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

Prise en charge des urgences chirurgicales à la maternité du CHU de Kamenge (à propos de 154 cas colliges dans le service de gynécologie-obstétrique sur une période 1 de 6 mois)

HARERIMANA, Salvator; Promoteur: Prof..J.B.SINDAYIRWANYA

2000
UB, Faculté de médecine
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/938

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

UNIVERSITE DU BURUNDI

Faculté de Médecine

Année 1999 – 2000

PRISE EN CHARGE DES URGENCES CHIRURGICALES A LA MATERNITE DU CHU DE KAMENGE (A PROPOS DE 154 CAS COLLIGES DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE SUR UNE PERIODE DE 6 MOIS).

Mémoire présenté par **Dr Salvator HARERIMANA** pour l'obtention du diplôme de Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique

Promoteur **:**

Prof. J.B.SINDAYIRWANYA

Octobre 2000.

D E D I C A C E

Ce travail est dédié,

A mes Parents, qui n'ont ménagé aucun effort pour ma réussite,

A mon mari, qui a toujours été à mes côtés pour me soutenir dans les moments difficiles;
Ce travail est aussi le vôtre.

A mon fils Axel, votre naissance a donné un sens à notre vie.

A mes frères et soeurs,
"La réussite et au bout de l'effort"

A mes oncles et tantes,

A mes cousins et cousines,

A mes grand-mères,

A mes beaux-parents,

A tous mes amis et amies.

R E M E R C I E M E N T S

A notre Directeur de Thèse, le Docteur Jean-Baptiste SINDAYIRWANYA, Chef de Département de Gynécologie-Obstétrique au C.H.U.K ,vous avez guidé de bon coeur nos premiers pas dans le domaine de la recherche; vous n'avez ménagé aucun effort pour que ce travail réussisse malgré vos multiples responsabilités.

Votre amour du travail et votre sincère et sollicitude avec laquelle vous avez veillé sur notre formation nous a beaucoup touché. Soyez assuré de notre profonde gratitude.

Au Docteur Gervais NINTERETSE, Gynécologue-Obstétricien au C.H.U.K. En tant qu'étudiant, nous avons été épaté par vos multiples qualités humaines; vous nous faites un grand honneur de lire et de juger ce travail.

Au Docteur Tharcisse RUFYIKIRI, Gynécologue-Obstétricien au C.H.U.K, votre dévouement au service des patientes n'a pas d'égal; vous avez accepté avec plaisir de siéger dans ce jury.

Nous en sommes très reconnaissant.

TOUTES NOS GRATITUDES

Au Docteur Venant NDAYISABA, Directeur de l'Hôpital Prince Régent Charles, vous n'avez pas hésité à sacrifier votre temps libre pour nous chercher une documentation qui nous a été très utile.

A tout le personnel des services de Gynéco-Obstétrique du C.H.U.K., H.P.R.C., et de la C.P.L.R. pour leur franche collaboration à la réalisation de ce travail.

A tous les Moniteurs, Instituteurs et Professeurs qui ont conjugués leurs efforts pour ma formation scolaire et universitaire.

PLAN DU TRAVAIL

INTRODUCTION

CHAPITRE I : GENERALITES

1.1. Définition
1.2. La fréquence
1.3. Physiologie de la nidation ectopique
  1.3.1. Rappel physiologique
  1.3.2. Physiopathologie

1.4. Etiopathogénie
  1.4.1. Causes qui empêchent la nidation de l'oeuf dans la trompe
    1.4.1.1. Inflammations
    1.4.1.2. Causes iotrogènes
    1.4.1.3. D I U
    1.4.1.4. Anomalies de la mobilité tubaires-facteurs hormonaux
    1.4.1.5. Endometriose tubaire ou ovarienne
    1.4.1.6. Anomalies congénitales des trompes
    1.4.1.7. Facteurs tumoraux
  1.4.2. Causes propres au produit de la contraception

CAUSES RESPONSABLES DE LA RECRUDESCENCE DES GEU

1.5. Etude Anatomo-pathologique
  1.5.1. Anatomie pathologie
  1.5.2. Variétés anatomo-topographiques
    1.5.2.1. Grossesses tubaires
    1.5.2.2. Grossesses ovariennes
    1.5.2.3. Grossesses abdominales
  1.5.3. La Clinique des GEU
  1.6.1. GEU au début
    1.6.1.1. Signes fonctionnels
    1.6.1.2. Signes physiques
    1.6.1.3. Examens complémentaires
  1.6.2. GEU pendant et après les accidents hémorragiques
    1.6.2.1. Inondation péritonéale diffuse
    1.6.2.2. Hématocèles
  1.6.3. GEU évoluant vers le terme
1.7. Diagnostic différentiel

1.8. Traitement
1.8.1. Le traitement chirurgical
1.8.1.1. Les Méthodes
1.8.1.2. Indication du traitement chirurgical
1.8.2. Traitement médical : RU 486
1.8.3. Abstention thérapeutique
1.9. Pronostic
1.9.1. Pronostic vital
1.9.2. Pronostic obstétrical

CHAPITRE II : MATERIEL ET METHODES
2.1. Matériel
2.2. Méthodes

CHAPITRE III : ANALYSE DES RESULTATS
3.1. Epidemiologie
3.1.1. Fréquence
3.1.1.1. GEU par rapport aux accouchements
3.1.1.2. GEU par rapport aux interventions majeures gynéco-obstétricales
3.1.2. Age des patientes
3.1.3. Parité des patientes
3.1.4. Origine des malades
3.1.5. Etude des antécédents
3.2. Les signes cliniques
3.2.1. Les signes fonctionnels
3.2.2. Les signes d'examen
3.3. Les examens complémentaires
3.3.1. Ponction du douglas
3.3.2. Les RIG
3.3.3. L'échographie pelvienne
3.3.4. La coelioscopie
3.3.5. La radiographie du contenu utérin
3.3.6. L'examen histologique
3.3.7. Aspiration
3.4. Constatations per operatoires
3.4.1. Topographie des GEV
3.4.2. Aspect des annexes et utérus
3.4.3. Autres aspects pathologiques
3.5. Traitement
3.5.1. Techniques chirurgicales utilisées
3.5.1.1. Chirurgie radicale
3.5.1.2. Chirurgie conservateur

3.5.2. Interventions associées
3.5.3. Traitements médicaux complémentaires
3.5.3.1. Couverture antibiotique
3.5.3.2. Transfusion
3.6. Pronostic
3.6.1. Pronostic maternel
3.6.1.1. Pronostic immédiat
3.6.1.2. Pronostic d'avenir
3.6.1.2.1. Pronostic obstétrical
3.6.1.2.2. Récidives
3.6.2. Pronostic foetal

CHAPITRE IV : COMMENTAIRES ET REVUE DE LA LITTERATURE

4.1. Epidemiologie
4.1.1. La fréquence
4.1.2. L'âge des patientes
4.1.3. La parité-Gestité
4.1.4. Facteurs étiologiques
4.1.4.1. Infections pelviennes
4.1.4.2. La stérilité
4.1.4.3. Avortements
4.1.4.4. DIU et contraception hormonale
4.1.4.5. Chirurgie pelvienne
4.1.4.6. Stérilisation tubaire
4.1.4.7. Autres facteurs
4.2. Les signes cliniques
4.2.1. Les signes fonctionnels
4.2.2. Les signes physiques
4.3. Les examens complémentaires
4.4. Constatations per opératoires
4.5. Traitement de la GEU
4.6. Eléments pronostics
4.6.1. Pronostic vital
4.6.2. Pronostic d'avenir
4.6.2.1. Pronostic obstétrical
4.6.2.2. Récidives
4.6.3. Pronostic foetal

CONCLUSION

RESUME DE LA THESE

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

GEU : Grossesse extra-utérine

H.P.R.C. : Hôpital Prince Régent Charles

C.P.L.R. : Clinique Prince Louis Rwagasore

C.H.U.K. : Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge

N.F.S. : Numération Formule Sanguine

V.S. : Vitesse de Sédimentation

R.I.G. : Réactions Immunologiques de la Grossesse

H.S.G. : Hystérosalpingographie

Hb : Hémoglobine

g/l : gramme par litre

DDR : Date de dernières règles

M.S.T. : Maladies Sexuellement Transmissibles

P.I.D. : Pelvic Inflammatory Disease

D.I.U. : Dispositif Intra-Utérin

C.N.G.O.F : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.

INTRODUCTION

Si la muqueuse utérine offre un terrain idéal pour la nidation de l'oeuf, des implantations aberrantes sont possibles dans l'espèce humaine.

En effet, seule la femme a eu le triste privilège d'hériter de ce mal, pratiquement inconnu chez les autres mammifères, qui est la grossesse extra-utérine (49,55,61). Seuls Thibault cité par Bronstein (16) et Lapin cité par Ndayisaba(55) signalent quelques cas chez les primates (un rhésus, un baboin, un cercopithèque).

La grossesse extra-utérine se développe dans la majorité des cas dans la trompe de Fallope; exceptionnellement dans l'ovaire et l'abdomen. Les grossesses développées aux dépens de ces 2 derniers peuvent arriver à terme, avec un risque de mortalité périnatale élevé et des malformations foetales fréquentes (33,55,62).

Dans tous les cas, toute femme ayant une GEU vit sous la menace d'une hémorragie interne brutale mettant sa vie en danger, sans parler de son pronostic obstétrical qui est compromis.

En effet 30% des GEU surviennent chez les nullipares dont 50% resteront stériles (42); de plus, la GEU constitue une des principales urgences chirurgicales en gynécologie.

L'augmentation régulière du nombre de GEU constatée par tous les auteurs ces dernières années devient préoccupante.
Aux USA, le nombre de GEU a triplé depuis 1980 et compte pour 10% de la mortalité maternelle (49,66).

Actuellement, beaucoup d'auteurs se lancent dans la recherche étiopathogénique, qui lui seule permettra une meilleure définition de la "candidate aux GEU" et surtout contribuera à son diagnostic précoce et à sa prévention.

Dans notre pays, aucune étude n'a abordé jusqu'ici ce problème; c'est pourquoi nous avons entrepris ce travail, afin de faire le point sur les différents aspects de cet affection, d'attirer l'attention des médecins sur son diagnostic urgent et surtout d'ouvrir la voie à des recherches ultérieures à ce sujet.

CINQ CHAPITRES CONSTITUENT LE SQUELETTE DE CETTE ETUDE :

I. Notions esentielles en matière de GEU

II. Matériel et méthodes

III. Résultats

IV. Commentaires et revue de la littérature

V. Conclusion et Résumé

Bibliographie.

CHAPITRE I : GENERALITES

1.1.DEFINITION

La grossesse extra-utérine (GEU) ou grossesse ectopique est la nidation et le développement de l'oeuf fécondé en dehors de la cavité utérine. C'est une anomalie de siège de la grossesse. Celle-ci peut se développer soit dans la trompe de Fallope, soit dans l'ovaire ou dans l'abdomen.

Le terme de grossesse ectopique est plus concret, puisqu'il existe des implantations utérines aberrantes; c'est le cas des grossesses cervicales. Certaines auteurs y incluent également la localisation interstitielle(49).

Notice historique (55)

C'est une affection connue depuis longtemps mais elle était souvent confondue avec d'autres complications de la gestation, entre autre la rupture utérine.

Levret fut le premier à lui donner une description précise au début du 19è siècle.

C'est seulement à la période chirurgicale depuis les travaux de Lawson-Tait(1885), que cette anomalie de la grossesse fut étudiée d'une façon scientifique.

1.2.LA FREQUENCE

Les grossesses extra-utérines ont indiscutablement augmenté de fréquence de manière continue dans toutes les statistiques depuis ces 20 dernières années(70).

De nombreux auteurs expriment cette fréquence par réference au nombre d'accouchements; ce qui ne tient pas compte des avortements spontanés et I.V.G. (Interruption Volontaire de la Grossesse).

Une enquête française du Collège national des gynécologues-obstétriciens portant sur 1/10ème des accouchements entre 1975 et 1981 montre une progression des GEU de 7,6 à 13 pour 1000 accouchements (14,40,49).

L'expression de la fréquence en taux de grossesses ectopiques pour un total de 1000 conceptions est plus satisfaisante, mais il est souvent difficile d'estimer les avortements.

Westrom (Suède),cité par Loffredo(49) et Boutteville(14) signalent que le taux de GEU pour 1000 conceptions est passé de 5,8 entre 1960 et 1964 à 11,1 entre 1975 et 1979.

1.3. PHYSIOPATHOLOGIE DE LA NIDATION ECTOPIQUE

1.3.1.. Rappel physiologique (16,65)

A l'état normal, l'ovule est "pondu" dans la cavité péritonéale lors de la rupture du follicile de De Graaf, il est immédiatement recueilli par le pavillon de la trompe qui coiffe l'ovaire; il est guidé par un courant séreux vers la trompe (la résorption au niveau des lymphatiques tubaires explique ce transport de l'ovule).

L'ovule reste dans la portion ampullaire de la trompe où il est fécondé par un spermatozoide. L'oeuf résultant de la rencontre de l'ovule et d'un spermatozoide arrive dans la cavité utérine en 6 jours (65) où, il se fixera sur la muqueuse préparée à cet effet; c'est la nidation. Il est au stade de blastocyte. L'oeuf fecondé se fixe grâce aux trophoblastes; les échanges avec la circulation maternelle s'établissent alors.

1.3.2. Physiopathologie (4,16,49)

Ce mécanisme normal de la nidation de l'oeuf peut être perturbé en cas de troubles de la migration de l'oeuf, en cas de retard de sa captataion et selon certains auteurs, en cas de volume excessif de l'oeuf(16,49).

Dans les 3 cas, il en résulte un retard dans le transport de l'oeuf; or, chez la femme, quelque soit le lieu où se trouve l'oeuf au 6ème jour post-ovulatoire, le trophoblaste s'implante.

La GEU est donc le résultat d'un retard de l'oeuf. Selon Polly (63), toute condition qui arrête ou retard de l'oeuf fécondé vers l'utérus peut prédisposer une femme à la GEU.

Aubriot F x (4) a pu étudier l'activité ciliaire de cellules de la trompe de Fallope qui assurent la migration de l'oeuf; il a constaté que l'activité ciliaire est souvent altérée en cas de salpingite, et nulle en cas de GEU. Selon lui, toutes les affections modifiant la physiologie tubaire (salpingite par exemple) peuvent favoriser la survenue de la GEU.

1.4. **ETIOPATHOGENIE** (14, 16, 24, 49, 65)

Deux grandes causes sont considérées comme responsables de la nidation ectopique:

1.4.1. Causes qui retardent ou empêchent la migration de l'oeuf dans la trompe.

On les appelle des "pièges à oeuf" (49)

1.4.1.1. Les inflammations (12,14,15,26,27,30,45,49,58)

Elles représentent une des causes les plus fréquentes, surtout les salpingites chroniques provoquant des séquelles inflammatoires avec des altérations massives des trompes. Dubuisson (29) trouve u taux particulièrement important d'association de salpingite chronique et GEU.

En plus, il y a des inflammations péri-salpingiennes telles que les appendicites, sigmoidites, adhérences péritubaires d'origine diverse, surtout secondaires aux pelvipéritonites subaigues, chroniques ou récidivantes(49).

1.4.1.2. Causes iatrogènes (22,28,42,49)

- Séquelles d'une chirurgie plastique des trompes pour stérilité;
- Séquelles de chirurgie conservatrice pour GEU ou dans le cadre dela stérilisation avec formation de fistules tubo-péritonéales. Le procédé de ligature résection de Pomeroy y expose plus que tout autre (49).
- Les interventions chirurgicales abdomino-pelviennes sont des facteurs de risque de GEU à ne pas négliger.

1.4.1.3. Dispositif intra utérin (stérilet) (14,16,23,25,43,53).

Il fait l'objet de nombreuses études aboutissant à des résultats contraditoires. Les auteurs sont divisés :

Selons certains, le stérilet n'a aucune incidence dans la survenue de GEU.

Selon d'autres, le stérilet joue probablement un rôle dans la génèse des GEU.

Espano, cité par DIA (25) trouve 3,18 % de GEU sur stérilet contre 1,8 % dans une population témoin non porteuse de stérilet.

Le risque de GEU serait important en raison des salpingites latentes secondaires à des lésions inflammatoires sur corps étranger (42,49).

1.4.1.4. Anomalies de la mobilité tubaire:facteurs hormonaux (14,42,49).

Les oestrogènes et progesterone, par leur actions successives et complémentaires interfèrent sur le temps de transit de l'oeuf.(49). En effet, les oestrogènes accelèrent les contractions musculaires et la progestorone les ralentit alors qu'elle augmente les battements ciliaires (plus de 20 %).

La perturbation ou désiquilibre dans ces 2 mécanismes, expliquerait les observations de GEU sous progestatifs microdosés, après utilisation de la pilule du lendemain (fortes doses d'oestrogènes) et après stimulation de l'ovulation notamment dans les fécondations in vitro (F.I.V) (14.31,68.

1.4.1.5. Endometriose tubaire ou ovarienne (16,47,49)

Elle semble rarement en cause, mais sa fréquence semble augmenter en raison des grossesses de plus en plus tardives. Cependant si elle est étendue, elle pourrait être un point d'appel à la nidation ectopique par transformation déciduale de la muqueuse (49)(mécanisme contreversé).

1.4.1.6 Anomalies congénitales des trompes (16, 49)

Hypoplasie, diverticules, phimosis, cloisonnements et pavillons accessoires.

1.4.1.7. Facteurs tumoraux

Myomes (16, 63) (exceptionnelle)

Kystes de l'ovaires (63)

1.4.2.Causes propres au produit de la conception (16,42,49,93)

Parfois la fécondation s'effectue dans la cavité péritonéale; l'oeuf fécondé peut rester ovarien ou abdominal; une grossesse ovarienne ou abdominale se développe alors.

L'oeuf fécondé dans le peritoine peut être capté avec retard par les franges du pavillon et atteint le stade de blastocyte, avant l'arrivée dans la cavité tubaire. La migration péritonéale prolongée serait à l'origine de ces grossesses ectopiques.
Cette hypothèse a été avancée par la constatation per opératoire fréquente d'un corps jaune situé à l'ovaire opposé de la trompe gravide (42, 49).

Autres causes

- L'ovulation ou fertilisation retardée pourrait jouer un rôle dans la génèse de certaines GEU (16,49,61).

- Les anomalies chromosomiques et morphologiques.

  Mais la fréquence de ces anomalies dans la GEU diffère peu semble-t-il de celle des produits de conception in utéro. (49)

CAUSES RESPONSABLES DE LA RECRUDESCENCE DES GEU

Parmi tous ces facteurs étiologiques, il y en a dont l'incidence n'a pas varié; par contre, d'autres ont augmenté et peuvent être tenu pour responsable de l'accroissement de la fréquence des GEU.

1. L'augmentation du nombre des infections génitales parallèlement à l'augmentation des maladies sexuellement transmissibles (surtout le gonocoque et le chlamydia (9,49, 57, 70).

   Dubuisson (30) trouve dans son étude que la sérologie chlamydia est positive chez 69,5% des opérées de GEU et 73
   des plasties tubaires pour stérilité.

2. L'augmentation des interruptions volontaires de la grossesse et des infections du post abortum. (11,14).

3. Augmentation du nombre de plasties tubaires dans le traitement de la stérilité et dans le traitement conservate
   des trompes. La cause des GEU après plasties tubaires serait dûe à la persistance des lésions tubaires et des troubles de la fonction ciliaire (14,16). Le taux de GEU après chirurgie tubaire varie de 3% à 23% selon la technique et selon les auteurs(14).

4. L'âge de plus en plus tardif de la première grossesse qui laisse le terrain à l'installation d'une endometriose.

5. Le diagnostic de grossesses ectopiques très jeunes de plus e
   plus fréquent, avant une éventuelle involution spontanée.

Au stade où en sont les études, il n'est pas possible d'établir une relation de cause à effet direct entre l'incidence de GEU et chacun de ces facteurs. D'autres travaux dans le domaine de l'épidemiologie des GEU sont nécessaires pour mieux éclaircir l'étiopathogénie;

Actuellement, on sait seulement que les personnes les plus frappées sont dans la tranche d'âge de 21-35ans; une fois sur deux on trouve une stérilité de plus de 2 ans; ce qui n'étonne pas puisque GEU et stérilité sont souvent la conséquence du même maladie: la salpingite chronique.

Par ailleurs, la GEU est une maladie récidivante: 7 à 12% de récidives selon les auteurs (55) surtout si on a fait une chirurgie conservatrice lors de la première GEU (11,14,46).

1.5. **ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE** (16, 42,49,62)

1.5.1. Anatomie pathologie

L'oeuf éctopique est semblable à l'oeuf utérin; c'est la trompe qui n'est pas adaptée à la fonction de la gestation.

L'oeuf extra-utérin ne trouve pas de terrain favorable à sa nidation, que ce soit dans la trompe, l'ovaire ou le péritoine.

La partie foetale du placenta est normale mais la partie maternelle n'a pas de chorion cytogène capable de réagir au contact de l'oeuf et de permettre le développement normal des lacs sanguins.

Au niveau de l'utérus, le développement d'une grossesse ectopique va provoquer une hypertrophie du myomètre avec augmentation de volume de l'utérus, mais moins que dans une grossesse intra-utérine de même âge(49); une réaction déciduale est observée dans plus d'1/3 des cas (16) et l'expulsion d'une caduque utérine qui est très évocatrice de la GEU. Cette caduque est caractérisée par l'absence de villosités choriales.

Il faut noter également la réaction cellulaire d'Arias Stella observée dans les débris expulsés après curetage (pas spécifique des GEU).

Le sac ovulaire extra-utérin va progresser normalement jusqu'aux 3è,4è semaines. L'érosion des vaisseaux et leur oblitération par les trophoblastes aboutissent à la formation d'un hémotosalpinx; il en résulte un décollement ovulaire suivi de mort de l'embryon(49); l'évolution se fait, soit vers l'avortement tubaire parfois asymptomatique, soit vers la rupture tubaire fréquente dans les localisations isthmique et interstitielle (49,65).

L'avortement tubo-abdominal peut être à l'origine d'une grossesse abdominale secondaire; 2 mécanismes peuvent expliquer la poursuite de cette grossesse dans la cavité péritonéale:

- Le trophoblaste s'étend à travers la paroi tubaire, s'implante progressivement sur le péritoine voisin tout en maintenant certains rapports avec la trompe qui apporte la vascularisation(62).

- Il peut s'agir de la greffe secondaire en un point quelconque du péritoine d'un oeuf échappé de la trompe après la rupture(49,62,65).

1.5.2. Variétés anatomo-topographiques

1.5.2.1. La grossesse tubaire(15,24,42,49,65)

La trompe de Fallope a une longueur de 14 à 15 cm(55) et d'épaisseur variable. Elle constitue le siège le plus fréquent de la GEU: 96 à 98% des cas(24).

1.5.2.1.1. La grossesse ampullaire

C'est dans cette portion que s'implante avec prédilection la grossesse ectopique :75% des cas (24). C'est le lieu physiologique de la fécondation et c'est là que l'oeuf rencontre les premières obstacles à la migration. C'est la portion la plus large et la plus élastique de la trompe et permet donc une évolution plus longue. Le diagnostic est donc plus tardif.

1.5.2.1.2. Grossesse isthmique :20% des cas (24).

Elle se révèle assez tôt du fait de l'étroitesse du conduit; cette partie de la trompe est très musclée et sans élasticité et de ce fait éclate précocement; c'est la zone la plus hémorragique de la trompe gravide par atteinte de l'artère tubaire interne (65).

1.5.2.1.3. Grossesse interstitielle : 1 à 2% des cas (24)

Certains auteurs l'appellent : "grossesse ectopique intra-utérine" car entourée du myomètre (49). L'évolution se fait vers la rupture plus ou moins précoce, exceptionnellement vers l'avortement tubo-utérin.

1.5.2.1.4. Grossesse infundibulaire : 3%-5% des cas (24)

La nidation s'effectue sur les franges du pavillon, en particulier celles du ligament tubo-ovarien (65); l'évolution se fait en règle vers l'avortement tubo-abdominal avec possibilité de greffe abdominale secondaire (24).

1.5.2.2. La grossesse ovarienne (53,69,72)

Elle est rare ; la fréquence la plus communement admise est estimée à 0,7-1% des grossesses éctopiques (32). Le premier cas décrit dans la littérature est celui rapporté par Mercurius en 1594 (69); ce n'est qu'en 1878 que Spiegelberg édita les critères stricts permettant de définir une grossesse ovarienne (72).

Les accidents hémorragiques viennent souvent interrompre ces grosseses (69).

1.5.2.3. La grossesse abdominale ou peritonéale primaire et secondaire ; 2 à 3% des grossesses ectopiques (24).

Studiford, cité par Loffredo (49) a suggéré les critères stricts pour poser le diagnostic de grossesses peritonéales primitives.

Ce type de grossesse ectopique s'expliquerait par la migration externe de l'oeuf fécondé (42,49,62). 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 curieuses du placenta, par exemple splénique (55,62), hépatique, vessie, estomac ou diaphragme (62)etc...

Les évolutions prolongées au délà du 5ème mois ne sont pas exceptionnelles avec parfois naissance d'un enfant norma Cependant les accidents hémorragiques dus à la localisation aberrante du placenta peuvent apparaître dès les premiers mois (49,65).

Cas particuliers

Dans la pathologie de la nidation, des grossesses gémellaires sont également possibles : Sippel (1922) avait déjà colligé 250 cas indiscutable (55).

L'association GEU et grossesses intra utérine ou grossesses héterotopiques, n'est pas non plus exceptionnelle (7,23,48). Selon Helman et Pritchard, cité par Blazquez(9), sa fréquence serait de 1/30.000 grossesses et 0,8 pour 100 GEU (7).

La 1ère description a été faite par Duvernet en 1708; la 2ème publication en 1778 par Moore et Sale ou les 2 grossesses arrivèrent à terme, mais la mère mourut en post-opératoire (7). L'utilisation plus fréquente des inducteurs de l'ovulation a été incriminée (48).

1.6. **CLINIQUE DES GEU**

Le diagnostic clinique des GEU reste difficile du fait de son polymorphisme.

Selon Lansac (42):

- 50% des GEU sont diagnostiquées de façon erronée par les généralistes;

- les erreurs arrivent à 36% en milieu spécialisé ;

- 10% des patientes hospitalisées sont renvoyées à domicile et sont réadmises du fait d'une rupture catachysmique, ou à la vue du compte-rendu du curetage.

Selon Mondor "quand on pense à la GEU, on n'y pense pas assez".

Le diagnostic de GEU peut-être évident; c'est le cas de l'inondation peritonéale.

Il est parfois difficile d'affirmer la GEU par la clinique. Des examens complémentaires peuvent être nécessaires pour étayer le diagnostic et au minimum une mise en observation(55).

1.6.1. GEU au début

Cette forme correspond en général à une hématosapinx non compliquée. De la précocité de son diagnostic dépend la possibilité de la conservation de la trompe.

1.6.1.1. Signes fonctionnels

1.6.1.1.1. La douleur

C'est le symptôme le plus fréquement rencontré : 95% des cas (49); c'est une douleur type colique salpingienne ou pesenteur pelvienne; souvent unilatérale, intermittente, douleur nauséuse voire lipothymique; cependant on peut se trouver devant une femme pelvialgique chronique.

1.6.1.1.2. Aménorrhée ou quelquefois simple retard des règles

Elle est parfois difficile à mettre en évidence car les métrorragies peuvent survenir à la période des règles; les cycles antérieurs peuvent être irréguliers.

1.6.1.1.3. Métrorragies

Ils sont habituellement brun sépia, peu abondantes, distillantes avec des intervalles libres de 1 à 2 jours. Pour Tancer, cité par Loffredo(49) : 1/3 des patientes considèrent les métrorragies comme des règles .

L'association : douleurs-métrorragies - aménorrhée, évoque la GEU.

Il existe d'autres signes secondaires :

- signes sympathiques de la grossesse: souvent fugaces
- tendance lipothymique caractéristique mais plus tardif.

1.6.1.2. Signes physiques (16,49,62,65)

A la palpitation, le ventre respire; il est souple. Elle peut réveler une douleur à la pression de la fosse iliaque ou un endolorissement sus pubien diffus; dans certains cas, on ne retrouve rien.

Au spéculum : le sang provient de la cavité utérine; le col est violacé.

Au toucher vaginal: l'utérus est un peu gros ou mou mais de taille toujours inférieure à l'âge de l'aménorrhée; le col est fermé, un peu ramolli.

Il existe une sensibilité élective dans un cul de sac. C'est la "classique noix très douloureuse", ce petit quelque chose latéro-utérine dont parlait Mondor il y a près d'un 1/2 siècle qui fait penser d'après lui immanquablement à la GEU.

Dans certains cas, l'examen physique n'apporte aucun argument en faveur de la GEU; il ne faut pas pourtant écarter cet éventualité; la certitude sera acquise après les examens complémentaires.

1.6.1.3 Les examens complémentaires (24,49,65)

1.6.1.3.1. La réaction immunologique de grossesse (RIG) (43,44)

Si elle est positive, elle affirme le contexte gravidique sans avoir la valeur de localisation; si elle est négative, elle doit être completée par le dosage des BHCG qui permet d'affirmer la présence d'un trophoblaste dès le 11è jour post ovulatoire. Cet examen aussi, ne préjuge en rien sur le lieu de la nidation.

1.6.1.3.2. L'échographie (10,20,21,24,49)

Elle recherche le lieu d'implantation de l'oeuf.

Elle ne permet d'affirmer le diagnostic que dans 2 cas : (surtout si RIG positives)

- oeuf certainement intra-utérin.
- sac ovulaire contenant des structures embryonnaires, animées de battements cardiaques, à côté d'un utérus vide.

Elle est très évocatrice dans 2 circonstances :

- masse latéro-utérine de structure mixte à côté d'un utérus vide;
- utérus certainement vide alors qu'il existe une aménorrhée d'au moins 5 semaines et un taux de BHCG en rapport avec l'aménorrhée.

Pièges de l'échographie

- en cas de grossesse trop jeune, car le sac ovulaire n'apparaît qu'à 5 semaines d'aménorrhée.
- caduque en voie de décollement donnant une fausse image d'un sac ovulaire intra-utérin.
- oeuf semblant intra-utérin car nidé dans une trompe collabée et accolée à la face postérieure de l'utérus.

1.6.1.3.3. La coelioscopie (16,42,49,55)

C'est l'examen majeur, le plus sûr et le plus déterminant; elle se fait en milieu chirurgical sous anésthésie générale.

La coelioscopie montre un nodule bleuté correspondant à la GEU. Cet examen est contre indiqué en présence d'un hémopéritoine important.

Cette méthode a permis d'éviter les laparatomies inutiles, les hospitalisations prolongées pour mise en observation et surtout des retards de diagnostic qui compromottent la possibilité d'une chirurgie conservatrice (49,55).

1.6.1.3.4. La culdocentèse ou ponction du douglas

Elle n'a d'intérêt que si l'on supçonne une hémopéritoine ou si l'échographie montre une collection rétro-utérine.

1.6.1.3.5. L'hystérosalpingographie (HSG)

Elle n'est concevable que si les RIG sont négatives. Elle a l'avantage de montrer l'état de la trompe controlatérale.

1.6.1.3.6. La numération formule sanguine (NFS) et Ht.

Elle a son intérêt en cas d'hémopéritoine et renseigne sur l'importance de la spoliation sanguine.

1.6.2. GEU pendant et après les accidents hémorragiques

1.6.2.1. Inondation péritonéale diffuse (24,49,55,65)

C'est la forme compliquée, évoluée, d'une rupture catachysmique; l'écoulement rapide de sang dans l'abdomen provoque un tableau d'hémorragie interne.

Le diagnostic se fait sur :

une douleur pelvienne spontanée, initiale, syncopale;

signes de choc: pâleur, signes d'anémie aigue (soif, pouls filant, TA imprenable ou très basse).

A l'examen : il existe une douleur provoquée très vive (cri du douglas). Le toucher vaginale est souvent impossible gêné par la douleur, le doigtier revient souillé de sang.
Il existe une matité des flancs.

La mort par anémie aigue peut compliquer l'accident. Il est possible d'observer un tableau plus discret pseudo appendiculaire, pseudo-occlusive ou pseudo peritonitique.

L'examen de choix en préopératoire est la ponction du douglas.

1.6.2.2.L'hématocèle (16,42,49,65)

Elle traduit une hémorragie intrapéritonéale localisée. Elle est fréquente dans les formes particulièrement sournoises. C'est une forme chronique qui ne commence à faire parler d'elle que secondairement quand elle commence à retentir sur l' appareil digestif et urinaire, où se déplace la symptomatologie.

- Les signes fonctionnels sont polymorphes : souvent ce sont des signes de compression pelvienne, douleurs abdomino-pelviennes accompagnés d'un tenesme rectal, dysurie, pollakiurie.

Parfois ces troubles peuvent aboutir à une altération de l'état général, anémie, voire subocclusion.
L'interrogatoire devra s'efforcer de rechercher le point de départ gynécologique : irrégularités menstruelles, métrorragies avec un épisode douloureux.

A l'examen

- l'anémie avec subictère des conjonctives

- fièvre moderée (37,8-38°2)

- masse pelvienne sans limite nette, de consistance irrégulière refoulant l'utérus en avant.
  Le col est élevé, plaqué en avant contre la symphise pubienne.

La ponction du douglas avec une aiguille de gros calibre ramène du sang, si les caillots ne sont pas très épais.

La coeliscopie faite en l'absence de subocclusion révèle un magma rétro-utérine.

En l'absence de traitement, l'hématocèle évolue vers l'enkystement, vers la reprise de l'hémorragie ou vers l'infection.

1.6.3. GEU évoluant vers le terme (1,62,65)

C'est dans la majorité des cas une GEU restée longtemps méconnue. Elle peut en pratique être assimilée à la grossesse abdominale. Elle semble surtout fréquente dans le pays sous médicalisés, où le diagnostic de GEU est fait tardivement (62) (en présence des complications).

La GEU qui évolue vers le terme va nécessiter une laparatomie dans le but d'extraire l'enfant et les annexes (62,65). On pensera à une grossesse abdominale, en présence d'une grossesse qui aura évolué avec douleurs et phénomènes occlusifs (49).

A la palpation abdominale, on sent un foetus apparemment trop grand, trop étalé, trop aisément perçu sous la peau en situation anormale.

Le toucher vaginal fait percevoir une masse volumineuse qui est l'oeuf abdominal et une petite tumeur à côté d'elle qui est l'utérus vide; le foetus habituellement hypotrophique est souvent malformé.

La radiographie simple de l'abdomen révèle les anomalies de position.

L'HSG confirme la vacuité de l'utérus.

Le pronostic est grave et l'intervention est redoutable difficulté de décollement placentaire avec risque d'hémorragie.

1.7. **DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS** (16,42,49,55,62,65)

Les diagnostics différentiels **en cas de GEU non rompu** sont: avortement, salpingite, appendicite, dystrophies ovariennes, grossesse dans un utérus malformé.

L'inondation péritonéale est de diagnostic aisé dans sa forme classique; en effet l'essentiel est de faire le diagnostic d'une urgence chirurgicale.

Dans sa forme attenuée, on pensera à une rupture d'un kyste de l'ovaire, rupture de la rate, appendicite, péritonite, occlusion intestinale, colique hépatique, colique néphrétique.

L'hématocèle au début a une allure pseudo-salpingienne, pseudo appendiculaire et pseudo-péritonitique ou cholécystitique.
L'hématocèle enkystée fait penser à un fibrome, plastron appendiculaire ou utérus gravide.

1.8. **LE TRAITEMENT** (31,42,49,54,55,62,74)

"Toute GEU compliquée ou non d'accidents hémorragiques doit être opérée en urgence" (J.Lansac).

" Toute GEU doit être considérée comme une tumeur maligne et doit être extirpée comme telle" (Mondor : diagnostics urgents).

Malgré une évolution vers le diagnostic de plus en plus plus précoce, les objectifs du traitement demeurent invariables :

- sauvegarder la vie de la patiente ;
- préserver au mieux la fertilité, prévenir la stérilité chaque fois que c'est possible.

1.8.1. Traitement chirurgical

1.8.1.1. Les méthodes

1.8.1.1.2. La chirurgie radicale (16,24,49,67,65)

Son objectif est de faire l'hémostase par l'exérèse d'une trompe ou d'un annexe gravement lesé.

3 techniques peuvent être utilisées :

- **salpingectomie** : c'est l'extirpation de la trompe du pavillon à la corne utérine.

  Pour éviter les grossesses interstitielles récidivantes, il est conseillé de faire une résection conique de la corne utérin

- **annexectomie** : elle n'a de place que si l'ovaire est englobé dans le processus lésionnel.

- l'**hystérectomie**: est très exceptionnelle (dans les formes très évoluées).

Cas particulier:

En cas d'hématocèle récente, on peut intervenir en sachant que les accollements bouleversent les rapports anatomiques. La trompe lésée n'est pas toujours retrouvée (65).

En cas d'hématocèle ancienne et organisée, la décortication complète des parois expose à des saignements incontrolables; Parfois, l'abstention est la solution de sagesse, en l'absence de phénomène subocclusifs et troubles vesicaux(49,65). L'hématocèle débordant et bombant au-dessus du pubis, doivent être opérées (24,65).

1.8.1.1.2 La chirurgie conservatrice (13,16,28,49)

Elle n'est bien entendu possible que si les trompes sont peu endommagées; il faut le faire idéalement au microscope opératoire. il existe plusieurs méthodes :

1.8.1.2.1. Traitements qui laissent en place la zone de nidation

L'expression digitale

En cas de localisation de la GEU sur le pavillon ou la partie externe de l'ampoule; c'est la méthode réellement conservatrice car la moins traumatisante pour la trompe.

Césarienne tubaire: salpingotomie longitudinale ou transversale

Elle intéresse les grossesses ampullaires non rompues ou à fissuration minime.

Traitement per coelioscopique (51,52)

Ses promoteurs le réservent aux cas les plus simples c'est-à-dire les hématosalpinx non rompues de petite volume ou un hémo-péritoine minime.

Il a l'avantage d'éviter la laparatomie, donc de raccourcir la durée d'hospitalisation.

1.8.1.2.2. Techniques qui suppriment la zone de nidation en même temps que l'oeuf (16,24,49,55)

Leur objectif est de tenter d'éliminer l'anomalie tubaire qui a pu constituer un "piège à oeuf"

Salpingostomie terminale avec ou sans résection

Elle est indiquée si la GEU est très distale (pavillon)

Résection plus suture

Elle s'adresse aux nidations ampullaires ou ampullo-isthmiques avec rupture importante.

La réimplantation tubo-utérine

Elle s'applique aux grossesses isthmiques et interstitielles.

EN POST OPERATOIRE

Les antibiotiques sont utilisés par la plupart des opérateurs pour prévenir un réveil infectieux sur ce terrain où la salpingite chronique est fréquente.

1.8.1.2. Indications du traitement chirurgical (16,42,49,54,72,74)

1.8.1.2.1. Critères de choix du traitement chirurgical conservateur :

- femme jeune, nullipare, ou désireuse de maternité.
- trompe controlatérale pathologique ou absente.
- trompe techniquement conservable.
- l'état général au moment de l'intervention : l'état de choc contrindique la chirurgie conservatrice.

1.8.1.2.2. Le traitement chirurgical radical sera préféré :

- en l'absence de désir de grossesse ultérieure.
- devant une trompe controlatérale saine.
- devant une récidive homolatérale après traitement conservateur.

1.8.2. Traitement médical

1.8.2.1. R U 486 (16,49,59,60)

C'est une molécule antiprogesterone.

L'ensemble des expérimentations faites sur l'animal ont confirmé la nécessité de la progesterone pour le maintien de la grossesse (59,60);

Un produit comme le RU486 devrait en arrêter l'évolution. Ce produit a été déjà testé chez la femme où il a provoqué une interruption de la grossesse intra-utérine avec expulsion du conseptus entre le 3ème et le 8ème jour après l'administration (59); on n'a pas trouvé d'explication aux échecs; c'est un nouveau produit qui est encore au stade des essais.

Paris Fx (6,59) a utilisé ce produit pour faciliter l'évacuation per coeliscopique de l'oeuf ectopique dans la trompe; il est vrai que l'énucléation d'un oeuf déjà mort est plus facile et moins hémorragique que celle d'un oeuf encore vivant.

Au Japon, des tentatives d'utilisation de méthotrexate dans le même but ont été rapportées.(49)

1.8.3. Abstention thérapeutique

C'est une méthode qui a été proposée récemment, sous surveillance de certaines GEU. Elle s'adresse uniquement aux GEU à faible activité trophoblastique, diagnostiquées par dosage des BHCG.

Le premier cas d'abstention thérapeutique a été rapporté en 1980 (65); il s'agissait d'un cas d'avortement tubo abdominal avec BHCG initiaux à 340 UI.

La coelioscopie a montré un oeuf dans le douglas. L'évolution a été favorable.

Les critères habituels de sélection sont :

- un hématosalpinx de petite volume, non fissuré dont les taux de BHCG plasmatiques sont bas ou en chute ;
- le tableau doit être discret et s'amender en 48 heures;
- il faut une surveillance médicale de la patiente, les 30 jours qui suivent.

On reproche à cette méthode de laisser en place le siège de la GEU et ainsi d'augmenter le risque de recidive.

Néanmoins, c'est une méthode encore nouvelle qui pourrait devenir un meilleur moyen pour préserver la fonction tubaire (49,74).

1.9. **LE PRONOSTIC**

1.9.1. Le pronostic vital

La grossesse extra-utérine représente encore une cause de mort maternelle; selon Lansac (42) 6,5% des morts maternelles sont liées à des GEU.

La mortalité par cas des GEU a par contre baissée ces dernières années à cause des progrès de la réanimation.

La cause de décès est le plus souvent un choc hémorragique observé lors du tableau aigu d'inondation peritonéale.

1.9.2. Le pronostic obstétrical (42,54,76)

Il est très difficile de l'apprécier car dépend surtout de l'état de la trompe opposée. Le pourcentage de grossesses à terme obtenues après GEU, tous modes de traitement confondus oscille entre 16 et 65% (54).

L'importance de la parité jouerait un rôle important; une femme déjà mère de 2 enfants ou plus, conserve un pronostic obstetrical bon en rapport avec son âge.

Si la GEU est inaugurale dans la vie de la reproduction, cette femme n'a que 10 à 25% de chance de mener une grossesse à terme (16).

Le taux de récidive, tous traitements confondus oscille entre 0 et 8% (54). S'il y a eu plastie bilatérale ou si trompe unique, le pourcentage de récidive varie de 25 à 40%(54).

U.B

CHAPITRE II : MATERIEL ET METHODE

2.1. **MATERIEL**

Notre étude porte sur 249 GEU opérées chez 245 patientes dans les services de gynécologie-obstétrique des 3 hôpitaux de la ville de Bujumbura.

Elle est rétrospective et s'étend du 1er janvier 1983 au 31 Octobre 1988 pour l'Hopital Prince Régent Charles (H.P.R.C), du 1er Janvier 1984 au 31 Octobre 1988 pour la Clinique Prince Louis RWAGASORE (C.P.L.R.) et du 1er Janvier 1986 au 31 Octobre 1988 pour le Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge (CHUK).

Nous avons colligé 159 cas à l'H.P.R.C.
49 cas à la C.P.L.R.
et 41 cas au CHUK.

Les données étaient issus des registres d'hospitalisation, des registres des interventions gynéco-obstétricales et des fiches d'hospitalisation.

Notre travail s'est proposé de montrer la fréquence de la GEU et ses aspects particuliers dans notre pays.

La fréquence de la GEU a été établie par rapport aux accouchements, ce qui facilitera la comparaison avec d'autres auteurs, la plupart de ces derniers ayant calaculé la fréquence des GEU de cette même façon.

Etant donné l'importance de cette pathologie dans la pratique chirurgicale courante, nous avons jugé nécessaire de calculer l'incidence de la GEU par rapport aux interventions majeures gynéco-obstétricales.

Le suivi des patientes étant difficile, dans ce genre d'étude, le pronostic obstétrical était jugé à l'aspect macroscopique des trompes pendant l'intervention chirurgicale.

2.2. **METHODES**

Nous avons établi pour chaque patiente une fiche d'observation standardisée, destinée à collecter les renseignements administratifs, cliniques, paracliniques et thérapeutiques :

Fiche d'observation

1. Identification du malade

Nom	:	Age	:
Prénom	:	Numéro de la fiche	:
Profession	:	Hôpital	:
Adresse	:	Date d'entrée	:
Date de l'intervention	:	Date de sortie	:
Etat civil	:		

2. Interrogatoire

Douleurs abdominales ----- Généralisées -------
----- -------

Unilatérales -------

Aménorrhée de.....semaines :

DDR :

Troubles du cycle menstruel :

Lipothymies:

syncopes:

autres signes:

b/ Antécédents

- Médicaux :

- Chirurgicaux :
  - ·chirurgie pelvienne : quand ?
  - ·appendicectomie : quand ?
  - ·autres :
- Gynécologiques
  - · infection pelvienne
    - ·salpingite : quand ?
    - ·autres :
- Contraception
  - ·DIU : quand ?
  - ·Ligature des trompes : quand ?
  - ·contraception hormonale : quand ?
- Stérilité primaire : durée ?
  secondaire : durée ?
- Cure chirurgicale de stérilité: quand ?
- Antécedents de GEU : quand ?
- DIU au moment de la GEU: quand ?
- Endométriose : quand ?
- Autres :
- Antécedents obstétricaux
  - · Gestité :
  - · Parité :

- Avortements : quand ?
- Curetage : complications :
- Césarienne:
- Complications de l'accouchement
    - hémorragie : quand ?
    - infection puerperale: quand ?
    - autres:

3. Signes physiques

Douleurs abdominales à la palpation

- sensibilité :
- défense :

Masse annexielle :

Douleur à la mobilisation du col :

Anémie clinique :

Epenchement péritonéal :

Signes de choc :

Fièvre : T° :

Ballonnement abdominal :

Douleur des culs de sac :

Cri du douglas :

Autres signes :

4. Examens complémentaires

NFS US :

HB 10g/l :

Test de grossesse :

Ponction du douglas :

Echographie : signes utérins :

signes extra-utérins :

Coelioscopie :

Hystérosalpingographie :

Autres :

5. Eléments diagnostics :

6. Diagnostics différentiels :

7. Traitement

- Protocole opératoire :

Autres traitements reçus :

- transfusion :
- antibiothérapie :

8. Evolution - pronostic

CHAPITRE III : ANALYSE DES RESULTAT:

3.1. **EPIDEMIOLOGIE**

3.1.1. Fréquence

Nos résultats au niveau des 3 services de gynécologie-obstétrique sont les suivants :

3.1.1.1. GEU par rapport aux accouchements

Au centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge (CHUK)
Le taux est stable autour de 2%

Tableau n° 1. Fréquence de la GEU par rapport aux accouchements au département de gynéco-obstétrique du CHUK

Année	1986	1987	1988
GEU	12	15	14
Accouchements	576	850	811
%	2,08	1,76	1,72

A l'Hôpital Prince Régent Charles (H.P.R.C.)
Le taux est stable autour de 0,50%

L'H.P.R.C. enregistre le plus grand nombre d'accouchements. Il y a une augmentation en 1988 par rapport aux années précedentes.

Tableau n°2. Fréquence de la GEU par rapport aux accouchements au service de gynéco-obstétrique de l'H.P.R.C.

Année	1983	1984	1985	1986	1987	1988
GEU	22	28	39	29	17	24
Accouch.	6.313	6.267	6.778	5.571	5.406	3.833
%	0,35	0,45	0,57	0,52	0,31	0,63

A la Clinique Prince Louis Rwagasore (C.P.L.R.)

Le taux oscille autour de 1%.
Il y a une augmentation de 1985 à 1986 puis stabilisation.

Tableau n° 3. Fréquence de la GEU par rapport aux accouchements au service de gynéco-obstétrique de la C.P.L.R.

Année	1984	1985	1986	1987	1988
GEU	3	7	12	13	14
Accouch.	1.360	1.481	1.168	1.133	1.048
%	0,22	0,47	1,03	1,15	1,33

Graphique n° 1 : représente l'évolution de la fréquence de la GEU au niveau des 3 services :

- C.H.U.K. opérationnel depuis 1986
- C.P.L.R. : années étudiées : de 1984 - 1988
- H.P.R.C. : années étudiées : de 1983 - 1988

Nous constatons que le C.H.U.K. enregistre une fréquence nettement plus élevée que les 2 autres hôpitaux.

% GEU/ Accouchements



Graphique n° 2 : Fréquence moyenne : résultante des 3 hôpitaux.

On constate un léger accroissement de la fréquence, plus ou moins régulière de 1983. à 1988.

Pour l'estimation de la fréquence globale au niveau des 3 services de gynéco-obstétriques, nous obtenons 249 GEU pour 42.595 accouchements.

Ce qui nous donne une fréquence globale de 0,58% soit une GEU pour 178 accouchements.

% GEU/Accouchements



3.1.1.2. **GEU par rapport aux interventions majeures gynéco-obstétricales**

Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge

L'incidence de la GEU comparée aux grandes interventions gynéco-obstétricales, a été plus ou moins stable durant les 3 dernières années écoulées.

Tableau n° 4 : Fréquence des GEU par rapport aux grandes interventions gynéco-obstétricales à la maternité du CHUK

Année	1986	1987	1988
GEU	12	15	14
Grandes interventions	185	255	166
%	6,49	5,88	8,43

Hopital Prince Régent Charles

La GEU a été plus fréquemment opérée les années 1986 et 1988 que les autres années étudiées

Tableau n° 5 : Fréquence des GEU par rapport aux grandes interventions gynéco-obstétricales à la maternité de H.P.R.C.

Année	1983	1984	1985	1986	1987	1988
GEU	22	28	39	29	17	24
Grandes interv.	478	516	683	311	286	216
%	4,60	5,43	5,71	9,32	5,9	11,1

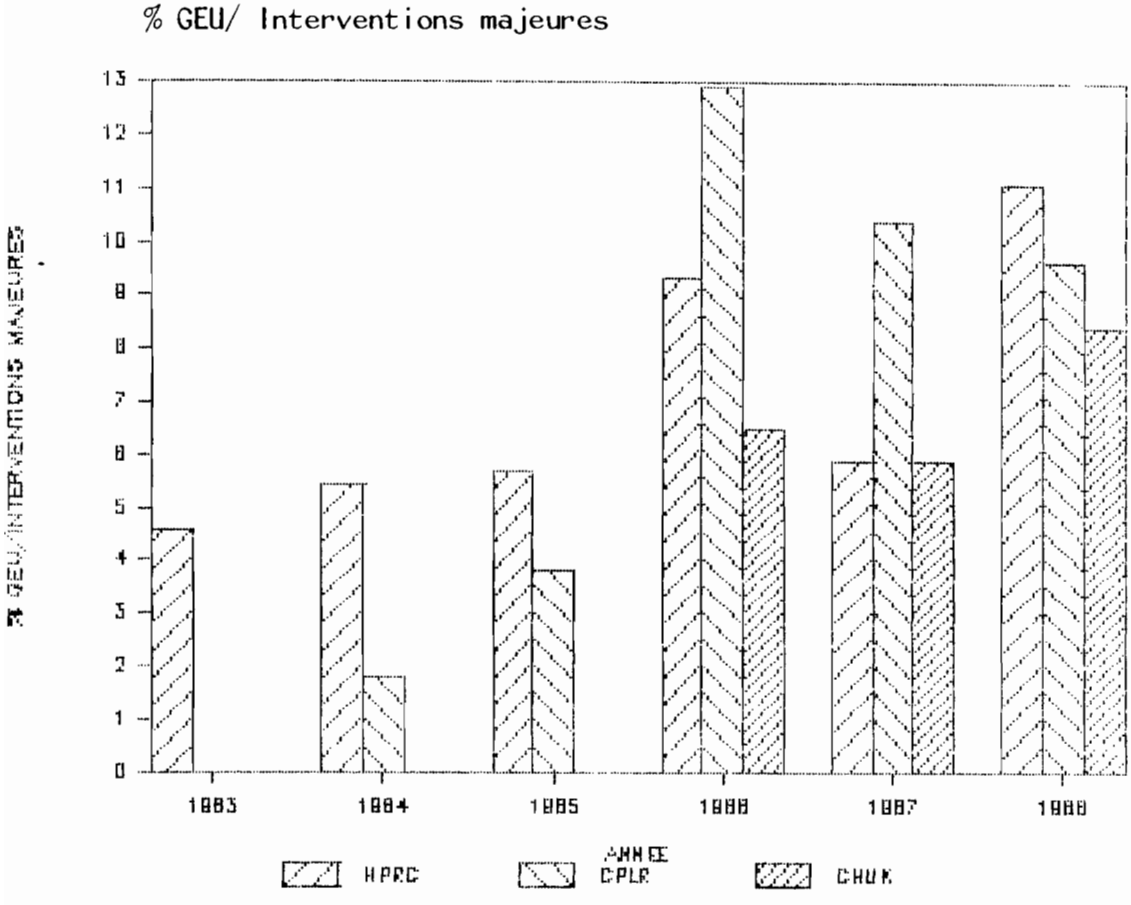
Clinique Prince Louis Rwagasore

Depuis 1986, on a opéré plus de GEU par rapport aux années précedentes. Parallèlement, on constate une augmentation de l'incidence des GEU par rapport aux grandes interventions, ces 3 dernières années dépassant 1 pour 10 grandes interventions (1986-1987).

Tableau n° 6. Fréquence des GEU par rapport aux grandes interventions gynéco-obstétricales à la matérnité de la C.P.L.R.

Année	1984	1985	1986	1987	1988
GEU	3	7	12	13	14
Grandes interv.	168	183	93	105	145
%	1,78	3,82	12,90	10,38	9,65

Graphique n° 3 : représente l'évolution de la fréquence de la GEU par rapport aux interventions gynéco obstétricales au niveau des 3 hôpitaux de Bujumbura (CPLR-HPRC-CHUK



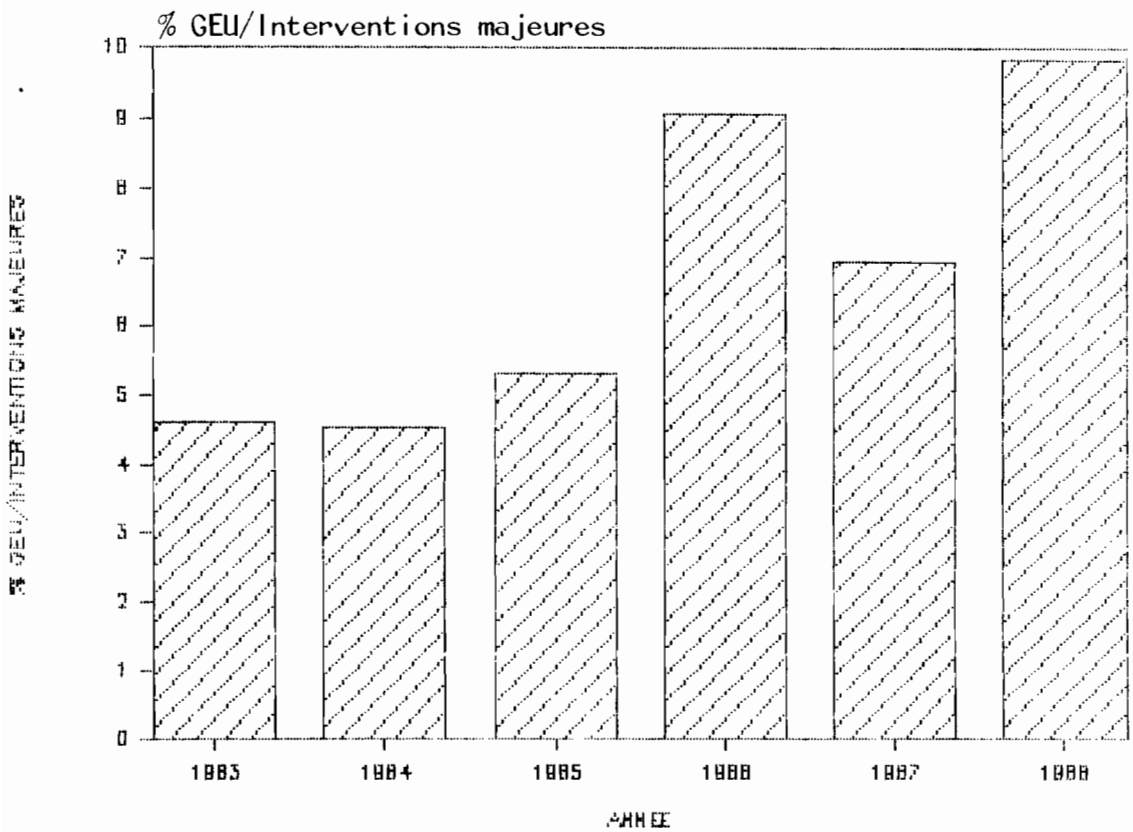
Graphique n° 4 : fréquence moyenne = résultante des 3 hôpitaux.

La GEU prend de plus en plus part dans les grandes interventions.

Nous avons colligé 249 GEU sur un total de 3.790 grar interventions.

soit 1 pour 15 grandes interventions

La fréquence globale est donc de 6,6%.



Taux de Mortalité

Durant la période de notre étude, nous avons enregistré 4 décès dans les 3 services dont un au CHUK et 3 à l'Hopital Prince Régent Charles (H.P.R.C.).

Pour tous les 4 décès, la mort maternelle survenait au cours ou après l'intervention, par anémie aigue.

Le taux de mortalité a été donc 1,61%.

3.1.2. Age des patientes

L'âge des 245 patientes opérées de GEU varie de 16 à 43 ans.

L'âge moyen est de 28 ans.

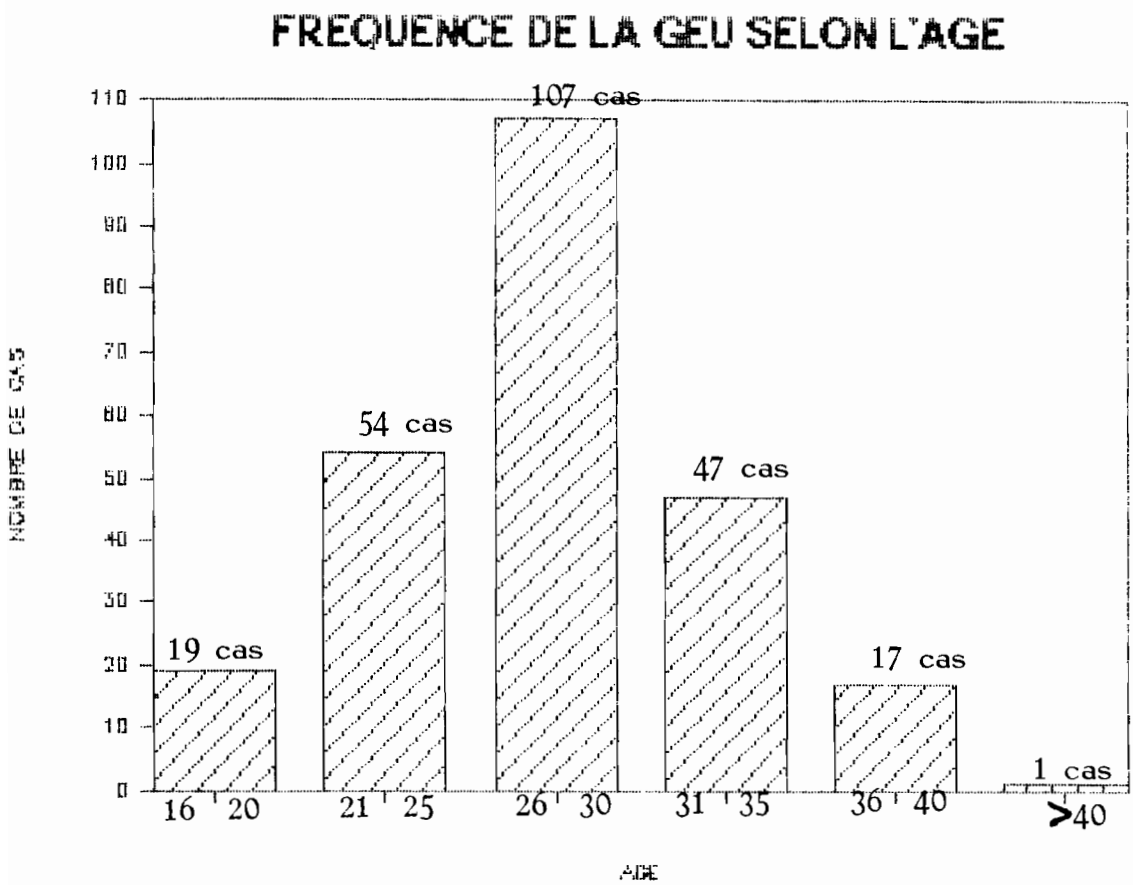
La répartition se fait de manière suivante (graphique n° 5)

- De 16 à 20 ans 19 cas soit 7,7 %
- De 21 à 25 ans 54 cas soit 22,0 %
- De 26 à 30 ans 107 cas soit 44,0 %
- De 31 à 35 ans 47 cas soit 6,9 %
- De 41 et plus 1 cas soit 0,40%

Le pic maximum de fréquence se situe dans la tranche d'âge de 26 à 30 ans soit 44% .

84,9% de nos patientes sont agées de 21 à 35 ans.

Graphique n° 5



3.1.3. Parité des patientes

La parité a été précisée chez 180 patientes. La répartition es
la suivante :

- 32 nullipares
- 33 primipares
- 36 secundipares

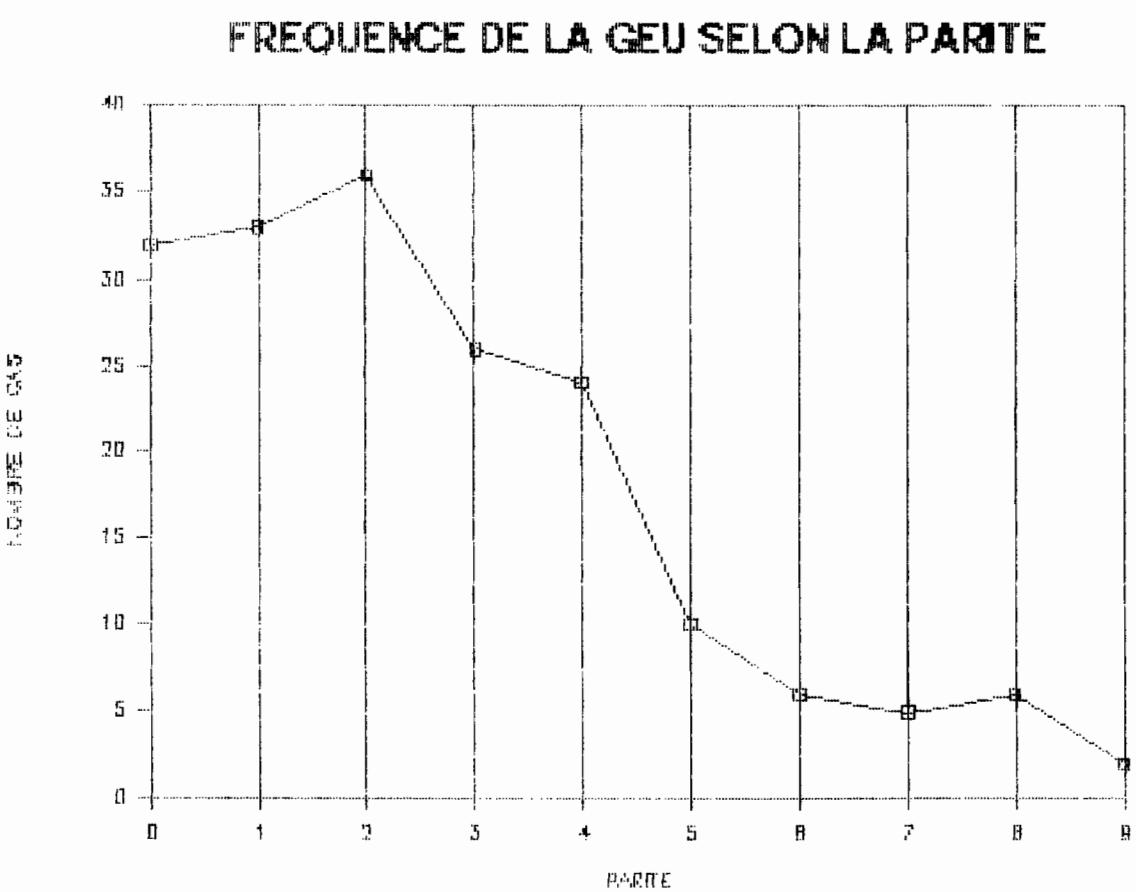
56% sont paucipares

- 26 3ième pare
- 24 4ième pare
- 10 5ième pare
- 6 6ième pare
- 5 7ième pare
- 6 8ième pare
- 2 9ième pare

44% sont multipares

La parité moyenne : 2,59

Graphique n° 6.



Gestité des patientes

La gestité des 180 malades se répartit comme suit :

- 25 primigestes
- 28 secundigeste
- 38 3ième geste
- 22 4ième geste
- 31 5ième geste

15 6ième geste
5 7ième geste
8 8ième geste
3 9ième geste
4 10ième geste
1 11ième geste

Pic maximum : 3ième geste

Gestité moyenne : 3,9

Les extrêmes étant 1 avec 25 cas et

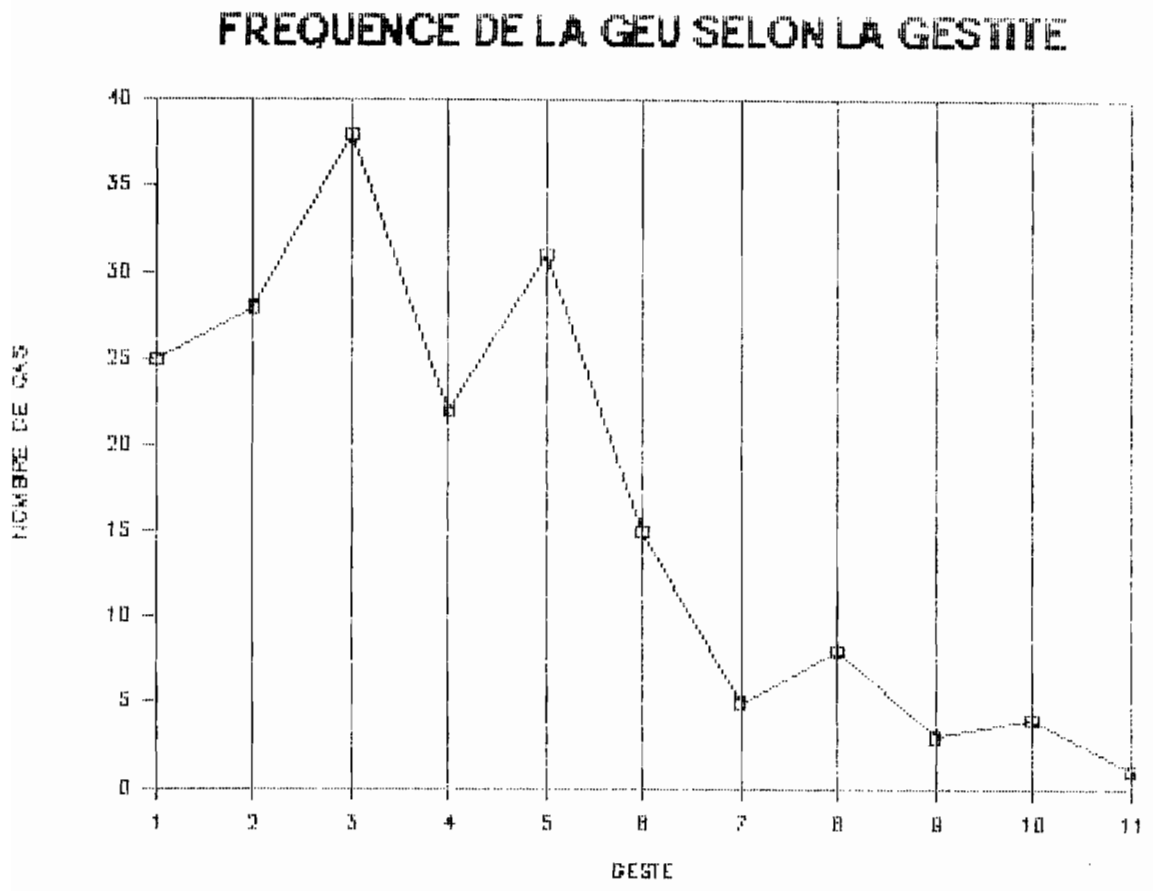
11 avec 1 cas

Notons que le pic à la 5ième gestité comprend des patientes ayant fait des fausses couches.

Graphique n° 7. :

Les extrêmes étant 1 avec 25 cas et
11 avec 1 cas.

Notons que le pic à la 5ième gestité comprend des patientes ayant fait des fausses couches.



3.1.4. Origine des malades

Tableau n° 7

Résidence	Effectif	%
Bujumbura et environs	153	76,5
Intérieur	43	21,5
Zaïre(Kiliba&Uvira)	4	2

Plus de 1/5 des malades viennent de loin; ça peut être un facteur qui retarde le diagnostic et/ ou aggrave le pronostic.

3.1.5 Etude des antécédents

Nous avons retenu 205 observations où on n'avait précisé les antécedents.

3.1.5.1. Infection pelvienne

C'est en reprenant les données de l'interrogatoire, et les constatations peropératoires ainsi que les éléments des dossiers antérieurs retrouvés, que nous avons relevé le nombre de patientes ayant présenté une infection pelvienne.

L'interrogatoire retrouve un antécédent infectieux chez 15 patientes des 205 observations exploitables soit 7,31%.

L'aspect per opératoire chez 57 patientes est en faveur d'un processus infectieux ancien du pelvis :

- adhérances à l'intervention : 26 cas
- trompe controlatérale bouchée : 11 cas
- hydrosalpinx controlatéral : 6 cas
- pyosalpinx : 3 cas
- trompe controlaterale phimosée : 9 cas

C'est donc dans 72 cas soit 35,1 % que l'on peut parler de facteur infectieux prédisposant, signalé à l'interrogatoire ou à l'examen peroperatoire.

3.1.5.2 Stérilité

- 49 des 205 patientes présentent une sterilité soit 23,9% :
  - 2 d'entre elles ont une stérilité primaire
  - 47 " " " secondaire
- La stérilité moyenne est de 8 ans 4 mois.

3.1.5.3. Avortements avec ou sans curetage

Un ou plusieurs avortements spontanés ou volontaires ont été retrouvé par l'interrogatoire chez 39 patientes soit 19,02% :

- 9 des 39 patientes ont eu 2 fois l'accident
- 4 " " " 3 avortements.

3.1.5.4. Chirurgie abdominopelvienne

Elle a été retrouvée dans 22 cas soit 10,73% :

Il s'agit de :

- 11 salpingectomies pour GEU
- 3 salpingectomies pour infection tubaire
- 2 césariennes
- 1 cure de sterilité
- 1 annexectomie pour GEU
- 1 ligature des trompes
- 1 kystectomie pour kyste dermoide de l'ovaire
- 1 myomectomie
- 1 appendicectomie

3.1.5.6. Stérilisation tubaire

Une patiente avait déjà subi une ligature des trompes.

3.1.5.7. D I U

Une seule femme était porteuse d'un dispositif intra utérin lors de la GEU.

Une autre avait utilisé ce moyen contraceptif dans le passé.

Tableau récapitulatif n°8 : Facteurs prédisposants connus des GEU à propos de 205 cas exploitables.

Facteurs	Nombre	Pourcentage
Lésions infectieuses	72	35,1 %
Stérilité	49	23,9 %
Avortements	39	19,02 %
Chirurgie abdomino-pelvienne	22	10,73
Stérilisation tubaire	1	0,45
D I U	2	0,975

3.1.6. GEU récidivantes

Quand on a eu une GEU, il y a beaucoup de chance de faire une seconde, surtout s'il existe un facteur prédisposant.

13 patientes ont fait une recidive (dont 4 au cours de la période d'étude):

- Chez 12 patientes, la récidive est survenue après traitement chirurgical radical lors du premier accident
  - dans 11 cas après salpingectomie
  - dans 1 cas après annexectomie.
- Chez une patiente, la récidive a été constatée à l'intervention : la 1ère GEU était au stade d'hématocèle, la seconde encore fraiche s'était développée sur la trompe controlatérale après la mort du premier foetus.

Dans 9 cas sur 13, il existe un facteur favorisant :

- Dans 5 cas, les patientes présentaient une stérilité secondaire de 3 à 10 ans.
- 2 patientes avaient des antécedents d'avortement mais il n'y a pas de notion précise de curetage.
- 1 patiente avait été césarisée 2 fois.
- la dernière présentait des adhérances multiples à l'intervention.

N.B.:
Signalons qu'une patiente parmi les 13 a fait 3 GEU successives après une stérilité secondaire de 9 ans : une tubaire droite, une tubaire gauche et une autre ovarienne.

3.2. **LES SIGNES CLINIQUES** (Tableau n° 9)

3.2.1. Signes fonctionnels

Les plaintes sont précisées dans 189 observations :

a/ la douleur spontanée est observée dans 156 cas soit 82,5%

b/ les métrorragies sont retrouvés dans 113 cas soit 59,7%

c/ L'aménorrhée est signalée dans 104 cas soit 52,5% :
- retard des règles inférieur à un mois : 9 cas soit 8%
- aménorrhée de 1 à 2 mois : 36 cas soit 32%
- aménorrhée de 2 à 5 mois : 56 cas soit 49,5%
- aménorrhée de 6 à 9 mois : 12 cas soit 10,5%

L'aménorrhée moyenne est de 10 semaines.

d/ Les lipothymies : signalées dans 28 cas soit 14,8 %

e/ 18 patientes sont arrivées inconscientes à l'hôpital soit 9,52%

f/ Masse pelvienne isolée : 6 cas soit 3,17%

g/ Autres signes moins constants sont notés : vertiges, nausées, vomissements, météorisme abdominal, dysménorrhée, dyspareunie et des signes urinaires.

Tableau n° 9 : Plaintes des malades

Signes fonctionnels	Nombre de cas	%
Douleur pelvienne spontanée	156	82,5 %
Métrorragies	113	59,7 %
Aménorrhée	104	52,5 %
Lipothymies	28	14,8 %
Inconscience à l'arrivée	18	9,52 %
Masse pelvienne	6	3,17 %
Nombre total de cas	189 cas	

3.2.2. Examen physique

La palpation

Il existe des signes d'irritation péritonéale à type de douleur ou de défense dans 106 cas soit 56,1%.

Au toucher vaginal

On a constaté les signes suivants :

- une douleur dans les culs de sac dans 112 cas soit 59,3%
- une masse annexielle dans 78 cas soit 41,27%
- des signes de spoliation sanguine dans 98 cas soit 51,85%
- un ballonement abdominal dans 29 cas : 15,3%
- des signes de préchoc à l'examen dans 68 cas : 36 %
- l'examen physique était sans particularité dans 15 cas :7,94%

Tableau n° 10 : Signes d'examen

Signes physiques	Nombre de cas	%
Signes d'irritation peritonéale	106	56,1 %
Douleur des culs de sac	112	59,3 %
Masse annexielle	78	41,27%
Signes de préchoc à l'examen	68	36 %
Ballonement abdominal	29	15,3%
Examen normal	15	7,94
Nombre total de cas	189	

3.3. **LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

Souvent, les examens complémentaires ne sont pas pratiqués parce que le diagnostic de GEU est quasi évidente.
Les examens paracliniques ont été réalisés dans l'ordre suivant:

3.3.1. La ponction du douglas

C'est l'examen qui a été le plus couramment utilisé.
C'est un examen de grand intérêt, pratique surtout dans les pays sous médicalisés où les GEU arrivent le plus souvent dans un tableau de rupture.

Cet examen a été réalisé dans 102 cas.

Elle a été positive dans 96 cas soit 94% des ponctions du douglas

Elle a été négative dans 6 cas soit 6% des ponctions du douglas.

3.3.2. Les réactions immunologiques de la grossesse (RIG) ou test de grossesse.

Le test de grossesse a été demandé dans 23 cas; le plus souvent, il était associé à la ponction du douglas.

Le test était positif dans 20 cas
négatif 3 fois

Les RIG ont été toujours pratiquées sur les urines.

3.3.3. L'échographie pelvienne

Il a été pratiqué 39 échographies.

Seul le CHUK possède cet appareil. L'échographie a montré dans 30 cas :

- un utérus vide
- une collection rétro-utérine
- rarement une masse latéro-utérine avec ou sans embryon.

Dans 5 cas, on a cru voir un embryon intra-utérine, fausse image peut-être d'une caduque intra-utérine.

Dans 4 cas, l'échographie n'a rien montré de particulier.

3.3.4. La coelioscopie

Elle n'a été effectuée que dans 12 cas à cause de la fréquence des signes évidents de GEU :

- dans 8 cas, la GEU n'était pas rompue.
- dans 4 cas, elle était fissurée.

3.3.5. La radiographie du contenu utérin

Elle a été demandée dans 5 cas de grossesse abdominale.

3.3.6. L'examen histologique

Il a été demandé dans 5 cas. C'était dans le seul but de confirmer le diagnostic.

3.3.7. L'aspiration avec curetage

Elle a été pratiquée chez 6 patients, où l'on avait pensé à une fausse couche. Elle a ramené peu de matériel (caduque).

3.4. **CONSTATATIONS PER OPERATOIRES**

3.4.1. Topographie des GEU

Elle a été précisée dans 216 cas ; dans 33 cas, il s'agissait des hématocèles systematisées, difficilement individualisables.

- Dans 210 observations, la grossesse ectopique s'était développée sur l'annexe gauche dans 108 cas soit 51,4%
  sur l'annexe droite dans 102 cas soit 49,6%

- Dans 6 cas, c'était une grossesse abdominale.

Le siège anatomique est par ordre d'importance :

- tubaire dans 204 des 216 cas soit 94,4%
- abdominal dans 6 cas soit 2,8%
- ovarienne dans 6 cas soit 2,8%

Signalons que pour les grossesses tubaires, la variéte anatomique a été précisée dans 119 comptes rendus.

Il y avait :
- 88 grossesses ampullaires soit 73,9%
- 13 grossesses interstitielles soit 10,92%
- 8 grossesses isthmiques soit 6,72%
- 8 grossesses infundibulaires soit 6,72%
- 2 grossesses isthmo-ampullaires soit 1,68%

Si nous prenons toutes les GEU au stade d'hématocèle (systematisées et non systematisées) nous obtenons 53 sur 249 GEU soit 21,28%.

Etat de la GEU tubaire à l'intervention

Parmi les 204 grossesses tubaires on a constaté que :
- 155 GEU étaient en état de rupture franche
- 23 GEU étaient en cours d'avortement tubo-abdominal
- 12 GEU étaient fissurées
- 15 GEU étaient non rompues.

Cas particuliers

Au cours de notre étude, nous avons enregistré une GEU bilatérale, de siège tubaire une rompue à gauche et une autre non rompue à droite associées à une kyste de l'ovaire doit.

Un autre cas qui mérite d'être souligné est une association d'une GEU ampullaire droite en cours d'avortement tubo-abdominale et d'une grossesse intra utérine ayant ultérieurement bien évoluée jusqu'à terme, après l'intervention chirurgicale.

3.4.2. Aspects des annexes et de l'utérus

3.4.2.1. **Annexes**

Trompes
- La trompe controlatérale est absente dans 15 cas soit 6,02%
- Elle est macroscopiquement pathologique 31 cas soit 12,44%
  - bouchée dans 11 cas
  - phimosée dans 9 cas
  - hydrosalpinx 6 cas
  - pyosalpinx 3 cas
  - seconde GEU controlatérale 2 cas

Ovaires.

A l'intervention on a trouvé :
- 18 kystes de l'ovaire
- L'ovaire controlatéral était absent 1 cas.

3.4.2.2. utérus

L'utérus est le siège lors de l'intervention :

- d'1 hémiutérus 1 cas
- de myomes sous serreux 2 cas
- de fibromes sous muqueux 2 cas
- de grossesse intra-utérine laissée en place 1 cas

3.4.2.3. Autres aspects pathologiques

Nous avons également rencontré dans 28 cas des adhérences et des brides pelviennes.

L'abondance de l'hémopéritoine :quantité supérieure à 1,5 l. Elle a été signalée dans 127 comptes rendus.

3.5. TRAITEMENT

3.5.1. Techniques chirurgicales utilisées (Tableau n° II)

3.5.1.1. Chirurgie radicale

3.5.1.1.1. Salpingectomies : 184 cas

- La salpingectomie unilatérale a été réalisée dans 179 cas dont 8 cas sur trompe unique.
- La salpingectomie bilatérale a été faite dans 5 cas :
  - 2 cas pour hydrosalpinx controlatéral
  - 2 cas pour une seconde GEU du côté opposé
  - 1 cas pour stérilisation définitive volontaire.

3.5.1.1.2. Annexectomies : 38 cas

- Annexectomie unilatérale : 35 cas dont 1 cas sur annexe unique
- L'annexectomie bilatérale obligée a été faite dans 1 cas parce que les ovaires étaient non retrouvés.

- L'annexectomie bilatérale associée à l'hystérectomie: 2 cas pour :
  - utérus fibromateux plus GEU hydrosalpinx centrolatéral 1 cas.
  - vieille GEU +kyste de l'ovaire rompue 1 cas

Ovariectomie partielle : 2 cas (GEU ovarienne)

3.5.1.2. Chirurgie conservatrice : Deux techniques ont été utilisées.

- césarienne tubaire 5 cas

- expression tubo-abdominale 1 cas

Cas particuliers

L'extraction du foetus et du placenta a été réalisée dans 6 cas de grossesse abdominale.

La décortication d'un hématocèle enkysté, les annexes n'étant pas visualisés : 13 cas.

3.5.2. Interventions associées: Gestes complémentaires

En plus de l'intervention sur la GEU, il a été réalisé :

- une adhésiolyse chez 18 patientes
- une myomectomie :2 cas
- une appendicectomie :2 cas
- une kystectomie (kystes de l'ovaire) : 12 cas
- une énucleation d'un nodule fibromateux : 1 cas
- un geste de reperméabilisation sur trompe restante.
  - néopavillons : 2 cas
  - salpingostomie : 4 cas
  - fimbioplastie : 1 cas
- une ligature de la trompe controlatérale : 7 cas
- une salpingectomie controlatérale (en plus d'une annexectomie) :2 cas

Tableau n° 11 : Traitement des GEU

	Technique	Nombre de cas	%		cas	%
TRAITEMENT RADICAL 89,96%	Salpingectomie	184	73,9	salpingect. unilatérale	179	71,8
				salpingect. bilatérale	5	2,1
	Annexectomie	38	15,26	Annexect. unilatérale	35	14,06
				Annexect. bilatérale	3	1,2
	Ovariectomie partielle	2	0,8			
TRAITEMENT CONSERVATEUR 2,41%	Césarienne tubaire	5	2,01			
	Expression tubo-abdominale	1	0,4			
CAS PARTICULIERS Grossesse abdominale	extraction foetus ablation placenta	6	2,41			
Hematocèles organisées	décortication	13	5,22			
NOMBRE TOTAL DES CAS		249	100%			

3.5.3. Traitement médicaux complémentaires

3.5.3.1. Couverture antibiotique

Elle a été appliquée dans 186 cas sur les 249, soit 74,6%.

La durée moyenne de l'administration des antibiotiques est de 10 jours.

Extrême 6 à 16 jours

Les produits utilisés sont par ordre de fréquence :

- Ampicilline : 89 fois
- Pénicilline 4 : 52 fois
- Gentamycine : 32 cas
- Flagyl : 21 fois
- Cloramphénicol : 34 fois
- Négram : 8 fois
- Bactrim : 4 fois
- Clamoxyl : 1 fois
- Doxicycline : 1 fois

En cas de risque infectieux accru surtout si lésions inflammatoires macroscopiquement visualisées ou hématocèle ancienne, les antibiotiques étaient administrés sous forme d'associations.

- Ampicilline - Gentamycine
- Ampicilline - Flagyl
- Ampicilline - Gentamycine - Flagyl
- Ampicilline - Chloramphénicol
- Ampicilline - Chloramphénicol - Flagyl

3.5.3.2. Transfusion

Elle était faite pendant et/ou après l'intervention suivant le taux d'hémoglobine et l'intensité du saignement.

Quelquefois, par manque de sang dans les centres de transfusion sanguine, une autotransfusion était réalisée.

La transfusion a été réalisée dans 72 cas.

Autotransfusion dans 6 fois.

Le Fer a été administré en post opératoire chez 22 patientes; l'hémoglobine était légèrement bas.

3.6. ETUDE PRONOSTIC

3.6.1. Le pronostic maternel

3.6.1.1. Le pronostic immédiat

3.6.1.1.1. Mortalité

Sur les 245 patients, il y a eu 4 décès soit 1,6% des cas.

Une patiente est décedée lors d'une réintervention effectuée 5 jours après la première pour hémopéritoine persistant; elle est morte de choc hémorragique à la réouverture.

2 décès sont survenues l'un en per opératoire et l'autre en post opératoire, par anémie aigue. Ces 2 patientes étaient arrivées en état de collapsus et à l'intervention, il y avait une rupture catachysmique d'une grossesse isthmique.

1 décès par septicémie, 12 jours après l'opération.

3.6.1.1.2. Morbidité

Chez les autres patientes, les suites opératoires ont été simples.
La durée d'hospitalisation varie de 6 à 42 jours.
La durée moyenne d'hospitalisation 9 à 10 jours.

L'hospitalisation a été particulièrement prolongé dans les hématocèles enkystées et grossesses abdominales à cause du diagnostic tardif.

3.6.1.2. Pronostic d'avenir

3.6.1.2.1. Pronostic obstétrical

La fécondité ultérieure a été estimée à l'aspect macroscopique per opératoire des annexes, et en fonction du traitement chirurgical appliqué.

1/ Constatations per operatoires qui préjugent d'un mauvais pronostic dans 90 cas.

· Il y a eu 11 trompes bouchées du côté controlatéral de la GEU

· 6 hydrosalpinx controlatérale

· 3 pyosalpinx

· 9 trompes phimosées

·28 cas : nombreuses adhérances à l'intervention.

·33 cas d'hématocèles organisés avec annexes méconnaissables.

2/ Traitements chirurgicales obligés

Ils ont été faites dans 16 cas dont 4 pour hydrosalpinx (déjà cité en haut). Ils sont souvent les seuls possible étant do l'ampleur des lésions constatées à l'intervention.

· Salpingectomie sur trompe unique : 8 cas

· Salpingectomie bilatérale obligée : 4 cas

· Annexectomie sur annexe unique : 1 cas

· Annexectomie bilatérale obligée : 3 cas

Dans 102 cas, le pronostic obstétrical est donc sombre étant donné les constatations per opératoires et les traitements chirurgicales obligés soit 40,9% des cas.

3.6.1.2.2. **Recidives**

4 patientes ont fait 8 GEU au cours de l'étude. Chez une autre patiente, la récidive a été constatée pendant l'intervention.

3.6.2. Le pronostic foetal

Cas particulier des grossesses évoluant vers le terme.

Nous avons enregistré au cours de notre enquête 3 grossesses abdominales à terme et 3 avant le terme.

Dans 3 cas, le foetus était malformé, mais dans le compte rendu opératoire, on n'a pas précisé le type de malformations.

Lors de l'extraction, le foetus était déjà mort dans tous les cas.

CHAPITREIV : COMMENTAIRES ET REVUE DE LA LITTERATURE

4.1. EPIDEMIOLOGIE

4.1.1. La fréquence

La plupart des auteurs des différents régions du monde s'accordent sur le fait que l'incidence des GEU a sensiblement augmenté ces dernières années.

Quelques fréquences anciennes signalées par DIA (25)

(GEU/accouchements)

- Kawashida 1934 0,14 %
- Marchetti 1948 0,33 %
- Lehfeldt 1967 1,33 %

Actuellement, les séries européennes trouvent des chiffres variant de 1/90 accouchements (1,1%) à 1/38 accouchements(2,64%) (32).

Donc la GEU % aux accouchements est en nette progression selon les dernières rapports.

Tableau n° 12 . Evolution de l'incidence des GEU selon les pays

AUTEUR	PAYS	PERIODE D'ETUDE	FREQUENCE GEU % ACCOUCHEMENTS
NDAYISABA (55)	Guinée	De 1969 à 1974	1/311 (0,32%) à 1/127 (0,79)
C.N.G.O.F (40)	France	De 1975 à 1981	1:131 (0,76) à 1/76 (1,31)
LEMOINE (46)	France	De 1972 à 1982	0,5 à 2,1%
VITSE (76)	France	De 1979 à 1983	1,35 à 1,51 ù
MONNIER (54)	France	De 1976 à 1983	1/122 (0,81% à 1/56 (1,78 %)
ROBERT TAYLOR(66)	USA	De 1978 à 1988	1/123 (1,81%) à 1/36 (2,77%)
Notre travail	Burundi	De 1983 à 1988	1/286 (0,35%) à 1/109 (0,92)

Aux USA, la fréquence de la GEU par rapport aux naissances a triplé depuis 1970 (63,66).
Cet accroissement de l'incidence a été observé également en Europe : en Suède, elle a doublée entre 1965 et 1979 (32); les auteurs français trouvent au début des années 1980 que la fréquence de la GEU comparée aux accouchements oscille entre 1 et 2 % .

Cet évolution de la fréquence se remarque également en Afrique mais les taux ne sont pas comparables à ceux de la littérature occidentale: dans les séries africaines, les taux atteignent rarement 1% .

Dans notre étude, la fréquence de la GEU par rapport aux accouchements passe de 0,35% (1983) à 0,92% (1988). Ces chiffres sont visiblement bas si on les compare aux taux signalés dans les revues européennes récentes (voir tableau n° 12).

Nous pensons que cela est la conséquence de la sous médicalisation qui persiste dans nos pays autrement dit le manque de couverture des soins sanitaires.

Un nombre non négligeable de patientes ne recourent pas aux services de santé, donc restent méconnues.

Par ailleurs, l'amélioration des moyens de diagnostic des grossesses ectopiques non compliquées en Occident, explique également les taux élevés qui y sont enregistrés.

Quoique la fréquence semble basse dans notre pays, cette pathologie occupe néanmoins une place importante dans la pratique chirurgicale; dans notre série nous obtenons une GEU pour 15 interventions majeures gynéco obstétricales.

Ndayisaba (55) et Lemoine (46) trouvent respectivement 1/ interventions et 1/21 interventions gynéco obstetricales.

La GEU est donc fréquemment opérée dans nos services de gynécologie-obstétrique.

4.1.2. L'âge des patientes

Tableau n° 13

Auteur	Pays	Année	Nombre de cas	Age moyen
Ndayisaba (55)	Guinée	1975	56	27 ans 6 m
Tancer (73)	USA	1981	556	25 à 34 an
Henrion (37)	FRANCE	1982	111	29 ans
Thorburn cité (11)	SUEDE	1983	328	28,5 ans
Fianu (31)	ITALIE	1983	292	28,5 ans
Weinstein (78)	USA	1983	154	25,9 ans
Vitse M (76)	FRANCE	1984	139	29 ans
Loffredo (49)	FRANCE	1984	160	29-30ans
Boulieu (11)	FRANCE	1985	70	29 ans
Monnier (54)	FRANCE	1985	117	29 ans
Gillet (32)	FRANCE	1985	200	28 ans
Notre travail	BURUNDI	1980	249	28 ans

Dans notre série, l'âge moyen des patientes : 28 ans et le pic de fréquence se situe entre 26 et 30 ans. Si on se réfère au tableau n° 13, l'âge moyen des opérées de GEU varie de 26 à 29 ans; la plupart des auteurs trouvent que la tranche d'âge de 25 à 30 ans enregistre le plus de GEU.

Nous constatons que la GEU est une maladie de la femme en âge de grande activité génitale quelque soit le pays où l'on se trouve.

4.1.3. La parité - gestité

Tableau n° 14

Auteur	Année	Pays	Nombre de cas	Parité moyenne % primigestes+primipares
NDAYISABA(55)	1975	GABON	53	20% primigestes primipares
KOUMARE (41)	1982	MALI	20	20% primigestes primipares
VISTE M.(76)	1984	FRANCE	139	39,75% primigestes primipares
MONNIER (54)	1985	FRANCE	117	61,6% primigestes primipares
LEMOINE (46)	1987	FRANCE	375	52% primigestes primipares
GILLET (32)	1987	FRANCE	200	73% primigestes primipares
Notre étude	1988	BURUNDI	180	32,2% primigestes primipares

Dans notre série, 56,6% des patientes sont paucipares (inférieur à 3 parité); 32,2% des patientes constituent les primigestes et les primipares.

Si l'on regarde la courbe de fréquence de la GEU selon la parité (graphique n° 6), on constate que l'incidence de la GEU est inversément proportionnelle à la parité.

Les autres auteurs trouvent des taux variant de 20 à 73% des primigestes + primipares (voir tableau n° 14).

On remarque que, quelque soit le lieu où l'on se trouve, ce sont les femmes jeunes, de faible parité qui sont exposées à cet accident de la gestation; ce qui est inquiétant quand on se réfère au pronostic obstétrical après la GEU.

Les auteurs français trouvent particulièrement des taux très élevés (voir tableau n° 14) 52%(46), 61,6%(54) et 73%(32). La différence entre les pourcentages plus élevés en France que dans les pays africains (voir tableau) s'explique en partie par la fréquence de la multiparité chez ces derniers.

4.1.4. Facteurs étiologiques

Tableau n° 15

Auteur Année	Pays	% Infection pelvienne	% Stérilité	% DIU	% Avort.	% Chirurgie abdo-pelv
Brenner cité 1980 (14)	USA 300cas	36%				
Tancer 1981 (73)	USA 300 cas			6,1%		
Koumaré 1982 (49)	MALI 20 cas		15%		15%	
Portundo 1982 (64)	ESPAGNE 219 cas	8%	11%	10%	7%	2,5% plasties 10% appendicect
HENRION 1982 (37)	FRANCE 111 cas			10%	27%	
Thorburn cité (11) 1983	SUEDE 328 cas	27,1%	13%	21%	30,2%	55% plasties 20,1% appendic
Fianu 1983 (31)	ITALIE 292 cas		16	19%	23	
Weinstein (78) 1983	USA 154 cas	14,9	13,6	9,7	22,7	
Vitse (76) 1984	FRANCE 139 cas	11,5	15,8	22,3	17,9	39,6%
Monnier (54) 1985	FRANCE 117 cas	14	27	26	34,8	10% plasties 28% appendic
Boulieu (11) 1985	FRANCE 70 cas	11,4	10	15,9	47,1	2,8 %plasties 20 % appendic.
Gillet (32) 1987	FRANCE 200 cas	25	31	7	27	19,5%
Lemoine(46) 1987	FRANCE 375 cas	12,5	7,9	20%	25	3,7 % plasties
Notre étude 1988	BURUNDI 205 cas	35,1	23,9	0,9	19,2	10,73%

4.1.4.1. Infections pelviennes

Dans notre série, 35,1% des patientes ont des antécedents d'infection pelvienne. Selon les auteurs, l'incidence des infections pelviennes chez les opérées de GEU varie de 8 à 36% (voir tableau n° 15).

Notre taux élevé montre l'importance des infections pelviennes dans la génèse des GEU chez nos patientes.

Une étude réalisée en 1983 par NTAGANIRA (56) montre une infection pelvienne chez 50% des femmes enceintes venant en consultation prénatale sans signes fonctionnelles.

De l'avis de plusieurs auteurs, il existe une association entre GEU et maladies pelviennes inflammatoires la plupart due au MST, avec augmentation parallèle de l'incidence des 2 affections.

Dubuisson (29) dans son étude histologique de 215 grossesses tubaires, la salpingite chronique est retrouvée dans 9 cas sur 10. Ces résultats pourraient donner raison à Kurt cité par Philippe(61) qui déclare avec un peu d'éxageration que "sans infection pelvienne, pas de GEU".

La tuberculose annexielle classique est rarement mise en cause actuellement. Ce sont surtout les salpingites non tuberculeuses (à gonocoques, à chlamydia, et à germes banaux contactés par voie basse (MST) et par voie haute: geste chirurgical sur le petit bassin) qui sont retrouvées chez les opérées de GEU.

Diquelor (26) trouve en culture chlamydia trachomatis chez 30% des patientes opérées de GEU.

Pour Henry Suchet (38), chez les femmes atteintes de GEU, la sérologie chlamydia est positive dans 50 à 60% des cas. Selon Dubuisson (29) il faut systématiqment rechercher cet infection chez le couple en cas de GEU.

Etant donné la fréquence des infections pelviennes chez nos operées et des résultats de la littérature sur le rôle joué par l'inflammation sur la génèse des GEU, la prévention des GEU devrait s'articuler essentiellement sur la lutte contre les MST et leur traitement précoce.

4.1.4.2. La stérilité

Au cours de l'étude épidemiologique que nous avons mené, nous nous sommes rendus compte de l'importance de la stérilité chez les opérées de GEU : 23,9% de nos patientes se plaignent d'une stérilité et 38,5 des patients faisant une récidive ont des antécedents de stérilité.

Ce facteur est retrouvé par les autres auteurs (tableau n° 15): le taux varie de 7,9 à 31% .

Nous trouvons un taux relativement élevé; seul Monnier et Gillet trouvent des taux supérieures, respectivement 27% et 31%

Comme l'ont déjà constaté d'autres auteurs, les facteurs favorisant la stérilité sont les mêmes que ceux favorisant la GEU; c'est ainsi que les femmes présentant une stérilité font des GEU et un pourcentage non négligeable des opérés de GEU ont une stérilité primaire ou secondaire dans leurs antécedents.

Ndayisaba (55) constate que 74,66% des patientes opérées à Conakry pour stérilité présentaient des lésions tubaires susceptibles de provoquer la nidation ectopique.

Aubriot(3) lui trouve une fréquence importante des antécedents de GEU en cas de stérilité tubaire. Cet auteur constate que, GEU et stérilité sont souvent la conséquence d'une même maladie : **la salpingite chronique**.

Par conséquent, il faut penser à une GEU en cas de troubles menstruels ou grossesse survenant chez une femme présentant une stérilité.

4.1.4.3. Avortements /curetages

19,2% des patientes signalent un ou plusieurs avortements dans leurs antécedents. Le taux varie de 7 à 47% selon les auteurs et pays(voir tableau n° 15).

Le risque de GEU est multiplié par 5, en présence des complications du post abortum à type de rétention et d'infection (15).

Selon Boulieu(11) les patientes opérées de GEU, ayant subi une fausse couche spontanée ou IVG dans les antécedents, ont le plus souvent des séquelles altérant la fertilité à laparatomie.

Il est évident que les avortements, s'ils sont multiples et compliqués constituent un facteur prédisposant aux GEU. Selon les auteurs africains et dans notre pays les avortements provoqués échappent aux statistiques parce que le plus souvent clandestins; nous pensons que le taux de 19,2% trouvé dans notre étude est peut-être minimisé.

4.1.4.4. DIU et contraception hormonale

Si l'on se réfère au tableau n° 15, le taux de 0,9% de patientes faisant la GEU sur stérilet, est visiblement moins élevé que ceux de la littérature.

Nous ne pouvons pas conclure sur le rôle du DIU dans la génèse des GEU parce qu'il y a peu d'utilisatrices de stérilet dans notre pays; par ailleurs, l'association entre DIV et GEV est un sujet toujours discuté (32,49,53,54,62,69,72).

En ce qui concerne la contraception hormonale, elle protège contre toute grossesse parce que inhibe l'ovulation (14). Néanmoins beaucoup d'auteurs accusent les progestatifs microdosés, la contraception du lendemain par fortes doses d'oestrogènes et la stimulation de l'ovulation par les HMG, de favoriser la survenue des GEU.

Il ne faut pas oublier le rôle joué par les oestrogènes et progesterone dans le transit de l'oeuf et par là le rôle possible de la contraception hormonale dans la genèse des GEU.

La contraception hormonal n'a pas été retrouvée dans notre série.

4.1.4.5. Chirurgie pelvienne

Selon Monnier (54), une fois sur 4 en moyenne, les patientes ayant subi une intervention chirurgicale sur le petit bassin ont souvent des séquelles infectieux à la laparatomie.

Dans notre série, 10,73 % des patientes ont des antécedents de chirugie pelviennes. Gillet et Vitse trouvent respectivement 19,5% et 39,5% (voir tableau N° 18).

Les plasties tubaires et appendicectomie exposeraient beaucoup plus aux GEU. Ces 2 types d'interventions n'occupent pas une place très importante dans la pratique chirurgicale courante dans notre pays. En effet, les patientes consultent rarement pour stérilité et acceptent difficilement la chirurgie. Dans notre série nous trouvons 1 seul cas d'appendicectomie et 1 seul de plastie tubaire (cure de stérilité).

Le taux 10,73% moins élevé que ceux des pays occidentaux seraient donc dû à la pratique moins courante des plasties et appendicectomies, incriminées dans la survenue des GEU (L'appendicite créant une inflammation persistante).

4.1.4.6 Stérilisation tubaire

Boutteville (14) trouve que la contribution des stérilisations à l'incidence des GEU est certaine mais relativement modeste.

Au USA, Rubin cité par Boutteville(14) trouve 1 GEU pour 1000 stérilisations.

Destefano rapporte qu'une grossesse sur 6 est ectopique après stérilisation tubaire (14).

Ce chiffre varie en fonction de la technique (14).

Brenner, Wolff et Pagano trouvent respectivement 66%, 55% et 33% de GEU après stérilisation par la technique Pomeroy (14).

Loffredo (49) pense que cette technique y expose le plus. Dans notre série, nous trouvons une seule patiente avec antécedent de ligature des trompes; elle avait subi la technique Pomeroy.

Autres facteurs

L'endometriose tubaire a été signalée comme facteur favorisant; elle n'a pas pu être recherchée dans notre série, faute d'examen anatomopathologique systématique.

La FIV n'est pas réalisable actuellement au Burundi. Le risque de GEU après FIV existe, mais est moindre par rapport aux autres facteurs de risque.

Hedon (34) trouve 5 pour 100 des GEU parmi les grossesses obtenues au centre de Montpellier Languedoc-Roussillon(1981-1986).

Conclusion

Ce qui ressort de notre étude épidémiologique, c'est la grande fréquence des infections pelviennes et de la stérilité dans les antécedents de nos opérées.

4.2. LES SIGNES CLINIQUES

4.2.1. Les signes fonctionnels

Tableau n° 16

Auteur	Pays	Nombre de cas	Douleur %	Métror-ragies %	Lipothymie %	Amenorrhée moy. %
Ndayisaba 1975 (55)	GUINEE	209	96	72	30	
Tancer 1981 (73)	USA	556	98,4	63,8	31	8 SA
Koumaré 1982 (41)	MALI	20	100	50	30	6 et 7 SA
Portundo 1982 (64)	ESPAGNE	219	180	47		5 à 8 SA
Henrion 1982 (37)	FRANCE	111	87	81		9 SA
Thorburn 1983 cité (11)	SUEDE	328	93,9	79,8	5,8	7 SA
Weinstein1983 (78	USA	154	97,4	85,7		7,5 SA
Monnier 1985 (54)	FRANCE	117	91	90	29	8 SA
Boulieu (11) 1985	FRANCE	70	86,8	89,7	22	7 SA
Notre travail 1988	BURUNDI	189	82,5	59	14,8	10 SA

a/ La douleur

Existe dans 80 à 100% selon les auteurs. Dans nos observations, 82,5% des patientes se plaignent de la douleur. C'est un taux relativement moins élevé que ceux de la littérature.

b/ Les métrorragies

Sont observés dans 50 à 98%. Le taux de 59% trouvé dans notre série est bas. Seul Koumaré (Mali) trouve un taux inférieur 50% (voir tableau n°16).

c/ La lipothymie

Est présente dans 5,8 à 31% (voir tableau n° 16). Nous l'observons chez 14,8% de nos patientes.

d/ L'aménorrhée

Est présente dans 53 à 89% (54); dans notre série, elle est présente dans 55,02% des cas, et l'aménorrhée moyenne est de 10 semaines (notre série), pour les autres auteurs, elle varie de 7 à 8 semaines,(voir tableau n° 16).

Les signes fonctionnelles sont remarquablement dans la norme inférieure par rapport à ceux de la littérature; ce qui montre qu'elle sont bien tolerées. Cela explique le retard de consultation et une aménorrhée plus longue. Ce retard explique le taux élevé d'hematocèles dans notre série.(voir tableau n° 17).

Tableau n° 17. : % GEU au stade d'hématocèle

Année	Auteur	Série	Hématocèles	%
1949	GIVANNI et WIRTZ	105	42	40
1950-1960	Funck Brentano Bouccara	200	37	18,5
1953-1959	Chambert et collaborateurs	140	14	10
1971	J.Ferré Cameroun	135	16	11,8
1968-1974	Ndayisaba Guinée	209	22	10,5
1973-1983	Vitse France	139	9	6,47
Nos observ.		249	53	**21,28**

Nous avons noté une fréquence accrue des hématocèles dans notre série. Elle est parmi les taux les plus élevés de la littérature. Ils sont comparables à ceux des pays européens des années 1940 (voir tableau N° 17). Cela prouve encore une fois la consultation tardive de nos patientes, qui, pelvialgiques chroniques le plus souvent attachent peu d'importance aux signes fonctionnels des GEU.

C'est lorsque apparaît des signes indirects (compression urinaires et digestifs) que les patientes consultent en cas d'hématocèle.

4.2.2. Les signes physiques

Tableau n° 18.

Auteur	Pays	Nombre de cas	Signes de choc %	Masse annexielle %
Tancer 1981(73)	USA	556	13,5	75,7
Koumaré (41) 1982	MALI	20		40
Portuando(64) 1982	ESPAGNE	219	21	34
Henrion (37) 1982	FRANCE	111		50
Thorburn 1983 cité (11)	SUEDE	328	19,8	
Wenstein (78) 1983	USA	154		40,3
Fianu (31) 1983	ITALIE	292	6	65
Monnier (54) 1985	FRANCE	117	8	64
Boulieu (11) 1985	FRANCE	70	10,3	44,1
Notre travail	BURUNDI	189	36	41,27

Beaucoup d'auteurs entre autre Monnier (54) considèrent les signes physiques comme subjectifs.

a/ Les signes de choc

Nous trouvons un taux très élevé : 36% des cas; cela s'explique bien puisque 93,9% des patientes arrivent avec des trom déjà rompues.

b/ La masse annexielle est présente dans 41,27% des cas; les taux varient de 34 à 75% (voir tableau n°18).

c/ L'examen est normal dans 8% des cas dans notre série.

Nous remarquons un taux important des malades présentant des signes de choc ou de préchoc à l'arrivée. Cela nous montre la gravité de cette pathologie surtout si le diagnostic est fait tardivement. Les patientes viennent consulter surtout dès l'aggravation des signes cliniques (choc); si l'on se réfère à nos résultats.

4.3. LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Tableau n° 19

Auteur	Pays cas	Année	BHCG ou RIG	HSG %	Culdo-centèse %	Coelios-copie %	Echo graphie %
Tancer (73)	USA 556	1981			49,3	32,3	
Portuondo (64)	ESPAGNE 219	1982			43	16	
Thorburn cité (11)	SUEDE 328	1982	25(BHCG)		47	51	
Weinstein (78)	USA 124	1983				27	
Monnier(54)	FRANCE 117	1985	18(BHCG)	6,7		75	83
Boulieu (11)	FRANCE 70	1985	82(BCHG)	1,4	25,9	77,1	66
Notre travail	BURUNDI 249	1988	11(RIG)		48,8	5,7	18,6

Les examens paracliniques habituelles si l'on pense à une GEU sont
- L'échographie
- La coelioscopie
- La ponction du Douglas ou Culdocentèse.

Les réactions immunologiques de la grossesse (RIG) n'ont pas de valeur localisatrice, et sont souvent associées à l'échographie; peu de malades dans notre étude ont bénéficié de cet associaition d'intérêt diagnostic majeur par défaut technique : l'échographie n'est pas répandue (1 seul appareil pour toute la ville de Bujumbura).

En Occident, la coelioscopie a été très utilisée dans le diagnostic des GEU (voir tableau n° 19); car le diagnostic se fait précocément.

Dans notre étude, ce moyen diagnostic a été très rarement utilisé étant donné le tableau dans lequel nous arrive les patientes
(hémoperitoine abondant ou état de choc).

C'est surtout la ponction du douglas qui a permis le diagnostic de GEU chez nos patientes à cause de la rapidité et de la simplicité du geste. Dans 94% des cas, elle était positive et dans 6% elle a été négative.

La fréquence des GEU dans la forme d'inondation peritonéale a réduit au minimum les examens complémentaires; souvent la laparatomie exploratrice était réalisée d'urgence pour hémoperitoine, ou bien pour masse pelvienne.

4.4. CONSTATATIONS PER OPERATOIRES

Tableau n° 20 : Aspects opératoires

Auteur	Pays	Année	Nombre de cas	Localisation droite/gauche %	Rupture trompe %	GEU non rompue %
Ndayisaba (55)	GUINEE	1975	209		88	12
Portuondo (64)	ESPAGNE	1982	219		74	26
Thorburn cité (11)	SUEDE	1983	328		56	44
Weinstein (78)	USA	1983	154	62,9/35,1		
Monnier (54)	FRANCE	1985	117	50,4/49,6	45	55
Boulieu (11)	FRANCE	1985	70	51,6/48,5	30,3	69,7
Notre travail	BURUNDI	1988	249	49,6/51,4	93,9	6,1

Dans notre étude, la localisation de la GEU est dans 51,4% à gauche et droite dans 49,6%. Il n' y a pas de différence significative.
Les séries européenes (voir tableau n° 20) trouvent une prédominance droite qu'ils attachent à l'appendicectomie.

Dans notre série, 93,9% des GEU sont opérées au stade de rupture de la trompe; ce taux est nettement plus élevé que ceux de la litterature.

C'est en Afrique où l'infrastructure sanitaire est insuffisante, que l'on retrouve encore de taux pareils.
Ndayisaba trouve 88% des GEU rompues.

Dans les séries européennes, les taux de GEU rompues varient de 29 à 58% d'après Boutteville (14).

Tableau n° 21 : Localisation des GEU

Auteur	Pays	Année	Nombre de cas	Tubaire	Ovarienne	Abdominale
J.Ferré cité (55)	CAMEROUN	1971	135	96,7	1,4	1,4
Ndayisaba (55)	GUINEE	1974	209	95,95	1,62	2,43
Portuondo (64)	ESPAGNE	1982	219	97,5	2	0,5
Monnier(54)	FRANCE	1985	117	95,5	2,6	0,9
Boulieu(11)	FRANCE	1985	70	98,5	0	1,5
Notre travail	BURUNDI	1988	249	94,4	2,8	2,8

Les localisations anatomiques des GEU sont à peu peu les mêmes que ceux trouvées par les autres auteurs avec prédominance des grossesses tubaires (voir tableau n° 21).

Le taux de grossesses ovariennes varie de 0 à 2,6 dans la littérature (voir tableau n° 21).
Nous trouvons un taux légèrement supérieur: 2,8% .

Monnier (54) pense que le stérilet intervient dans la recrudescence des grossesses ovariennes. Dans notre étude, nous n'avons pas pu objectiver cet hypothèse, parce qu'il y a peu d'utilisatrices de DIU.

Les auteurs qui se sont intéressés à l'étude de la grossesse ovarienne comme Steiner (72) et Setouani (69) affirment la difficulté de son diagnostic pré opératoire; néanmoins ils signalent que le pronostic à distance est moins pejoratif que dans les grossesses tubaires.

Grossesses abdominales

Si l'on regarde le tableau n° 21 notre étude enregistre un taux de GEU abdominales supérieur aux autres: 2,8% .
Les auteurs européens trouvent un taux variant de 0,5 à 1,5% .

Les chiffres trouvés par les auteurs africains sont aussi importants : 2,43 % en Guinée
1,4 % au Cameroun
Nous pensons que cela est dû au caractère frustre des signes fonctionnels laissant évoluer la GEU pendant longtemps.
Poizat (62) pense que les grossesses extra-utérines après le 5ème mois sont le résultat de la sous-médicalisation.

Tableau n° 22 : Localisation des grossesses tubaires

Auteur	Pays	Année	Nombre de cas	Ampullaire %	Isthmique %	Interstitielle %	Infundibulaire %	Isthmo-ampullaire %
J.Ferré cité Nday(55)	CAMEROUN	1971	135	55,5	8,8	10,3	10,3	
Ndayisaba (55)	GUINEE	1975	124	38,7	27,3	15,31	14,51	
Portuondo (64)	ESPAGNE	1982	219	44	44,5	9		
Boury Heyler cité Boulieu (11)	FRANCE	1983	150	71	14	7		
Fianu (31)	ITALIE	1983	292	80	18	2		
Monnier (54)	FRANCE	1985	117	64	7,7	2,6		12%
Boulieu (11)	FRANCE	1985	70	79,5	9	2,3		
Notre travail	BURUNDI	1988	119	73,9	6,72	10,9	6,72	1,68

La localisation ampullaire varie de 38 à 80% (tableau n°22 selon les auteurs. Nos résultats (73,9% sont dans les limites supérieures de ces chiffres.

Les grossesses isthmiques ne réprésentent que 8 à 21% (voir tableau n° 22); seul Portuondo trouve un taux particulièremen élevé (44,5%).

Les grossesses interstitielles dans notre série : 10,9% taux très élevé si l'on se réfère aux taux signalés dans la littérature : 1 à 4% selon Monnier (54); elles sont très rares selon Lansac (42).

Dans le tableau n° 22, Ndayisaba et J. Ferré trouvent des taux comparables : respectivement 15,31% et 10,3%).

Nous pensons que la fréquence élevée de cette localisation en Afrique est dû à la difficulté de préciser la différence entre la partie interstitielle et la jonction ishmo-interstitielle.

Pathologies associées à la GEU

Tableau n° 23

Pathologies associées à la GEU	Boury Heyler	Monnier	Boulieu	Notre étude
Trompe opposée absente %	16%	12%	7,1	3,6
- pathologique%	19	18	21,4	12,4
Adhérences pelviennes%		35	41	11,24
Myomes %			28	1,6
Malformations %			1	0,4
Kystes de l'ovaire %				0,72

La trompe est pathologique dans 12,4 des cas dans notre série. Boulieu et Monnier trouvent respectivement 21,4% et 18% ; ce taux élevé montre la bilateralité des lésions (PID), intervenant dans la génèse des GEU.

4.5.TRAITEMENT DE LA GEU

Techniques chirurgicales utilisées

Tableau n° 24.

Auteur	Pays	Année	Nombre de cas	Traitement radical %	Traitement conservateur %	Cas particuliers grossesses abdo + hematocèles %
Ndayisaba (55)	GUINEE	1973	200	88,5	11,5	
Koumaré (47)	MALI	1982	20	50	40	10
Henrion (37)	FRANCE	1982	111	59,6	40,4	
Thorburn cité (11)	SUEDE	1983	328	18	82	
Boury Heyler (13)	FRANCE	1983	150	51	49	
Monnier(54)	FRANCE	1985	117	73	27	
Boulieu (11)	FRANCE	1985	70	70,5	28,5	
Vitse (76)	FRANCE	1984	139	56,11	43,89	
Billet (32)	FRANCE	1987	200	18	82	
Notre étude	BURUNDI	1988	249	89,96	2,41	7,63

Dans notre étude, nous trouvons un taux très élevé de traitement radical (voir tableau n°24). Il est proche de celui trouvé en Guinée par Ndayisaba (55).

Cela nous montre que le traitement radical est souvent le seul possible étant donné l'ampleur des lésions tubaires: signalons que 0,39% de GEU sont déjà rompues à l'ouverture ou fissurées.

L'indication impose donc le traitement radical. Inversément, nous constatons que le traitement conservateur a été moins utilisé dans notre série qu'ailleurs (voir tableau n° 24).

Tableau n° 25 ; Geste opératoire

Traitement radical

Auteur	Pays	Année	Nombre de cas	Salpingect unilat. %	Salpingect bilatérale ou,+LDT %	Annexectomie %
Ndayisaba (55)	GUINEE	1975	209	72 % :Salpingect		10,5
Portuondo (64)	ESPAGNE	1982	219	83	3	12
Thorburn (11)	SUEDE	1983	328	16,8	0	1,2
Weinstein (78)	USA	1983	154	85,3	10,3	0
Monnier (54)	FRANCE	1985	117	61	7	4,2
Boulieu (11)	FRANCE	1985	70	63,2	5,6	1,4
Vitse (76)	FRANCE	1984	139	51,7 :Salpingectomies		4,3
Notre étude	BURUNDI	1988	249	69,5	4,5	15,26

Les résultats dépendent des écoles et de la médicalisation des pays. (voir tableau n° 25). Les auteurs occidentaux signalent peu de cas d'annexectomie (1,2% à 4,3%).

Weinstein (USA), ne trouve pas d'annexectomie dans son étude. Dans notre étude nous trouvons un taux très élevé d'annexectomies : 15,2% même des annexectomies bilatérales obligées, ont été effectuées; cela est dû soit à l'ampleur des lésions constatées en per operatoire, soit aux lésions associées ou soit au fait que les annexes n'étaient pas retrouvés (cas des hématocèles).

Le taux de 10,5% trouvé en Guinée est également significatif.

Tableau n° 26. : Chirurgie conservatrice

Auteur	Pays	Année	Nombre de cas	Expression tubo-abdo %	Salpingotomie %
Thorburn cité (11)	SUEDE	1983	328	25,3	36,9
Boury Heyler cité (11)	FRANCE	1983	150	7,8	27,9
Monnier (54)	FRANCE	1985	117	1,7	20,5
Boulieu(11)	FRANCE	1985	70	17,1	4,4
Vitse (76)	FRANCE	1984	139	8,63	25,17
Gillet (32)	FRANCE	1987	200	5,5	48,5
Notre étude	BURUNDI	1988	249	0,4	2,01

Dans notre étude, le procédé conservateur a été rarement utilisé (voir tableau n°26) pour des raisons déjà cités (voir traitement radical).

Les GEU, dans les pays occidentaux font de plus en plus l'objet d'un traitement conservateur. Cette tendance actuelle est surtout dictée par les caractéristiques épidemiologiques des grossesses éctopiques : l'âge moyen relativement jeune et la faible parité. Cette tâche leur est facilitée par le fait que le diagnostic se fait précocément.

Dans notre étude, l'expression de l'oeuf, et la césarienne tubaire ont été les seules procédés conservateurs utilisés. Ces techniques sont accusées par des nombreuses auteurs d'augmenter le taux de récidives. (49)

Dans les pays développés, les techniques microchirugicales sont couramment utilisés dans les opérations de GEU.

4.6. ELEMENTS PRONOSTICS

4.6.1. Le pronostic vital

La mortalité maternelle

La grossesse ectopique représente encore 10% de la mortalité maternelle aux USA (48,63). Selon Dorfman cité par Boutteville(14), une femme avec GEU a un risque relatif de mortalité 10 fois plus élevé que celui d'un accouchement et 50 fois plus élevé que celui d'une IVG.

En ce qui concerne la mortalité maternelle due aux cas de GEU, elle a sensiblement diminué ces dernières années; aux USA, elle est passée de 3,5 pour 1000 cas de GEU en 1970 à 1 pour 1000 cas de GEU en 1980. (14)

En Guinée, Ndayisaba trouve un taux de mortalité de 2 pour 100 cas de GEU, qui est proche du nôtre: 1,6 pour 100 cas de GEU. Ce taux est loin de la réalité si l'on considère les femmes qui meurent avant d'atteindre l'hôpital, sans que le diagnostic soit fait.(14,55)

4.6.2. Le pronostic d'avenir

4.6.2.1. Pronostic obstétricale

Le pronostic obstétricale des opérées de GEU est en général mauvais; nous avons constaté que l'incidence de la GEU était inversément proportionnelle à la parité : les femmes à faible parité sont les plus touchées; leur pronostic obstétricale est plus sombre parce que les nullipares font souvent une GEU "maladie" et les multipares une GEU "accident".
Les premières (nullipares) feront plus des récidives que les seconds.

Dans notre étude, le pronostic obstétricale a été calculé en fonction des lésions macrioscopiques per opératoires et traitements obligés, ceci parce que dans ce genre d'étude retrospective, on n'a pas le suivi des malades.

Nous avons constaté que 102 patientes soit 40,9% des cas avaient
- soit des lésions macroscopiques (surtout PID) sur la trompe controlatérale, qui assombrissaient le pronostic obstétricale;
- soit subie un traitement chirurgicale obligé qui compromettait la fécondité ultérieure.

- soit des hématocèles très organisées avec annexe pris dans le processus difficilement extirpables.

Le taux de 40,9% est très important si l'on pense que ces femmes sont les plus souvent paucipares. Le pronostic obstétricale est donc sombre, dans notre série, en ne tenant compte que des constatations macroscopiques.

4.6.2.2. Les Récidives de GEU

Tableau n° 27.

Auteur	Pays	Année	Nombre total de cas	%
Ndayisaba (55)	GUINEE	1975	209	6,2
Tancer (73)	USA	1981	556	11,9
Portuondo (64)	ESPAGNE	1982	219	6
Koumaré (40)	MALI	1982	20	15
Thorburn	SUEDE	1983	328	10,9
Fianu (31)	ITALIE	1983	292	7
Weinstein (78)	USA	1983	154	4,5
Vitse (76)	FRANCE	1984	139	12,2
Monnier (54)	FRANCE	1985	117	12
Créquat cité (14)	GRENOBLE	1984	433	3,4 tr.radical 20,5 tr.conserv
Boulieu (11)	FRANCE	1985	70	7
Lemoine (45)	FRANCE	1987	375	9
Gillet (32)	FRANCE	1987	200	9,5
Notre travail	BURUNDI	1988	249	5,31

Le taux de recidive varie de 4,5 à 15% (voir tableau n° 27).
Selon Boutteville (14), le risque de récidive est multiplié par 7 après une GEU et per 43 après 2 GEU. L'état sousadjacent intervient dans la prédisposition aux récidive; la cause de la première GEU peut rester.

Certains auteurs incriminent le traitement conservateur dans l'augmentation des récidives (14,54).

Vitse et Créquat trouvent respectivement 3,59% et 20,5% de GEU après traitement conservateur.

Dans notre étude, le procédé conservateur a été rarement utilisé, ce qui explique le fait que toutes les récidives surviennent après traitement radical.

4.6.3. Le pronostic foetal

Les enfants issus d'une grossesse abdominale à terme ont peu de chance d'atteindre l'âge adulte (55); ils ont en général subi au cours de leur développement des malformations, à cause des conditions dans lesquelles ils se développent.

Selon Tank (1969) cité par Poizat (62), une des conditions de survie semble le sac ovulaire; la cause directe du décès est en rapport avec les altérations placentaires, hémorragies, vieillissement prématurée et vascularisation défectueuse.

Tableau n° 28 : % des déformations des enfants nés viables à l'issue d'une GEU après le 5ème mois.
(d'après Lan cité par Poizat)

Auteur	Année	Nombre d'enfants viables	Nombre de déformés	%
Baronet	1922	132	33	25%
Mundell	1933	49	8	16,3%
Hellman	1938	64	30	46,6%
Suter	1948	31	12	31%
Devillier	1954	47	18	47%

La survie à 5 ans de ces enfants reste faible. C'est pourquoi l'auteur (Lan) trouve inutile de différer l'intervention devant une survie aussi aléatoire dans le peu de cas où le diagnostic pré opératoire de grossesse abdominale est faite.

Ce tableau n° 28, nous prouve que les malformations sont très fréquentes (20 à 40%).

Ndayisaba, dans son étude en Guinée enregistre une seule grossesse abdominale à terme dont l'enfant mourut 2 jours après l'extraction. Il présentait un crâne volumineux et asymétrique.

Hatorimana (33) trouve 2 enfants malformés sur une série de 9 grossesses abdominales.

Dans notre étude, parmi les 6 grossesses abdominales, aucun enfant n'était viable. Tous étaient mort-nés; trois d'entre eux étaient malformés.

Le pronostic foetal en cas de GEU est donc généralement mauvais

CONCLUSION

L'étude de la GEU, réalisée à partir de 249 cas opérés dans les 3 services de gynécologie obstétrique des 3 hôpitaux de la ville de Bujumbura, révèle un certain nombre de points :

1. Une évolution croissante de la fréquence des GEU par rapport aux accouchements de 1983 à 1988.

   La fréquence moyenne de 0,56 pour 100 accouchements est un peu abaissée parce que seules les femmes operées sont recensées; celles qui ne consultent pas ne sont tenues en considération.

2. Les **infections génitales hautes** sont les principal lit de ces grossesses ectopiques, puisque retrouvées dans plus d'un 1/3 des cas; 23,9% des opérés de GEU présentent une **stérilité primaire ou secondaire**.
   Ces 2 facteurs représentent des taux élevés, si on les compare à ceux de la littérature.

3. Alors que le diagnostic de GEU est essentiellement clinique, les signes fonctionnels sont **bien tolerés**, laissant évoluer la maladie **pendant longtemps**, ce qui entraîne **un retard de consultation** autrement dit un retard de diagnostic.

4. Nous avons été frappé par le grand **nombre d'hématocèles** dans notre série : nous enregistrons le taux le plus élevé de la littérature (comparable à celui des années 1940 en occident): 21,28% des cas.

   Cela prouve encore une fois le caractère discret des symptômes, laissant évoluer la maladie pendant longtemps; la consultation se fera dès l'apparition des complications.

5. 93,9% des GEU opérées sont **rompues ou en cours de rupture**; l'ampleur des dégâts et l'existence des lésions associées,le p souvent d'origine infectieuse contraignent à une **chirurgie radicale**. Ce qui aggrave le pronostic obstétrical de ces femmes à majorité **pauciparas**.

6. La meilleure connaissance des facteurs étiologiques pourra contribuer à la précocité du diagnostic et à la prévention de ces GEU :
   - il faut y penser devant une **femme jeune**, présentant une **stérilité** traitée ou non, qui possède des **antécedents d'infection pelvienne** et qui se plaint des**irrégularités** du **cycles** et des **douleurs pelviennes**.

- **la prévention de la GEU** doit s'articuler sur :
  - la lutte contre les MST, à l'origine de la recrudescence des GEU et cause n°1 de la stérilité féminine surtout dans nos régions.
  - lutte contre la tuberculose génitale par vaccination au BCG
  - lutte contre les avortements non assistés qui se soldent le plus souvent par l'infection du post abortum.
  - lutte contre l'infection du post partum en évitant tout manoeuvre septique endo-utérine et l'administration des antibiotiques s'il existe un risque infectieux important.
  - l'administration des antibiotiques devant toute chirurgie abdomino-pelvienne effectuée en milieu septique.
  - la prévention des récidives en évitant la conservation précaire des trompes (plasties si trompe en très mauvais état) lors du traitement de la GEU sauf pour les cas majeurs(nullipares).

Le personnel médical et paramédical joue un rôle important dans cette prévention, surtout par la sensibilisation de la population.

RESUME

Notre travail est une étude rétrospective portant sur 249 cas opérés dans les services de gnéco-obstétrique de l'H.P.R.C.,C.P.L.R., et C.H.U.K. respectivement du 1er janvier 1983 au 31 Octobre 1988, du 1er Janvier 1984 au 31 Octobre 1988 et du 1er Janvier 1986 au 31 Octobre 1988.

- La grossesse éctopique représente 0,56 pour 100 accouchements. Elle est fréquemment opérée puisqu'elle représente 1 pou 15 interventions gynéco-obstétriques.

- La GEU se rencontre chez la femme jeune, en pleine activité génitale; en effet 84,9% de nos patientes sont âgées de 21 à 35 ans. L'âge moyen : 28 ans.

- L'incidence de la GEU est inversément proportionnelle à la parité.

  Les nullipares et les paucipares sont les plus touchées; elles constituent 56% des cas. (parité inférieur à 3).

- Parmi les facteur prédisposants :

  - les infections pelviennes (PID) sont retrouvées chez 35,1% de nos patientes.

  - 23,9% des patientes présentent une stérilité primaire ou secondaire.

  - 19,02% ont des antécedents d'avortement.

  - 10,7% ont déjà subi une chirurgie abdomino-pelvienne.

- Les signes fonctionnels les plus rencontrés sont :

  - la douleur pelvienne spontanée dans 82,5% des cas.

  - métrorragies dans 59% des cas

  - aménorrhée ou retard des règles signalé dans 55,02%. Aménorrhée moyenne de 10 semaines.

- L'examen physique retrouve des signes d'irritation péritonéale dans 56,1% .
    - une masse annexielle dans 41,27 %
    - une douleur des culs de sas dans 59,3%
    - décoloration des muqueuses : 31,85% des cas
    - les signes de préchoc existant dans 36% des cas.
- Comme examens complémentaires
    - La ponction du douglas a été la plus utilisée.
    - rarement l'échographie et les RIG
    - la coelioscopie trouve rarement des indications étant donné la découverte tardive de la GEU.
- Le siège de la GEU est tubaire dans 94,4% des cas, abdominale dans 2,8% des cas et ovarienne dans 2,8% des cas.
- Dans 21,28% des cas, les GEU sont operées du stade d'hématocèle.
- Le traitement chirurgical a été radical dans 89,96% des cas.
- Nous avons enregistré 4 décès en per et post opératoire soit une mortalité maternelle globale de 1,6% des cas.
- Ailleurs les suites opératoires ont été simples : la durée moyenne d'hospitalisation a été de 9 à 10 jours.
- 5,31% des patientes dont une recidive.
- Le pronostic obstétrical estimé en fonction des constatations macroscopiques per operatoires et des traitements chirurgicaux obligés, est sombre dans 102 cas soit 40,9% des cas.

Au terme de cette étude, on remarque dans notre pays plus qu'ailleurs une association fréquente entre stérilité, infections pelviennes et GEU souvent sous forme d'hématocèle et une symptomatologie modérée, à part les cas de rupture tubaire franche.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. AITOUYAHIA,B;S.TERKI;S.GAMA :
Echographie et grossesse abdominale. Rev. fr. Gynécol.obstétr. 1983, 78,12,765-770

2. ARVIS Ph, G.PRIOU,E.FRAISSE,P.LEPORS, J.Y.GRALL :
La grossesse cervicale: une entité rare à ne pas méconnaître.
J.Gyn.obst.Biol.Repr 1983, 12, 159-162

3. AUBRIOT Fx, JB DUBUISSON; D.HENRION :
Epidémiologie des lésions tubaires à propos de 588 plasties microchirurgicales et 69 FIV
J.Gyn.obst.Biol. Repr. 1986,15 141-146

4. AUBRIOT Fx,JB DUBUISSON,A EYQUEM,J.SCHWARTZ,MC.VACHER-LAVENU:
Etude de l'activité ciliaire des cellules de la trompe de Fallope (à propos des séquelles de salpingite).
J. Gynécol.Obstet.Biol Reprod. 1984,13, 617-620

5. BELAISH, ALLARIJ, R.FRYDMAN :
GEU et FIV
Rev fr. Gyn.Obstet. 1986, 81, 157

6. BERNARD P, HARARY P DE CHAZELLES et Y. ROBERT :
La grossesse cervicale : à propos d'une observation récente
Gynécologie 1979, 30, 493-495

7. BLAZQUEZ G, F.ROUFFET, P DESOUTTER et G. KOHLMANN :
Grossesse menée à terme malgré une rupture de grossesse extra-utérine concomittante : une observation
Rev. franç. Gynéc. 1979, 74,12,755-756

8. BODY, P. LE PORS, A. CORNEC, D TARIEL, Y,BOZON, J.LANSAC :
Influence de l'étiologie de la stérilité sur les résultats de la microchirurgie
J.Gynéco obst. Biol, Reprod 1986, 15, 901-902

9. BODY E. QUETON R, LYON J, LANSAC J :
Les salpingites aigues à gonocoque
J. Gynécol Obst. Biol. Reprod. 1985,14,477-485

10. BOOG G. F. CORNEILLO et J. CAROFF :
Place de l'échographie et du dosage plasmatique de l'HCG-Bêta dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine.
Rev. fr. Gynécol. Obstét. 1982, 77,5, 303-311

11. BOULIEU D, P.LAMBERT, D. RAUDRANT :
Aspects clinique, traitement chirurgical et prophylaxie de la grossesse extra-utérine.
A propos de 70 cas opérés.
Rev. fr. Gynécol. Obstét. 1986, 81,11 597-606

12. BOURAOUI BEN YOUSSEF L, H CHELLI, A BELHADJ :
Aspects anatomocliniques actuels de la tuberculose génitale de la femme : à propos de 49 cas.
J. Gynecol. Obstét. Biol. Reprod. 1985, 14 59-65

13. BOURY HEYLER, MADELENAT P. :
Le traitement chirurgical conservateur des GEU
GYNECOLOGIE 1984, 35, 21-23

14. BOUTEVILLE C.QUERLEU D, HAUDIQUET MC :
Epidemiologie de la grossesse extra-utérine
Rev. fr. Gynécol. Obstét. 1987, 82,11, 671-681

15. BREMOND A, A, THOUVENOT, J.J. CHOMEL, P.COLLET, M.AYMARD :
Stérilité et inféction à chlamydia

16. BRONSTEIN R : GEU avant le 5ième mois in EMC(PARIS)
Gynécologie 700 A 10, 6 , 1977

17. CARBASSE, C. LAHAYE, A.M. VILLAROS
Valeur diagnostique du dosage de la BCHG plasmatique lors de la GEU.
Rev; fr. Gynécol. Obstét. 1986, 81,1, 1-3

18. CHICHE B, P. MOUILLE :
Accidents hémorragiques de la GEU in urgences chirurgicales
Paris : Masson 1980, 13

19. CORNIER E, FANTUCH MJ, BOUCCARA L. :
La fibroscope ampullaire
J. Gyn. Obst reprod. 1984, 1,42,53

20. COUSSEMENT A :
L'échoraphie résout-elle le problème du diagnostic de la GEU débutante ?
Presse médicale 1983, 12,42,2770

21. CREQUAT J. B. LOUFRANI, P. MADELENAT :
L'échographie résout-elle le problème du diagnostic de la grossesse extra-utérine débutante ?
La presse Médicale, 7 mai 1983, 12, 20, 1265-1267

22. DARGENT D :
Les complications infectieuses de la chirurgie gynécologique
Lyon, 1985, 497-504

23. DAELARUE T. PELLETIER P. SOUPLET JP,TOULOUSE R :
A propos d'un cas de grossesse intra-utérine associée à une GEU chez une femme porteuse d'un stérilet
Rev.fr. Gynecol. Obstét. 1981, 76,1, 53-55

24. DE TOURRIS, HENRION R, DELECOUR M :
La grossesse extra-utérine in abregé illustré de gynécologie et d'obstétrique Editions Masson, 5è édition, Paris 1984, 165-174

25. DIA M et B. NOLOT :
Grossesse extra-utérines chez les femmes porteuses d'un stérilet : à propos de 19 nouvelles observations
Rev. fr. Gynéc. 1979, 74,6, 4, 29-433

26. DIQUELOR J.Y, DIA P, TESQUIER L, HENRY-SUCHET J., PASTORINI, CATALAN F, ARDOIN A:
Cultures positives pour Chlamydia trachomatis chez une femme ayant une GEU
Presse médicale 1987, 1,32

27. DONNEZ J. J. CAPRASSE,F, CASANAS-ROUX, Y.KARAMAN :
Modifications morphologiques dans l'hydrosalpinx expérimental
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1986, 15, 887 - 892.

28. DONNEZ J, CASANAS - ROUX F :
Microchirurgie des lésions tubaires distales : analyse de 270 interventions
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1986, 15, 339-346

29. DUBUISSON JB, AUBRIOT Fx, Vacher LAVENU, C, PICHAR, HENRION :
Salpingite chronique et GEU :
Résultats de l'étude histolique de 215 tubaires
J. gynéco.obst. Biol.Reprod. 1987, 1,27-336

30. DUBUISSON J.B. AUBRIOT Fx, SOMBARDIER E. HENRION R :
La sérologie des infections à chlamyida au cours des grossesses tubaires : à propos de 95 ans.
J. Gynéco.obst.Biol. Reprod. 1987, 16, 553-554

31. FIANU S., INGELMAN - SUNDBERGA, VACLAVINKOVA V :
The influence of an early diagnosis on the results of surgical treatment of ectopic pregnancy
Int. J. Gynaecol.Obstet, 1983, 21, 247-250.

32. GILLET Jy, JF OLIVERO, B. GABANDE, E. SIMON, C. MOUREY, M.GRIMALDI, M.MARIGOT :
Aspects épidemiologiques de la grossesse extra-utérine et attitude thérapeutique : à propos de 200 cas en série continue.
Rev. fr. Gynécol. Obstét. 1987, 82,7-9, 464-469.

33. HATORIMANA T.
Grossesse abdominale au Burundi
Thèse Med. Bujumbura, 1983

34. HEDON B, ARNAL F, HUMEAU C, NEVEU S :
Résultats et indications de la fécondation in vitro
Presse médicale 3, 1987, 24-27.

35. HENRION R.
Réflexion sur la prévention des infections à Chlamydia trachomatis
Rev. fr. de Gynéco. Obstét. 1984, 79 603-607

36. HENRION R.
Les infections à Chlamydia trachomatis une pathologie fréquente, Pratique médicale 36, 1987

37. HERNION R. DUBUISSON J.B. OURY JF
Actualités de la GEU in actualités gynécologiques, XIII série p 137-147 Paris Masson 1982

38. HENRY SUCHET J.
Fréquence et retentissement gynécologique des chlamydioses
Gynécologie 1988, 39, 1, 28-34

39. JUDLIN J.B., BOUTROY J.L. SCHENKER, PLANDES
Aspects actuels de la GEU
J. Gyneco Obst. Biol. Reprod. 1984,13,7,12

40. KERBRAT G, MOBILLO M et PAPIERNIKE
Résultats bruts de l'enquête menée auprès du Collège National des gynécologues et obstétriciens français sur l'évolution de la fréquence des GEU en France.
J. Gynécol. Obstét. Biol Reprod. 1983,12,325

41. KOUMARE A.K.,S.BAYO et B. DIALLO :
20 cas de GEU en un an dans service de chirurgie digestive au MALI
Médecine d'Afrique Noire, 1982, 29,111-114

42. LANSAC J., P. LE COMPTE :
Grossesse extra-utérine in Gynecologie pour le praticien
Editions SIMEP, 2è édition 1984

43. LASNEY, BEN TOUAMI D, CHOUKROUN D, DARGENT D :
Utilisation clinique du dosage de la BHCG sérique.
Gynécologie 1984, 35, 7-12

44. LAWSON J.B. , STEWART D.B. :
Obstetrics and Gynaecology in the tropics and developping countries
ARNOLD 1967, 371-384

45. LE COUTOUR X, DELECOUR M, LEROY J, PUECH F :
La tuberculose génitale existe-t-elle encore ? Etude clinique, mise au point. J. Gynecol. Obstét. Biol. Reprod. 1984, 13,419-423

46. LEMOINE J.B. , DAGORNE J.M. PAQUET M, CL DUVAl, J.E. DEMORY:
Etude épidemiologique de la grossesse extra-utérine à propos de 375 observations.
Rev. fr. Gynécol. Obstét. 1987, 82, 3 175-183

47. LEROY JL, C. REGNIER :
Endométriose et grossesse extra-utérine.
Rev. fr. Gynecol. Obstét. 1986, 81, 1, 23-26

48. LEVY G. MULLER G. PIGAGLIO O
Grossesse intra-utérine et GEU simultanées :
Rev franc. gynéco-obstét. 1987, 82, 12, 729-732

49. LOFFREDO V. TESQUIER L. PARIS Fx, DE BRUX J. :
La grossesse extra-utérine EMC (France)
Gynécologie 700 A10 6, 1984 144-160

50. MAGE G. POULY JL, BOUQET DE JULINIERE, CHABRAND S, BRUHAT MA
Obstruction tubaire distale : micro-chirurgie ou FIV
J. Gynéco-obst. Biol Reprod. 1984, 13, 933-937

51. MAGE G. MANHES H, JL POULY, JF ROBERT, MA BRUHAT :
Etude de la fertilité après traitement coelioscopique de la grossesse tubaire non rompue.
J. Gynec. Obstét. Biol. Reprod 1983, 12, 775-778

52. MANHES H. JL POULT, J.BOUQUET T DE LA FOLINIERE, M. CANIS, G. MAGE et M. COULET (NICE)
Traitement coelioscopique de la GEU
Rev. fr. Gynecol obst. 1986, 81 1 27-31

53. MIRGUET G, TARY P, FRANCOIS H, BABIN M, NOLOT B, HOPPELER JM, KAMINA P, DE TOURRIS H :
La grossesse ovarienne : à propos de 11 observations
J. de Gyneco Obst. Biol Reprod 1984, 6, 13, 720

54. MONNIER JC, VANTY ITEMA, VANTYGHEM-HAUDIQUET MC, LANCIAUX B, VINAMIER D :
La GEU :Aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques : à propos de 117 observations relevées d'avril 1976 à septembre 1983
J. de Gyneco-Obstét. Biol Reprod. 1985, 14,67-75

55. NDAYISABA V. :
Contribution à l'étude de la GEU à Conakry : Aspects statistiques, épidémiologiques, traitement et prophylaxie
Thèse Méd. Conakry, 1975

56. NTANAGIRA I :
Les MST au Burundi dépistage systématique à propos de 116 cas
Thèse Méd. Bujumbura , 1983

57. ORFILA J.
Le diagnostic biologique des infections à Chlamydia
Rev fr. Gynecol Obstet. 1984, 79, 609-613

58. OTT B, SCHENKER S, SCHEFFLER C, LANDES P. :
Infections génitales hautes et GEU
J. de Gyneco-Obstet. 1984,3,6,717

59. PARIS Fx, J HENRY-SUCHET, L.TESQUIER, T.LOYSER, JP PEZ, V. LOFFREDO, M.ROGER, J.DE BRUX :
Intérêt d'un stéroide à action anti-progesterone (RU 486) dans le traitement de la GEU
Rev franc. Gynéco Obstet. 1986,81,1, 33-35

60. PARIS Fx, HENRY SUCHET J, TESQUIER L, LOYSEL T, LOFFREDO U et PEZ JP.
Le traitement chirurgical des GEU par le RU 486, un moyen d'éviter la chirurgie
Presse méd. 1984, Tome 13, n° 19 p.219

61. PHILIPPE E. :
A propos de la salpingite chronique et GEU
J Gyneco-Obst. Biol Reprod. 1987 16, 261

62. POIZAT R, LEWIN F :
La grossesse extra-utérine après le 5ième mois.
EMC (Paris) 5069, D 10, 5, 1982

63. POLLY A, MARCH BANK, PH D, JOHN F.ANNEGERS PH D, CAROLYN D, COULAN, MD, JANETTEH, STRATHY, MD, LEONARD T. KURLAND,MD, Dr PH.
Risk factors for ectopic pregnancy
JAMA 1988, Vol 259, n° 12, 1823-1827

64. PORTUONDO JA, REMARCHA MJ, LAGUNO MR,
Ectopic pregnancy early diagnosis limitations
Int J. Gynaecol obst 1982, 20, 371-378

65. ROBERT, G.R. PALMER, BOURY HEYLER
GEU in Precis de gynécologie
Edition Masson, 2è édition , Paris, 1979, p 273

66. ROBERT N, TAYLOR MD, PH D :
Ectopic pregnancy and reproductive technology
JAMA 1988 vol 259, n° 12

67. ROLAND TAURELLE :
GEU in Certificat integré d'obstétrique
Edition Vigot 1984 p.149

68. SALAT BAROUX J, P. GIOCOMANI, CORNET D :
GEU après FIV dont 2 associées à une grossesse intra-utérine évolutive
J. Gynécol obstétr. Biol Reprod. 1985, 14, 601

69. SETOUANI A, A SNAIBI, Y. BOUTALEB :
La grossesse ovarienne :
à propos de 9 cas : épidemiologie
Gynécologie 1988, 39, 1, 43-46

70. SIBOULET André, CATALAN T, BOHBOT JM,SIBOULET A :
Les maladies sexuellement transmissibles
Paris,Masson 1984

71. SOUTOUL JH, MAGING et COLL
Avortements médicaux EMC (Paris)
Gynécologie 7, 38 B10, 6 1983

72. STEINER E, TABASTE JL, SERVAUD M, CATANZANO G, BOUDINET F, P. DABIR, J.L. ARDILOUZ :
Grossesses ovariennes : le point en 1982 : à propos de 6 cas opérés, revue de la littérature.
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reproduc. 1983, 12, 401-408

73. TANCER ML, DELKE I, VERDIANO N.P.
Fifteen year experience with ectopic pregnancy :surg. gynecol: obstet. 1981, 152, 179-182

74. THOULON JM, BOULIEN D, BRUHAT M, HENRY SUCHET, RAUDRANT D, RONDELET O.
Table ronde : indications thérapeutiques dans la GEU
Rev. franc. gynécol. obst. 1986, 81, 11, 583-609

75. TRAN DK, OLIVERO JF, BARBEAULT JH., COULET M. :
Pathologie du segment isthmo-interstitiel de l'oviducte, grossesse tubaire et microchirurgie
Rev. fr. Gynéco.Obst. 1986, 81 1, 17-21

76. VITSE M, BOULANGER JR, VERHOEST P, B. CARNIER, BALLOT JJ. :
Etude de la fécondité après GEU
Rev fr. Gynéco. Obstét. 1984, 79, 12, 785-789

77. VITSE M, J ORFILA, JC BOULANGER, F. EB, F DUFOUR
Notre expérience de sérodépistage des infections à chlamydia en pathologie tubaire.
Rev. fr. Gynéco. Obst. 1985, 80, 255-275

78. WEINSTEN L, MORRIS MB, DOTTERS D CITRIS :
Ectopic pregnancy : a new surgical epidemic obstet. gynecol 1983, 61, 6, 698-701

A N N E X E

TABLEAUX ET FIGURES

1. FIGURES :

- Figure n° 1 : Evolution de la fréquence de la GEU par rapport aux accouchements au niveau des 3 services de gynéco-obstétrique des 3 hôpitaux.
- Figure n° 2 : GEU par rapport aux accouchements : fréquence moyenne résultante des 3 hôpitaux.
- Figure n° 3 : Evolution de la fréquence de la GEU par rapport aux interventions gynéco-obstétricales des 3 hôpitaux.
- Figure n° 4 : GEU par rapport aux interventions : fréquence moyenne résultante des 3 hôpitaux.
- Figure n° 5 : Fréquence de la GEU selon l'âge.
- Figure n° 6 : Fréquence de la GEU selon la parité.
- Figure n° 7 : Fréquence de la GEU selon la gestité.

2. **LES TABLEAUX**

- Tableau n° 1 : Fréquence de la GEU par rapport aux accouchements au C.H.U.K.
- Tableau n° 2 : Fréquence de la GEU par rapport aux accouchements à l'H.P.R.C.
- Tableau n° 3 : Fréquence de la GEU par rapport aux accouchements à la C.P.L.R.
- Tableau n° 4 : Fréquence de la GEU par rapport aux interventions majeures au C.H.U.K.

- Tableau n° 5 : Fréquence de la GEU par rapport aux interventions majeures à l'H.P.R.C.

- Tableau n° 6 : Fréquence de la GEU par rapport aux interventions majeures à la C.P.L.R.

- Tableau n° 7 : Origine des malades

- Tableau n° 8 : Facteurs prédisposants connus des GEU

- Tableau n° 9 : Signes cliniques des GEU

- Tableau n°10 : Signes d'examen

- Tableau n°11 : Traitement : Techniques chirurgicales utilisées

- Tableau n°12 : Evolution de la fréquence de la GEU par rapport aux accouchements selon les pays.

- Tableau n°13 : Age des patientes selon les auteurs

- Tableau n°14 : Parité des patientes selon les auteurs

- Tableau n°15 : Antécedents des patientes

- Tableau n°16 : Signes cliniques

- Tableau n°17 : Fréquence des hématocèles selon les pays

- Tableau n°18 : Signes physiques

- Tableau n°19 : Examens paracliniques

- Tableau n°20 : Constatations per opératoires : aspect opératoire.

- Tableau n°21 : Localisation des GEU

- Tableau n°22 : Localisation des grossesses tubaires

- Tableau n°23 : Pathologies associées à la GEU

- Tableau n°24 : Techniques chirurgicales utilisées.

- Tableau n°25 : Traitement radical pour les grossesses tubaires

- Tableau n°26 : Traitement conservateur pour les grossesses tubaires

- Tableau n°27 : Récidives des GEU selon les auteurs.

- Tableau n°28 : % des déformations des enfants nés viables à l'issue d'une GEU après le 5ième mois.

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.

J'exercerai mon art avec conscience et dignité.

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

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

Je maintiendrai, dans toutes la mesure de mes moyens, l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.
Mes collègues seront mes frères.

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

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

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

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