	Année	Nombre de naissance	Age en SA au diagnostic	Survie néonatale
Cetin (25)	1992	2	-	Oui
Ravera (54)	1997	1	-	Oui
Dubinsky (45)	1996	5	-	Oui pour 2/5
Bajo (52)	1996	1	-	Oui
Bassil (55)	1991	1	21SA	Oui
Hage (56)	1988	2	18SA	Oui
Hall (57)	1996	1	21SA	Oui
Total		13		9/13

Il ressort de ce tableau que la survie néonatale en cas d'expectative est possible (9survies/13naissances).

IV.5 Eléments Pronostics

IV.5 .1 Pronostic fœtal

Tableau 10: Pronostic fœtal

Auteurs	Année	Mortalité néonatale %
White (30)	1989	78.26%
Dubinsky et coll. (45)	1996	63.63%
Ramirez et coll. (53)	1998	83.4%
Notre série	1996-2005	100%

Le pronostic fœtal est très mauvais. La mortalité périnatale est évaluée de 75 à 95%
Dans notre série, aucun enfant n'est né vivant soit une perte fœtale de 100%

IV.5 .2 Pronostic maternel

Tableau 11:Mortalité maternelle de la GA

Auteurs	Année	NGA	N décès	Taux de mortalité
Ware (57)	1941	13	2	14.8%
Hreschyshyn (58)	1961	101	2	2%
Beecham (29)	1962	65	3	5%
Forester (59)	1967	12	1	8.3%
Renaud (5)	1969	8	1	12.5%
Delke (81)	1982	10	-	O%
Tanoh (52)	1988	11	1	9%
Notre série	1996-2005	5	-	O%

La mortalité maternelle reste une préoccupation majeure même si Delke (81) comme nous, n'observe pas de décès dans sa série

La mortalité maternelle consécutive a une GA varie entre 0 et 18% selon les séries, due essentiellement aux complications infectieuses et aux hémorragies (41, 42)
Le pronostic maternel est variable, fonction du retard de diagnostic et de l'attitude prise vis-à-vis du placenta

V. CONCLUSION

Au terme de notre étude sur la grossesse abdominale, nous avons conclu que ce type de grossesse pathologique est très rare.

Sa fréquence est de 1/3.343 accouchements normaux.
Elle représente 3,3% des GEU.

Les principaux facteurs de risques retrouvés dans notre étude ont été dominés par les antécédents de césarienne ; de dispositif intra-utérin ; ainsi que les infections génitales.

Le diagnostic a été souvent établi au premier ou au deuxième trimestre grâce à l'échographie.

Toutefois, certaines patientes n'avaient pas fait d'échographies pelviennes et le diagnostic de grossesse abdominale a été posé à la laparotomie exploratrice.

Le traitement a été toujours une sanction chirurgicale chez toutes les patientes
Aucun problème n'est apparu durant l'intervention.

L'insertion placentaire a été précisée dans un cas sur les cinq.
L'évolution a été bonne dans la majorité des cas avec une durée d'hospitalisation de 8 jours en moyenne.
Une complication infectieuse chez une patiente à type de suppuration pariétale a été observée.

VI. RECOMMANDATIONS

Afin d'améliorer la prise en charge des GA, quelques recommandations ont été formulées :

1. Aux femmes :

De faire des consultations prénatales surtout au premier trimestre afin de faciliter des diagnostics précoces.

Faire une échographie précoce pour la vitalité et la localisation.

2. Aux agents des soins de santé :

-D'expliquer aux femmes l'importance de faire une surveillance de la grossesse
-D'expliquer aux femmes le danger des IST sur le devenir obstétrical de la femme

3. Aux Médecins :

De faire une surveillance rigoureuse de toute femme enceinte ayant des antécédents d'infection génitale

4. Aux Gynécologues :

De promouvoir une bonne prise en charge des GEU afin d'améliorer le pronostic maternel et fœtal

5. Au ministère de la santé :

De multiplier les outils diagnostics permettant le diagnostic précoce de cette pathologie

VII. BIBLIOGRAPHIE.

1. THEROND J.P : A propos de 4 cas de grossesses abdominales, Thèse 1961. Paris

2. POIZAT R. ET LEWIN F. : Grossesse extra-utérine après le 5eme mois, EMC Paris Obstétrique 5069D. 5-1982

3. LE LORIER G. ; PALMER P. : BOURY- HEYLER ; COHEN J. : Précis de gynécologie. Paris Masson 27ème édition 1979 279-281

4. HUBIMONT G. ET HUBIMONT P. : Un cas de grossesse abdominale a terme (complications secondaires d'une myomectomie)
Bull. Féd. Soc. Gyn et Obstétr. 1952, 3, 433

5. RENAUD R. ; C.BOURY-HEYLER ; P.LEISSMER ET COLL
Les grossesses abdominales après le 6ème mois. Revue de la littérature à propos de 8 cas. Gynécol. obstét. 1969, 8, 3, 287-317

6. CORREA P., DIADHIOU R. ; LAUROY J.ET COLL:
Evolution exceptionnelle de la grossesse abdominale
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1979, 8, 3 235-241

7. NAHMAMOVICI C. : Grossesse abdominale et utérus malformé. J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1980; 9, 3, 369-371

8. NDAYISABA V. : Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine à Conakry ; Aspects statistiques, épidémiologiques, traitement et prophylaxie
Thèse Méd. Conakry, 1975

9. LANSAC J ; P. LE COMPTE : Grossesse extra-utérine in gynécologie pour le praticien
Editions SIMEP, 2ème édition 1984

10. ROBERT, GR. PALMER, BOURY HEYLER
Grossesse extra-utérine in précis de gynécologie
Edition Masson, 2ème, Paris, 1979, p 273

11. LOFFREDO V. TESQUIER L. PARIS FX, DE BRUX J :
La grossesse extra-utérine EMC (France)
Gynécologie 700 à 10 6, 1984 144-16

12. LEVY G. MULLER G. PIGAGLIO O :
Grossesse intra-utérine et grossesse extra-utérine simultanées.
Rev Franc .Gynécol. Obstétr. 1987, 82, 12, 729-732

13. CORREA P. ; ATAYI L. CAVEL ET COLL.: Quelques aspects particuliers de la grossesse abdominale (à propos de 18 cas relevés en milieu africain a DAKAR)
Bull. Féd. Soc. Gynécol. Obstét 1965, 17, 872-874

14. SERVILLE F. ; LEMG J.J. ; LALLAU-LACROUT B. ET C0LL : Déformations fœtales après rupture prématurée des membranes dans un utérus malformé.
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1983, 10, 3, 286-287

15. DE TOURRIS; HERION R- ; DE LECOUR M. :
Gynécologie et Obstétrique. Paris Masson 1979 144-146

16. MERGER R.; LEVY J.; MELCHIOR J.:
Précis d'obstétrique 5ème 1979 Masson 243-244

17. GRANJON A.L : Gestation ectopique a terme.
Bulletin médical 1951, 13, 303-304

18. BUCHET R. : Le lithopédion rarissime [masse] pelvi-abdominale. J. Radiol. Electrol. 1967, 48, 40, 10, 537-548

19. FAUVRE CL. ET NAUDIN E.P. : Radiologie en gynécologie, EMC Paris 1975, pp 551-553

20. MAGNIM P. ; NAUDIN E.P. ; TOULON J.M. :
Radiodiagnostic obstétrical. 6ème édition. Paris
Expansion Scientifique p. 77-78.

21. RAHMAN J. ; RAHMAN M.S. ; A.L.SVLEIMAN.S.A.
Advanced abdominal pregnancy. Observation in 10 cases.
Obstetric-Gynecology 1983, 59, 3, 366-372

22. JAZAYERI A., DAVIS TA., CONTRARAS AN.
Diagnosis and management of abdominal pregnancy.
A case report. J. Reprod.Méd. 2002, Dec.47 (12): 1047-1049

23. POIZAT R., LEWIN F.
Grossesse extra-utérine après le 5eme mois
Encycl. Méd. Chir., Obstétrique, 5069 D10, 5-1982

24. SANTOS-DIAZA A.: Advanced abdominal pregnancy: Three cases with a review of the literature
S. Afr. Méd. 1971, 69: 297-307

25. CETIN MT, ARIDOGAN N. COSKUN A.
La grossesse abdominale a propos de 6 cas personnels
Rev. Fr. Gynécol. Obstétr. 1992 ; 87 :76-78

26. SETOUANI A., SNAIBI A., BOUTALEB Y.
La grossesse abdominale a propos de 7 cas colliges de 1978 à 1986 J. Gynécol. Obstét. Biol Reprod.1989; 18: 177-180

27. BOUAZIZ N., ZHIOUA F., CHAKER A., MOUELHI C., FERCHIOU M. MERIAH S.
Un nouveau cas de grossesse abdominale avec enfant vivant et non malformé, Tunisie Médicale 1997 ; 75 : 143-145

28. LLOKI LH., KOUBAKA R., NKIHOUABOUGA-GUINOT G., IBARA JR., EKOUNDZOLA JR., ITOUA-NGAPORO A.
Grossesse abdominale : neuf cas colliges en 4 ans 1991-1995 au CHU de Brazzaville (Congo)
Rev. Fr. Gynécol. Obstétr. 1999 ;94 : 40-43

29. BEECHAM D ET COLL :
Abdominal Pregnancy at charity hospital in new Orleans.
Am J.Obstet.Gynecol.1962,84,1257-1270.

30. WHITE R.G.: Advanced abdominal pregnancy:
A review of 23 cases. Ir. J. Med. Sci, 158: 77-78, 1989

31. MURPHY W.D., FEIGLIN D.H., CISAR C.C., AL-MALT A.M., BELLON E.M.: Magnetic resonance imaging of a third trimester abdominal pregnancy.
J. Magn. Reson. Imaging., 8 : 657-659, 1990

32. HAINAUT F., MAYENGA JM. CRIMAIL P.
Grossesse abdominale tardive. A propos d'un cas.
Rev. Fr. Gynécol. Obstétr. 1991 ; 86 : 522-528

33. NEHRA P.C., LOGINSKI S.J. : Pregnancy after vaginal hysterectomy. Obstet. Gynecol.1984; 64: 735-737

34. JACKSON P., BARROWELOUGH IW., FRANCE J T., PHILLIPS LI.: A successful pregnancy following total hysterectomy. Br. J. Obstet. Gynecol. 1980; 87: 353-355

35. TAM KL. VENGADASALAM D., LEON TH.

Recurrent abdominal pregnancy.
J. Obstet. Gynecol. Br Common 1971; 78: 1044-1046

36. NEIGER R., WELDON K., MEANS N.
Intra mural pregnancy in cesarean section scar.
A case report. J. Reprod. Med. 1998; 43: 999-1001

37. KINSLER WL., SCORZA WE., VINTZILEOS AM.
Recurrent uterine rupture after abdominal pregnancy.
J Marten Fetal Med 2001; 10: 423-425

38. COHEN JM., WEINREB JC, LOWE TW, BROWN C.MR
Imaging of a viable fulltren abdominal pregnancy.
Am J. Roentgenol 1985; 145: 407-408

39. DUCHAMP M., MEZIN R.
Association grossesse abdominale- grossesse intra utérine, A propos d'un cas et revue de la littérature.
J. Obstet Gynecol. Biol Reprod. 1994; 23: 440-443

40. BROWN RC., VARNER MW.
Anemia as a sign of abdominal pregnancy.
Am Fame Physician 1984; 29: 135-138

41. AITOUYAHIA B., TERKI S., GANA S.
Echographie et grossesse abdominale
Rev. Fr. Gynécol. Obstet. 1983 ; 78 : 765-770

42. SMITH FW ET COLL.
Nuclear magnetic resonance imaging a new looks at the Faetus Br. J.Obstet. Gynecol. 1985; 92: 1024-1033

43. SFAR E., KAABAR H., MARRAKECHI O., ZOUARI F., CHELLI H. ; KHAROUF M., CHELLI M.
La grossesse abdominale, entité anatomo-clinique rare. A propos de 4 cas (1981-1990)
Rev. Fr. Gynécol. Obstétr. 1993, 88 : 261-265

44. LEPERS S., BESSERVE P., MONTRAVERS P.
Prise en charge anesthésique pour accouchement d'une grossesse abdominale.
Ann Fr Anesth Reanim 1999; 18: 530-533

45. DUBINSKY TJ., GUERRA F., GORMAZ G., MAKDAD N. Foetal survival in abdominal pregnancy: a review of 11 cases J. Clin .Ultrasound 1996; 24: 513-517

46. RIETHMULLER D., COURTOIS L., MAILLET R., SCHAAL JP. Ectopic pregnancy management cervical and abdominal pregnancies. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris) 2003 Nov. 32 (7 suppl.) : S 101-108

47. CORDERO DR., ADRA A., YASIN S., O'SULLIVAN MJ. Intraligamentary pregnancy.
Obstet. Gynecol.Surv. 1994 Mar. 49 (3): 206-209

48. STRAFFORD JC., RAGAN WD.,
Abdominal pregnancy review of current management.
Obstet. Gynecol. 1997 Nov. 50 (5): 548-552

49. DENEKE F.,
Advanced abdominal pregnancy in an Ethiopian mother: case report.
East Afr. Med. J. 1997 Aug. 74 (8): 535-536

50. BOUZID F., CELLAMI D., BAATIS., CHAABOUNIM., TRIKI J.,
LAMINE L., REKIKI S.
La grossesse abdominale. Rev. Fr. Gynecol. Obstet. 1996; 91: 616-618

51. PARTINGON CK., STUDLEY JGN., MENZIESGOW N.
Abdominal pregnancy complicated by appendicitis. Case report.
Br J Obstet Gynecol 1986; 93: 1011-1012

52. TANOH L., BA P., DJANHAN Y., AYANDHO J., ANOMA M., KONE
M., BOHOUSSOU KM:
A propos de 11 cas de grossesses abdominals colliges en 4 ans J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 17: 934, 1988

53. RAMIREZ E.B., ANCONA R.B., PEREYRA LS., GARCIA-BENITEZ C.Q
Abdominal pregnancy, institutional experience. Gynécol. Obstét. Mex., 66: 287-289, 1998.

54. RAVERA M., COCOZZA E:
Late abdominally pregnancy: expectant management with survival of the
Infant. Clin. Exp. Obstétr. Gynécol., 24 : 107-108, 1997

55. BASSIL S., POULY J.L., CANIS M., VYE P., CHAPRON C., BRUHAT M.A:
Advanced heterotopic pregnancy after in-vivo fertilization and embryo transfer, with survival of both the baby and the mother.Hum. Reprod. 6: 1008-1010, 1991.

56. HAGE M.L, WALL LL. KILLAM A:
Expectant management of abdominal pregnancy.
A report of two cases. J. Reprod. Med., 33: 407-410, 1988

57. HALL J.M., MANNING N., MOORE N.R., TINGEY W.R.; CHAMBERLAIN P.:
Antenatal diagnosis of a late abdominal pregnancy using ultrasound and magnetic resonance imaging: a case report of succeful outcome.
Ultrasound. Obstet. Gynecol., 7 : 289-292, 1996

58. HERSCHYSHYN M.M., ET COLL :
What is the actual present day management of the placenta in late abdominal pregnancy.
Analysis of 101 cases.
Am. J.Obstet.Gynecol,1961,81,302-317.

59. FORESTER W.H., MOORE D.T:
Abdominal Pregnancy.Report of 12 cases.
Obstet. Gynecol. 1967,30,249-252.

60. HAM DAN M., ROUSSEAU G., WAGNER J.
Grossesse abdominale, un cas autochtone avec enfant à terme, vivant et normal. J Chir. 1991 ; 128 : 544-547

61. BAMBARA M., DAO B., BAMOUNI YA., KOALAGA PA., BAZIE AJ.,
KONE B. : Grossesse abdominale et grossesse tubaire.
A propos d'un cas. Un fait clinique exceptionnel.
Gynecol.Obstet Fertil 2000; 28: 446-449.

62. MARTIN Jr JNJN., RIDGWAY III LE., CONNORS JJ., SESSUMS JK.,
MARTIN RW., MORRISON JC.
Angiographic arterial embolization and computed tomography-directed drainage for the management of hemorrhage and infection with abdominal pregnancy.
Obstet Gynecol 1990; 76: 941-945

63. BEDDOCK R., NAEPELS P., GONDRY J.
Diagnosis and currents concepts of manâgement of advanced abdominal pregnancy. Gynecol Obstet Fertil 2004; 32: 55-61

64. REITHMULLER D., COURTOIS L., MAILLET R., SCHAAL JP.
Ectopic pregnancy management: cervical and abdominal pregnancies.
J. Gynecol Obstet Biol Reprod 2003; 32(Suppl. Au no 7): S101-108

65. ODOM SR., GERMER M., MUYCO AP.
Lithopedion presenting as intra-abdominal abscess and fecal fistula:
Report of a case and review of the literature.
Am Surg 2006; 72:77-78.

66. AKPADZA K., BAETA S., OUREYA H., WOZUFIA F., HDDONOU AKS
Grossesse abdominale et grossesse intra-utérine simultanées à terme avec enfants vivants : un cas.
Rev Fr Gynecol Obstet 1996 ;91 :322-324

67. KROLIKOWSKI A., JANOWSKI K.A., LARSEN J.V. :
Abdominal pregnancy ending in a live birth (letter).
S. Afr. Méd. J., 85: 186, 1995.

68. JACOB F., HELMER J., PERRIER J.F., VEDEL M., HAUGER C.:
Délivrance hémorragique lors d'une grossesse abdominale à terme avec enfant vivant. Ann. Fr. Anesth. Reanim. 5: 450-452, 1986.

69. HALATT JG., GROUE JA.
Abdominal pregnancy, a study of twenty one consecutive cases.
Am. J. obstet. Gynecol. 1985 Jun. 154 (4) : 444.449

70. FRAYER CA., HIBBERT ML.
Abdominal pregnancy in 67-year-old women undetected for 37 years.
A case report. J Reprod Med 1999; 44: 633-635.

71. ABOSSOLO T., SOMMER JC., DANCOISNE P., ORVAIN E., TUAILLON J., ISOARD L.
Grossesse abdominale du premier trimestre et traitement Coeliochirurgical J Gynecol Obstet Biol Reprod 1994; 23: 676-680.

72. FISH B., PELED Y., KAPLAN B., ZEHAVI S., NERI A.
Abdominal pregnancy following in vitro fertilization in a patient with previous bilateral salpingectomy. Obstet Gynecol 1996; 88: 642-643.

73. YU S., PENISSI JA., MOUKHTAR M., FRIEDMAN EA.
Placental abruption in association with advanced abdominal pregnancy.A case report. J Reprod Med 1995; 40: 731-735.

74. GUERMAZI S.
A propos de 2 cas de grossesse abdominale observes à l'hôpital Charles Nicolle de Tunis. Thèse méd. Sfax, 1985

75. VIGNALI M., BUSACCA M., BRIGNATE C.,DOLDI N., SPAGNOLO D., BELLONI C.
Abdominal pregnancy as a result of gamete intra-fallopian transfer and subsequent treatment with méthotrexate: a case report.
J Fertil 1990; 35: 280-283

76. FERLAND RJ., CHADWICK DA., O'BRIEN JA., GRANIA CO.
An ectopic pregnancy in the upper retro peritoneum following in vitro fertilization and embryo transfer.
Obstet Gynecol 1991; 78: 544-546.

77. MBOLOKO E., YANGA K., NGUMA M., LUSANGA D., KABWE M.
TSHIAMU B., WOLOMBY M., MPUTU L.
Les lésions tubaires et péritonéales a la coelioscopie chez les femmes stériles aux cliniques universitaires de Kinshasa.
Panorama médical 1, 13 : 793-801, 1996.

78. POULY JL., CHAPRON C., MAGE G., CANIS M., MANHES H BRUHAT MA.
Le traitement coelioscopique des grossesses extra-utérines a-t-il encore un avenir ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 1990; 19: 561-565.

79. CARTWRIGHT PS., BROWN JE., DAVIS RJ., THIEME GA., BOEHM FH.
Advanced abdominal pregnancy associated with fetal pulmonary hypoplasia:
Report of a case. Am J Obstet Gynecol 1986; 155: 396-397.

80. ADRIEN C., MOESSINGER AC.
Foetal lung growth in experimental utero-abdominal Pregnancy. Obstet Gynecol 1986; 68: 675-678.

81. DELKE., PEREZ V., TAMLER M.L.:
Abdominal pregnancy: review of current management and addition of 10 cases.Obstetric Gynecology 1982, 60, 2,200-204

82. HATORIMANA. T:
A propos de neuf cas de grossesse abdominale observées à l'hôpital Prince Régent Charles. Thèse Médecine 1985.

GROSSESSE ABDOMINALE

Fiche d` observation

I. Identité de la patiente

Nom:

Prénom:

Âge :

Profession:

Adresse:

II. Antécédents de la femme

II 1. Obstétricaux

Gestité:

Parité:

Enfants en vie:

Fausse couche: A quel terme?

MFIU : A quel terme ?

Curetâge : Oui □ Non □
Si oui, indication ?

IVG : Oui □ Non □

Grossesse extra utérine :
- A quelle gestité ?
- A quel terme ?

Variétés anatomiques :

- Ampullaire
- Isthmique
- Infundibulaire
- Interstitielle
- Ovarienne
- Abdominale

II 2 Gynécologiques

Infections pelviennes : Oui □ Non □
Stérilité : Oui □ Non □
Si Oui, primaire
Secondaire

DIU : Oui □ Non □

Contraception hormonale : Oui □ Non □
Si oui, pilule
Progestatifs injectables

Chirurgie pelvienne : Oui □ Non □
Si oui, quelle est l. indication ?

Inducteurs d'ovulation : Oui □ Non □
Si oui, quel est le produit ?

II.3 Médicaux

Diabète

Obésité

HTA

II.4 Chirurgicaux

- Chirurgie pelvienne :
- Autres :

III. Circonstances de découverte

1. Motif de consultation

- Douleurs pelviennes : Oui □ Non □
- Aménorrhée : Oui □ Non □
-Lipothymie : Oui □ Non □
-Signes sympathiques : Oui □ Non □

2 Examen clinique :

Paramètres : TO :
TA :
FC :
FR :
Poids :

Examen général : Etat général : Altéré : Oui □ Non □
Masse pelvienne ; Oui □ Non □
OMI : Oui □ Non □
Conjonctives : Bien colorées
Mal colorées
Ballonnement abdominal : Oui □ Non□
Douleurs abdominales a la palpation :
Sensibilité Défense
Doigtier souille de sang : Oui □ Non □
Autres signes : Ou □ Non □

3.Examens complémentaires

Echographie pelvienne faite : Oui □ Non □

Bêta HCG fait : Oui □ Non □

ASP fait : Oui □ Non □

Coelioscopie : Oui □ Non □

Hystérosalpingographie : Oui □ Non □

Laparotomie exploratrice : Oui □ Non □

IV. TRAITEMENT.

Protocole opératoire :

Autres traitements reçus : - transfusion
-antibiothérapie

EVOLUTION ET PRONOSTIC

SERMENT DE GENEVE

« Au moment d'être admis au nombre des membres de la profession médicale, je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je garderai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Mes collègues seront mes frères.

J'exercerai mon art avec conscience et dignité.

Je maintiendrai dans toute la mesure de mes moyens, l'honneur, les nobles traditions de la profession médicale.

Je considérerai la santé de mon patient comme mon premier souci.

Je respecterai le secret de celui qui se serait confié à moi.

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

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

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

Je fais ces promesses solennellement, librement et sur l'honneur. »