

UNIVERSITE MOHAMMED V - RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT-

ANNEE: 2016

THESE N°: 119

LA PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE
EXTRA-UTERINE A L'HÔPITAL DE KENITRA

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mlle. Fatima AMQRANE
Née le 20 Novembre 1989 à Kénitra

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Grossesse extra-utérine – Epidémiologie – Diagnostic – Traitement –
Pronostic.

JURY

Mme. A. KHARBACH
Professeur de Gynécologie Obstétrique
Mr. A. BAIDADA
Professeur de Gynécologie Obstétrique
Mme. A. LAKHDAR
Professeur de Gynécologie Obstétrique
Mr. B. RHRAB
Professeur de Gynécologie Obstétrique

PRESIDENT &
RAPPORTEUR

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا

إنك أنت العليم الحكيم

اللهم
اصدق
العظيم

سورة البقرة: الآية: 31

اللهم إنا نسألك علما نافعا
وقلبا خاشعا وشفاء من كل داء وسقم



UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CH
KILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS

**ET
PHARMACIENS**

PROFESSEURS :

Mai et Octobre 1981

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. TAOBANE Hamid* Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

Pr. BENOSMAN Abdellatif Chirurgie Thoracique

Novembre 1983

Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI Rhumatologie

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz Médecine Interne – *Clinique Royale*
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENJELLOUN Halima Cardiologie
Pr. BENSALID Younes Pathologie Chirurgicale
Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa Neurologie

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. AJANA Ali
Pr. CHAHED OUZZANI Houria
Pr. EL YAACOUBI Moradh
Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
Pr. LACHKAR Hassan
Pr. YAHYAOUI Mohamed

Radiologie
Gastro-Entérologie
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib
Pr. DAFIRI Rachida
Pr. HERMAS Mohamed

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Traumatologie Orthopédie

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali*
Pr. CHAD Bouziane
Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne – **Doyen de la FMPR**
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. TAZI Saoud Anas

Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOUDA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation – **Doyen de la FMPO**
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie – **Dir. du Centre National PV**
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUDA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DAOUDI Rajae
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad

Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie

Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Noureddine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL AOUAD Rajae
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. JELTHI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. MOUDENE Ahmed*
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BRAHMI Rida Slimane
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. EL ABBADI Najia
Pr. HANINE Ahmed*
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbes

Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Traumatologie- Orthopédie **Inspecteur du SS**
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation – **Dir. HMIM**
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale

Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie - **Directeur ERSM**
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*
Pr. MOHAMMADI Mohamed
Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Médecine Interne
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. CHAOUIR Souad*
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. OUAHABI Hamid*
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Neurologie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. EZZAITOUNI Fatima
Pr. LAZRAK Khalid *
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*
Pr. LABRAIMI Ahmed*

Gastro-Entérologie
Neurologie – **Doyen Abulcassis**
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Traumatologie Orthopédie
Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Traumatologie Orthopédie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AIT OURHROUI Mohamed
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. HSSAIDA Rachid*
Pr. LAHLOU Abdou
Pr. MAFTAH Mohamed*
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. NASSIH Mohamed*
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
Neurologie

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

ORL

Décembre 2001

Pr. ABABOU Adil
Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*

Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale

Pr. DRISSI Sidi Mourad*
 Pr. EL HIJRI Ahmed
 Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
 Pr. EL MADHI Tarik
 Pr. EL OUNANI Mohamed
 Pr. ETTAIR Said
 Pr. GAZZAZ Miloudi*
 Pr. HRORA Abdelmalek
 Pr. KABBAJ Saad
 Pr. KABIRI EL Hassane*
 Pr. LAMRANI Moulay Omar
 Pr. LEKEHAL Brahim
 Pr. MAHASSIN Fattouma*
 Pr. MEDARHRI Jalil
 Pr. MIKDAME Mohammed*
 Pr. MOHSINE Raouf
 Pr. NOUINI Yassine
 Pr. SABBAH Farid
 Pr. SEFIANI Yasser
 Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Radiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie Générale
 Anesthésie-Réanimation
 Chirurgie Thoracique
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Médecine Interne
 Chirurgie Générale
 Hématologie Clinique
 Chirurgie Générale
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
 Pr. AMEUR Ahmed *
 Pr. AMRI Rachida
 Pr. AOURARH Aziz*
 Pr. BAMOU Youssef *
 Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
 Pr. BENZEKRI Laila
 Pr. BENZZOUBEIR Nadia
 Pr. BERNOUSSI Zakiya
 Pr. BICHRA Mohamed Zakariya*
 Pr. CHOHO Abdelkrim *
 Pr. CHKIRATE Bouchra
 Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 Pr. EL HAOURI Mohamed *
 Pr. EL MANSARI Omar*
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 Pr. HAJJI Zakia
 Pr. IKEN Ali
 Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. LAGHMARI Mina
 Pr. MABROUK Hfid*
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
 Pr. NAITLHO Abdelhamid*
 Pr. OUJILAL Abdelilah
 Pr. RACHID Khalid *

Anatomie Pathologique
 Urologie
 Cardiologie
 Gastro-Entérologie
 Biochimie-Chimie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Psychiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Médecine Interne
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Traumatologie Orthopédie

Pr. RAISS Mohamed
Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
Pr. RHOU Hakima
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Néphrologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOUGHALEM Mohamed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KHABOUZE Samira
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. LEZREK Mohammed*
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Gynécologie Obstétrique
Traumatologie Orthopédie
Urologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. AZIZ Nouredine*
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENHALIMA Hanane
Pr. BENYASS Aatif
Pr. BERNOUSSI Abdelghani
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAOUI Sakina*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Cardiologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie (*mise en disponibilité*)
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire

Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Anesthésie Réanimation

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Said*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. ESSAMRI Wafaa
Pr. FELLAT Ibtiham
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. GHADOUANE Mohammed*
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio – Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Gastro-entérologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Urologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
Pr. AMHAJJI Larbi*
Pr. AMMAR Haddou*
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed*

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
ORL
Parasitologie
Anesthésie réanimation

Pr. BALOUCH Lhousaine*	Biochimie-chimie
Pr. BENZIANE Hamid*	Pharmacie clinique
Pr. BOUTIMZINE Nourdine	Ophtalmologie
Pr. CHARKAOUI Naoual*	Pharmacie galénique
Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*	Chirurgie générale
Pr. ELABSI Mohamed	Chirurgie générale
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid	Anesthésie réanimation
Pr. EL OMARI Fatima	Psychiatrie
Pr. GANA Rachid	Neuro chirurgie
Pr. GHARIB Noureddine	Chirurgie plastique et réparatrice
Pr. HADADI Khalid*	Radiothérapie
Pr. ICHOU Mohamed*	Oncologie médicale
Pr. ISMAILI Nadia	Dermatologie
Pr. KEBDANI Tayeb	Radiothérapie
Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*	Anesthésie réanimation
Pr. LOUZI Lhoussain*	Microbiologie
Pr. MADANI Naoufel	Réanimation médicale
Pr. MAHI Mohamed*	Radiologie
Pr. MARC Karima	Pneumo phtisiologie
Pr. MASRAR Azlarab	Hématologique
Pr. MOUTAJ Redouane *	Parasitologie
Pr. MRABET Mustapha*	Médecine préventive santé publique et hygiène
Pr. MRANI Saad*	Virologie
Pr. OUZZIF Ez zohra*	Biochimie-chimie
Pr. RABHI Monsef*	Médecine interne
Pr. RADOUANE Bouchaib*	Radiologie
Pr. SEFFAR Myriame	Microbiologie
Pr. SEKHSOKH Yessine*	Microbiologie
Pr. SIFAT Hassan*	Radiothérapie
Pr. TABERKANET Mustafa*	Chirurgie vasculaire périphérique
Pr. TACHFOUTI Samira	Ophtalmologie
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*	Chirurgie générale
Pr. TANANE Mansour*	Traumatologie orthopédie
Pr. TLIGUI Houssain	Parasitologie
Pr. TOUATI Zakia	Cardiologie

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN	Ophtalmologie
------------------------	---------------

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*	Anesthésie Réanimation
Pr TAHIRI My El Hassan*	Chirurgie Générale

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*	Médecine interne
Pr. AGDR Aomar*	Pédiatre

Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
 Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
 Pr. AKHADDAR Ali*
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMAHZOUNE Brahim*
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 Pr. AZENDOUR Hicham*
 Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BJIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae*
 Pr. BOUI Mohammed*
 Pr. BOUNAIM Ahmed*
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
 Pr. CHAKOUR Mohammed *
 Pr. CHTATA Hassan Toufik*
 Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid*
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamy
 Pr. L'KASSIMI Hachemi*
 Pr. LAMSAOURI Jamal*
 Pr. MARMADÉ Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *
 Pr. ZOUHAIR Said*

Chirurgie Générale
 Neurologie
 Neuro-chirurgie
 Radiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie orthopédique
 Hématologie biologique
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Microbiologie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-phtisiologie
 Microbiologie

PROFESSEURS AGREGES :

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufiq*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. BOUAITY Brahim*
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*

Anesthésie réanimation
 Médecine interne
 Physiologie
 ORL
 Microbiologie
 Médecine aéronautique
 Biochimie chimie
 Radiologie
 Chirurgie pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie

Pr. EL MAZOUZ Samir
Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. LEZREK Mounir
Pr. MALIH Mohamed*
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Chirurgie plastique et réparatrice
Urologie
Gastro entérologie
Anatomie pathologique
Ophtalmologie
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie générale
Hématologie
Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BELAIZI Mohamed*
Pr. BENCHEBBA Driss*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. RAISSOUNI Maha*

Chirurgie Pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Traumatologie Orthopédique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie pathologique
Psychiatrie
Cardiologie

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOUR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
Pr. BENSEFFAJ Nadia
Pr. BENSGHIR Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali*
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha*
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
Pr. ELFATEMI Nizare

Pharmacologie – Chimie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Informatique Pharmaceutique
Immunologie
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique
Traumatologie Orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Neuro-Chirurgie

Pr. EL GUERROUJ Hasnae	Médecine Nucléaire
Pr. EL HARTI Jaouad	Chimie Thérapeutique
Pr. EL JOUDI Rachid*	Toxicologie
Pr. EL KABABRI Maria	Pédiatrie
Pr. EL KHANNOUSSI Basma	Anatomie Pathologie
Pr. EL KHLOUFI Samir	Anatomie
Pr. EL KORAICHI Alae	Anesthésie Réanimation
Pr. EN-NOUALI Hassane*	Radiologie
Pr. ERRGUIG Laila	Physiologie
Pr. FIKRI Meryim	Radiologie
Pr. GHANIMI Zineb	Pédiatrie
Pr. GHFIR Imade	Médecine Nucléaire
Pr. IMANE Zineb	Pédiatrie
Pr. IRAQI Hind	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. KABBAJ Hakima	Microbiologie
Pr. KADIRI Mohamed*	Psychiatrie
Pr. LATIB Rachida	Radiologie
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra	Médecine Interne
Pr. MEDDAH Bouchra	Pharmacologie
Pr. MELHAOUI Adyl	Neuro-chirurgie
Pr. MRABTI Hind	Oncologie Médicale
Pr. NEJJARI Rachid	Pharmacognosie
Pr. OUBEJJA Houda	Chirurgie Pédiatrique
Pr. OUKABLI Mohamed*	Anatomie Pathologique
Pr. RAHALI Younes	Pharmacie Galénique
Pr. RATBI Ilham	Génétique
Pr. RAHMANI Mounia	Neurologie
Pr. REDA Karim*	Ophtalmologie
Pr. REGRAGUI Wafa	Neurologie
Pr. RKAIN Hanan	Physiologie
Pr. ROSTOM Samira	Rhumatologie
Pr. ROUAS Lamiaa	Anatomie Pathologique
Pr. ROUIBAA Fedoua*	Gastro-Entérologie
Pr. SALIHOUN Mouna	Gastro-Entérologie
Pr. SAYAH Rochde	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. SEDDIK Hassan*	Gastro-Entérologie
Pr. ZERHOUNI Hicham	Chirurgie Pédiatrique
Pr. ZINE Ali*	Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Pr. GHOUNDALE Omar*	Urologie
Pr. ZYANI Mohammad*	Médecine Interne

***Enseignants Militaires**

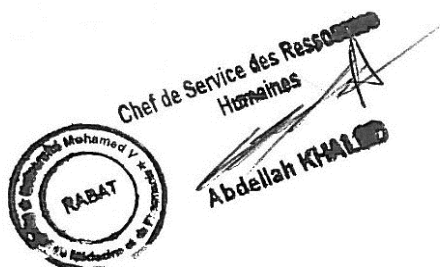
2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie – chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. BARKYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie – chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootchnie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbas	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

*Mise à jour le 09/01/2015 par le
Service des Ressources Humaines*

- 9 JAN 2015





DEDICACES



A mes très chers parents

Mr AMQRANE M'HAMED et Mme ENNAJIM IJJA

*Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je vous porte
,ni la profonde gratitude que je vous témoigne pour tous les efforts et les
sacrifices que vous n'avez jamais cessé de consentir pour mon instruction et mon
bien-être.*

*C'est à travers vos encouragements que j'ai opté pour cette noble profession, et
c'est à travers vos critiques que je me suis réalisée.*

*J'espère avoir répondu aux espoirs que vous avez fondés en moi et réalisé
aujourd'hui l'un de vos rêves.*

*Je vous rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance
éternelle et de mon infini amour.*

*Vous résumez si bien le mot parents qu'il serait superflu d'y ajouter quelque
chose.*

*Que dieu tout puissant vous garde et vous procure santé, bonheur et longue vie
pour que vous demeuriez le flambeau illuminant le chemin de vos enfants.*

Je vous aime papa et maman.





A mes frères RIDOUANE, ADEL et Mouad

*Votre aide, votre générosité, votre soutien ont été pour moi une source de courage
et de confiance.*

*Je ne peux exprimer à travers ces lignes tous mes sentiments d'amour et de
tendresse envers vous trois mes chers frères.*

Puisse l'amour et la fraternité nous unissent à jamais.

*Je vous souhaite la réussite dans votre vie, avec tout le bonheur qu'il faut pour
vous combler.*

Merci pour votre précieuse aide à la réalisation de ce travail.

A vous mes frères je dédie cette thèse.





A mes belles-sœurs Hayat et Mariam

Mes chères, vous êtes pour moi des sœurs que j'ai jamais eu et des amies plus que des belles sœurs ,nous avons partagé ensemble beaucoup de moments de joie et de frustration qu'on a pu surmonter ensemble.

Soyez toujours comme je vous ai connu.

Je vous souhaite tout le bonheur que vous souhaitez et méritez.

A vous deux je dédie ce travail.

A ma chère nièce Marwa et mes chers neveux Mehdi et Badr

Que dieu le tout puissant vous garde pour vos parents, je vous aime de tout mon cœur. J'espère que vous réaliserez tous vos rêves inchaALLAH.

Tante fatima vous adore.





A ma grand-mère maternelle

*Que dieu tout puissant te garde et te procure santé, bonheur et longue vie pour
que vous demeuriez le flambeau illuminant nos chemins.*





*À la mémoire de mes défunts grands parent paternels et mon grands père
maternel*

À tous mes oncles et tantes

À tous mes cousins et cousines

À toutes mes amies d'enfance

À toutes mes amis de la faculté de médecine

Je vous souhaite une vie pleine de réussite, de santé et de bonheur.

À tous mes enseignants tout au long de mes études.

À tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

*À tous ceux qui ont choisi cette lourde tâche de soulager les gens et diminuer
leurs souffrances.*





REMERCIEMENTS



A mon maître et président de thèse

Madame le professeur A. KHARBACH

Chef de service et Professeur de Gynécologie obstétrique«M3»

CHU Ibn SINA Rabat

Vous m'avez fait l'honneur de bien vouloir assurer la direction de cette thèse.

Je vous remercie de m'avoir fait confiance dès les premiers instants de notre collaboration qui fut riche tant au niveau scientifique qu'au niveau personnel.

Je vous remercie pour votre soutien, la pertinence de vos conseils, votre grande disponibilité et votre patience.

Veillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.





A mon maître et juge de thèse

Monsieur le professeur A.BAIDADA

*Chef de service et Professeur de Gynécologie obstétrique et endoscopie
opératoire«M1»*

CHU Ibn SINA Rabat

*Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez témoigné à l'égard de ce travail que
vous avez accepté de juger avec une spontanéité et une simplicité émouvante.*

C'est pour moi un grand honneur de vous voir siéger parmi le jury de cette thèse.

Veillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et reconnaissance.





A mon maître et juge de thèse

Madame le professeur A.LAKHDAR

Professeur de Gynécologie obstétrique«M1»

CHU Ibn SINA Rabat

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez bien voulu témoigner à ce travail.

*C'est pour moi un grand honneur d'avoir accepté de siéger parmi notre jury de
thèse.*

Veillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements.





A mon maître et juge de thèse

Monsieur le professeur B. RHAB

Professeur de Gynécologie obstétrique«M1»

CHU Ibn SINA Rabat

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez bien voulu témoigner à ce travail.

*C'est pour moi un grand honneur d'avoir accepté de siéger parmi notre jury de
thèse.*

*Veillez accepter, cher maître, l'expression de mon profond respect et ma grande
considération.*





*LISTE
DES ILLUSTRATIONS*



LISTE DES ABREVIATIONS :

AS	: Avortement spontané
ATCD	: Antécédent
CBE	: Curetage biopsique de l'endomètre
CDS	: Cul de sac
CK	: Créatine kinase
CO	: Contraception orale
DIU	: Dispositif intra-utérin
FFN	: Fibronectine foetale
FIV	: Fécondation in-vitro
GA	: Grossesse abdominale
GEU	: Grossesse extra- utérine
GH	: Grossesse hétérotopique
GIU	: Grossesse intra-utérine
GO	: Grossesse ovarienne
HCG	: Human chorionic gonadotrophin
IM	: Intra-musculaire
IST	: Infections sexuellement transmissibles
IVG	: Interruption volontaire de grossesse

LMSO	: Laparotomie médiane sous ombilicale
MLU	: Masse latéro-utérine
MTX	: Méthotrexate
NFS	: Numération formule sanguine.
PMA	: Procréation médicalement assistée
SA	: Semaines d'aménorrhée
TR	: Toucher rectal
TV	: Toucher vaginal

LISTE DES FIGURES :

Figure 1 : Fréquence de la GEU en fonction de l'âge (ans).

Figure 2 : Répartition de GEU selon la parité.

Figure 3 : Ponction diagnostique du cul de sac de Douglas (68)

Figure 4 : Différentes étapes de la salpingectomie (68)

Figure 5 : Différence entre salpingectomie et salpingotomie

Figure 6 : Algorithme décisionnel pour le diagnostic de GEU sans recourir à la coelioscopie (selon Carson)

LISTE DES TABLEAUX :

- Tableau I** : Répartition des GEU par année.
- Tableau II** : Répartition de la GEU par tranches d'âge.
- Tableau III** : Nombre des GEU en fonction de la parité.
- Tableau IV** : ATCD médicaux chirurgicaux et gynéco-obstétricaux.
- Tableau V** : Signes fonctionnels des patientes.
- Tableau VI** : Signes abdominaux.
- Tableau VII** : Etat du col.
- Tableau VIII** : Taille utérine.
- Tableau IX** : Etat des annexes.
- Tableau X** : Taux de β HCG.
- Tableau XI** : Résultats de l'échographie.
- Tableau XII** : Voie d'abord.
- Tableau XIII** : Situation anatomique de GEU.
- Tableau XIV** : Abondance de l'hémopéritoine (10).
- Tableau XV** : Associations pathologiques.
- Tableau XVI** : Traitement chirurgical radical.
- Tableau XVII** : Traitement conservateur.
- Tableau XVIII** : Fréquence de GEU selon les auteurs.

- Tableau XIX** : Age des patientes dans la littérature et dans notre série.
- Tableau XX** : Fréquence de la GEU en fonction de la parité selon les auteurs.
- Tableau XXI** : Salpingites et IST selon les auteurs.
- Tableau XXII** : Antécédents AS et IVG selon les auteurs.
- Tableau XXIII** : Antécédent de GEU selon les auteurs.
- Tableau XXIV** : Infertilité et GEU selon les auteurs.
- Tableau XXV** : Contraception orale et GEU.
- Tableau XXVI** : DIU et GEU.
- Tableau XXVII** : les signes fonctionnels de la GEU.
- Tableau XXVIII** : Résultats de l'examen abdominal selon les auteurs.
- Tableau XXIX** : Examen obstétrical selon les auteurs.
- Tableau XXX** : Corrélation β HCG plasmatique-Echographie.
- Tableau XXXI** : Sévérité des pertes sanguines et remplissage vasculaire.
- Tableau XXXII** : Situation tubaire de GEU.
- Tableau XXXIII** : Fréquence de la salpingectomie totale selon les auteurs.
- Tableau XXXIV** : Différentes techniques chirurgicales du traitement chirurgical conservateur selon le siège de la GEU (40).
- Tableau XXXV** : Score pour le traitement médical de la GEU d'après Fernandez. (105).
- Tableau XXXVI** : Score thérapeutique de la GEU de BRUHAT.

LISTE DES IMAGES :

Image 1 : Utérus vide avec MLU

Image 2 : GEU d'un sac ovulaire, bordé par une couronne trophoblastique (flèche) et présentant une vésicule ombilicale (tête de flèche), entre l'utérus et l'ovaire.

Image 3 : Image latéro-utérine d'aspect hétérogène associée à un épanchement au niveau du CDS

Image 4 : Image hétérogène latéro-utérine droite de 30mm/27mm avec épanchement péritonéale de moyenne abondance)

Image 5 : Image échographique typique d'un sac gestationnel ectopique gauche avec activité cardiaque positive

Image 6 : Image échographique montrant un sac gestationnel contenant un embryon de 12mm de longueur cranio-caudale (7SA et 3j) avec activité cardiaque positive.

Image 7 : Grossesse extra-utérine. Au sein de l'annexe gauche, on retrouve le sac ovulaire ectopique (flèche) et le corps jaune(c)(59).

Image 8 : Hématosalpinx (grosse flèche) à côté de l'ovaire (flèche) (59).

Image 9 : Grossesse extra-utérine : gros hématosalpinx ancien, où l'on devine peut-être le sac ovulaire (→) [61]

Image 10 : Vacuité utérine et épanchement dans le cul de sac de Douglas (12)

Images 11,12 : Images coelioscopiques en cas de GEU

Image 13: GEU isthmique droite rompue à la cœlioscopie (69)

Image 14: Pièce opératoire d'une grossesse abdominale de 12 SA avec le placenta accolé à la corne utérine droite (12)

Image 15 : Contrôle de l'hémostase (48)

Image 16 : Contrôle de la vacuité (48)

Image 17 : Salpingotomie (42)

Image 18 : Expression tubaire (42)

Image 19 : Aspect coelioscopique d'une GEU tubaire (48)

Image 20: GEU isthmique droite rompue à la coelioscopie (12)



SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
MATERIEL ET METHODES	4
I .MATERIEL	5
II .METHODES	5
RESULTAT	12
I .ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE	13
A.FREQUENCE	13
B.AGE	14
C.PARITE	15
D. ANTECEDENTS	16
II. ETUDE CLINIQUE	17
A .SIGNES GENERAUX	17
1. Tension artérielle	17
2. Température	17
3. Etat des conjonctives	17
B. SIGNES FONCTIONNELS (SIGNES D'APPEL)	17
C. SIGNES PHYSIQUES	18
1. Examen abdominal	18
2. Examen au spéculum	18
3. Le toucher vaginal	18
4. Toucher rectal	19
III- ETUDE PARACLINIQUE	20
A .BIOLOGIE	20
1. Numération formule sanguine (NFS)	20
2. Dosage des β HCG plasmatiques	20
B. ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE OU ENDOVAGINALE	20
C- ASSOCIATION ECHOGRAPHIE ET β HCG	23

D- CULDOCENTESE	23
E- COELIOSCOPIE	23
F- CURETAGE BIOPSIQUE DE L'ENDOMETRE	23
IV . TRAITEMENT	24
A- TRAITEMENT CHIRURGICAL	24
1- Voie d'abord	24
2- Situation anatomique de la GEU	25
3- Hémopéritoine	25
4- Associations pathologiques	26
5- Modalités thérapeutiques	26
a- Traitement chirurgical radical	26
b- Traitement chirurgical conservateur.....	27
6- Suites post-opératoires	28
B- TRAITEMENT MEDICAL	28
V. PRONOSTIC ET DEVENIR OBSTETRICAL	28
DISCUSSION	29
I. ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE	30
A. FREQUENCE	30
B. AGE	32
C. PARITE	34
D. ANTECEDENTS (FACTEURS DE RISQUE)	34
1-Médicaux	35
a-Les infections génitales	35
2-Chirurgicaux	36
3-Gynéco-obstétricaux	37
a-Avortement spontané et IVG	37
b-Antécédents de GEU	39
c -Infertilité	39
d-Chirurgie tubaire.....	41

e-Traitement de la stérilité	41
f-Stérilisation tubaire	42
g-Endométriose.....	43
4-Tabac	43
E- MODE DE CONTRACEPTION	44
1-Contraception orale	44
2-Dispositif intra-utérin (DIU)	45
II. ETUDE CLINIQUE	47
A .SIGNES FONCTIONNELS	48
1-Douleurs pelviennes	48
2- Métrorragies	48
3- Aménorrhée	49
4- Association douleurs pelviennes+ métrorragies + aménorrhée.....	49
5- Autres signes fonctionnels	50
B. SIGNES GENERAUX	51
1-Tension artérielle et fréquence cardiaque.....	51
2- Etat des conjonctives	52
3- Température	52
C. SIGNES PHYSIQUES	52
1- Examen abdominal	52
2- Examen obstétrical.....	53
III. PARACLINIQUE	55
A. MARQUEURS BIOLOGIQUES	55
1-Dosage de β HCG plasmatique	55
2-Dosage de la progestérone plasmatique	58
3- Numération formule sanguine (NFS)	59
4- Autres marqueurs biologiques	59
B. ECHOGRAPHIE	61
1-Echographie pelvienne.....	61

2-Echographie endo-vaginale.....	62
a- Les signes directs: la masse annexielle	62
b- Les signes indirects.....	64
3-Echodoppler	65
C. COUPLE BHCG PLASMATIQUE- ECHOGRAPHIE	66
D. CULDOCENTESE.....	67
E. COELIOSCOPIE DIAGNOSTIQUE.....	68
F. HYSTEROSCOPIE	70
G. CURETAGE BIOPSIQUE DE L'ENDOMETRE	70
H. AUTRES EXPLORATIONS RADIOLOGIQUES	70
IV- TRAITEMENT DE LA GEU	71
A- TRAITEMENT CHIRURGICAL	72
1-Voie d'abord	72
2-Situation anatomique	73
a- GEU tubaire	73
b-Grossesse ovarienne.....	74
c-Grossesse cervicale	76
d-Grossesse abdominale.....	77
e-Grossesse hétérotopique.....	79
f-GEU sur corne rudimentaire	80
3- Chirurgie radicale	80
a. Salpingectomie totale	80
b. Annexectomie	82
c. Hystérectomie	83
4- Chirurgie conservatrice	83
a- Salpingotomie	84
b- Expression tubaire	85
c- Résection tubaire segmentaire.....	86
d- Résection segmentaire+ anastomose termino-terminale	87

e- Ovariectomie partielle.....	88
f- Réimplantation tubo-utérine	88
5-Suites opératoires	88
6-Surveillance du traitement chirurgical.....	88
a-Traitement radical	88
b-Traitement conservateur.....	89
B- TRAITEMENT MEDICAL	90
1- Traitement par Méthotrexate (MTX)	90
a-Mode d'action	90
b- Voie d'abord.....	91
2-Association MTX mifépristone.....	93
3-Autres thérapeutiques médicales.....	94
a- Prostaglandines	94
b- Chlorure de potassium et glucose hyperosmolaire	94
c- Anticorps monoclonaux anti-HCG	95
d- Actinomycine D	95
4-Surveillance du traitement médical	95
C- ABSTENTION THERAPEUTIQUE.....	96
D- INDICATIONS.....	97
1-Choix entre traitement médical ou chirurgical.....	97
2-Choix entre traitement conservateur ou radical	99
3-Choix entre traitement coelioscopique ou laparotomie	101
4- Indications de l'abstention chirurgicale	102
5- Algorithme décisionnel pour le diagnostic et la prise en charge de la GEU	102
V- PRONOSTIC ET DEVENIR OBSTETRICAL	104
CONCLUSION.....	106
RESUMES	111
BIBLIOGRAPHIE	115



INTRODUCTION

Physiologiquement, la fécondation s'effectue au niveau du tiers externe de la trompe, puis l'œuf migre dans la cavité utérine où se produira la nidation.

La Grossesse Extra-Utérine (GEU) est la nidation ectopique de l'œuf en-dehors de la cavité utérine. La plupart des grossesses ectopiques sont des grossesses tubaires. Les différentes parties anatomiques de la trompe peuvent être concernées : dans 75 % des cas il s'agit de l'ampoule, dans 20 % de l'isthme et dans 3 % au niveau du pavillon ; la GEU peut être interstitielle, ovarienne voire abdominale (moins de 1 % des cas). Les grossesses cervicales, les grossesses diverticulaires (en cas d'endométriose), les grossesses angulaires ou les grossesses dans les utérus malformés (exemple de la corne utérine rudimentaire) doivent être connues car même si elles sont rares, elles risquent d'engager le pronostic vital.

Les trente dernières années ont profondément modifié le paysage de la grossesse extra-utérine (GEU), tel qu'il se présentait au début des années soixante-dix :

- Elle n'est plus aujourd'hui l'une des causes majeures de mortalité gravidique même si elle reste la première cause de décès au cours du premier trimestre de la grossesse ;
- Après avoir augmenté fortement son incidence, dans une corrélation avec les IST, elle semble avoir atteint un seuil depuis quelques années et s'y stabiliser ;
- Son diagnostic a gagné en précocité au fil des années, au fur et à mesure des progrès de l'échographie.

La GEU restera toujours l'indication première et fondatrice de la chirurgie cœlioscopique moderne, et l'on sait aujourd'hui l'essor multidisciplinaire de cette méthode interventionnelle partie de la gynécologie. Ses rapports avec la fertilité d'aval restent toujours aussi flous. Mais, à la discussion initiale qui se limitait à l'alternative de la chirurgie conservatrice et de la salpingectomie, se mêlent aujourd'hui les possibilités sans cesse croissantes de l'AMP.

Enfin, récemment sont apparues des alternatives thérapeutiques fondées sur l'abstention, et plus encore le traitement médical dont on peut penser qu'il va prendre une vraie place, consensuellement reconnue, malgré les critiques initiales qu'il a essuyés.

A la lumière de ce bouleversement dans la prise en charge de la GEU, notre étude a pour objectif une évaluation globale du profil épidémiologique, diagnostique et thérapeutique de la GEU à travers une étude rétrospective à propos de 130 cas, effectuée au service de gynécologie-obstétrique à la Maternité de l'hôpital Régional de Kénitra.



*MATERIEL
ET
METHODES*

I .MATERIEL :

C'est une étude rétrospective qui porte sur 130 cas, hospitalisés et traités pour GEU au service de gynécologie-obstétrique à la Maternité de l'hôpital Régional de kénitra durant une période de 4 ans, allant du premier janvier 2012 au 31 décembre 2015.

II .METHODES :

Nous avons consulté les registres et les dossiers du service de gynécologie-obstétrique de la Maternité de l'hôpital Régional de kénitra , ce qui nous a permis d'établir une fiche d'exploitation «type» sur laquelle figurent les éléments suivants :

- Nom et prénom de la malade
- Numéro du dossier
- Adresse
- Date d'entrée, date de sortie
- Age
- Gésité - parité
- Antécédents
- Signes cliniques
- Examens complémentaires
- Modalités thérapeutiques

- Suites post-opératoires
- Pronostic et devenir obstétrical

Nous devons signaler que certains renseignements manquent dans certains dossiers.

«FICHE D'EXPLOITATION»

Nom : NO :
Prénom : NE :
Age : Adresse :.....
Etat civil : Mariée Date d'entrée : / /
Célibataire Date de sortie :

ANTECEDENTS :

- Gestité : Parité : Nombre d'enfants vivants :
 - IVG AVS
 - GEU Nombre : Coté : G D
 - Infertilité : Primaire Secondaire
 - Traitement :
- Tabagisme : Si Oui :P/A
- Contraception orale
- DIU
- Salpingite
- IST
- TBK génitale
- Endométriose
- PMA / OI

- Chirurgie abdomino-pelvienne :
- | | | | |
|-----------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| Appendicectomie | <input type="checkbox"/> | Césarienne | <input type="checkbox"/> |
| Salpingectomie | <input type="checkbox"/> | Chirurgie tubaire | <input type="checkbox"/> |
- Sans antécédent :

CLINIQUE :

A / Signes généraux :

- | | | | | |
|---------------------------|------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| - Température : | Fièvre | <input type="checkbox"/> | Apyrexie | <input type="checkbox"/> |
| - T A : | Hypotendue | <input type="checkbox"/> | Normo tendue | <input type="checkbox"/> |
| - Etat des conjonctives : | Décolorées | <input type="checkbox"/> | Normo colorées | <input type="checkbox"/> |

B / Signes fonctionnels :

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| - Douleur pelvienne | <input type="checkbox"/> | - Métrorragie | <input type="checkbox"/> |
| - Retard des règles | <input type="checkbox"/> | - Age gestationnel : SA + ... j | |
| - Signe sympathiques de grossesse | <input type="checkbox"/> | -Etat de choc | <input type="checkbox"/> |
| - Association (Douleur pelvienne + Métrorragie + Retard des règles) | <input type="checkbox"/> | | |

C / Signes physiques :

1-Examen abdominal :

- Abdomen souple - Abdomen sensible - Défense Abdomino-pelvienne

2-Toucher vaginal :

- Dououreux : Oui Non
- | | | | | | | |
|----------------------|-----------|--------------------------|---------|--------------------------|-----|--------------------------|
| a / Etat du col : | Fermé | <input type="checkbox"/> | Ouvert | <input type="checkbox"/> | N.P | <input type="checkbox"/> |
| b / Taille utérine : | Augmentée | <input type="checkbox"/> | Normale | <input type="checkbox"/> | N.P | <input type="checkbox"/> |

c / Etat des annexes :

Normal MLU : G Taille :.....

D

Empattement annexiel CDS bombant/ douloureux

3- Toucher rectal : Oui Non Cri du Douglas : Oui Non

EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

1-NFS = Hb =mg/100ml

2-Réaction immunologique de la grossesse dans les urines :

Positive Négative

3-Dosage de BHCG plasmatique =UI/l

4-Dosage de progestérone =ng/ml

5-Echographie : Oui Non

Sus-pubienne Endovaginale

*Taille utérine : Augmentée Normale

Utérus vide Sac gestationnel Pseudosac

* MLU : Siège : G D

Taille :...../.....

Echostructure :

Activité cardiaque : Positive Négative

* Hemopéritoine : Oui Non

6- Culdocentèse : Oui Non

Positive Négative

7- Curetage biopsique de l'endomètre Oui Non

Résultat :

8- Coelioscopie : Oui Non

Hématosalpinx Dilatation tubaire Avortement tubo- abdominal

9- Autres :

Résultats :

TRAITEMENT :

A/ Abstention thérapeutique

B/ Traitement médical

Méthotrexate : Voie d'administration : parentérale locale

Dose: UI

C/ Traitement chirurgical :

1- Voie d'abord : Coeliochirurgie

Laparotomie : LMSO Pfannentiel

2- Situation anatomique de la GEU :

a- Coté : **G** **D**

b- Tubaire

Ampullaire Isthmique Interstitielle

Pavillonnaire (infundibulaire) Tubaire sans précision

c- Ovarienne

d- Abdominale

e- Dualité GIU + GEU

f- Autres Lesquelles ?.....

3- Associations pathologiques :

Hématosalpinx Endométriose Fibrome Kyste ovarien

Adhérences pelviennes kyste à chlamydia Autres :

4- Etat de la trompe homolatérale : Normale Anormale Absente

5- Etat de la trompe controlatérale : Normale Anormale Absente

6- Modalités thérapeutiques :

a- Traitement chirurgical radical

Salpingectomie totale Annexectomie Hystérectomie

b- Traitement chirurgical conservateur

Salpingectomie partielle Expression tubaire Salpingotomie

Ovariectomie partielle Résection segmentaire + anastomose termino-terminale

Réimplantation tubo-utérine Décollement du trophoblaste

7- Indications :

- GEU : Rompue Non rompue

- Etat hémodynamique : Stable Instable

- Epanchement du douglas : Oui Non

- Etat de la trompe homolatérale : Conservable Inconservable trouble d'hémostase

- Taux de BHCG :UI/l

- Taille de la masse :cm

- Douleur pelvienne : Nulle Provoquée Spontanée

- Parité : Nullipare Pauci pare Multipare

8- Résultat : Succès Echec

EVOLUTION :

A/ Mortalité : Oui Non

B/ Complications :.....

C/ Devenir obstétrical :

GEU GIU Non précise

AVS Infertilité



RESULTAT

I .ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE :

A.FREQUENCE :

Le nombre d'accouchements entre les années 2012 - 2015 est de 53649

L'incidence globale de la GEU durant ces années est alors de 0,24 % soit environ 1 GEU pour 412 naissances.

Tableau I : Répartition des GEU par année.

Année	Nombre d'accouchement	Nombre de GEU	Fréquence %
2012	12388	28	0,23
2013	13268	35	0,26
2014	13843	30	0,22
2015	14150	37	0,26
Total	53649	130	0,24

B.AGE:

Nos patientes sont âgées de 16 ans à 45 ans soit un âge moyen de 31 ans avec une fréquence de 73,08 % entre 21 et 35ans.

Nous avons reparti l'ensemble de nos patientes par tranche d'âge de 5 ans.

Tableau II : Répartition de la GEU par tranches d'âge.

Tranches d'âge (ans)	Nombre de cas
16-20	7
21-25	25
26-30	44
31-35	26
36-40	24
41-45	4
Total	130

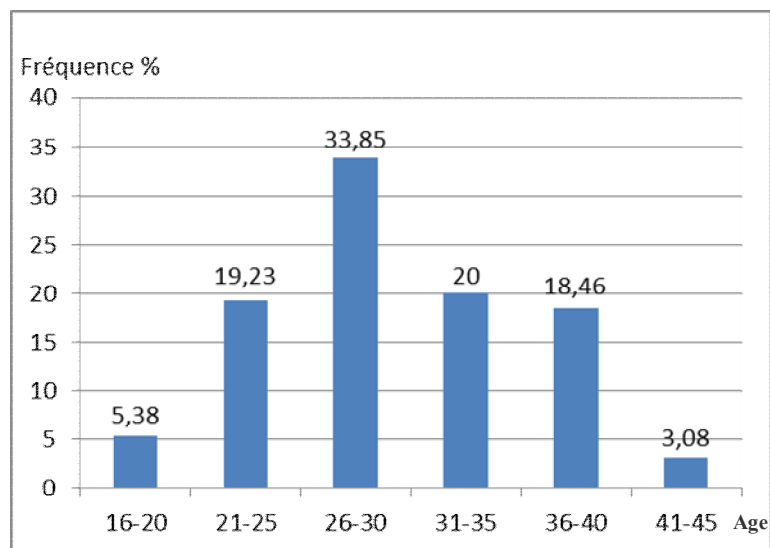


Figure 1:Fréquence de la GEU en fonction de l'âge (ans).

C.PARITE :

Tableau III : Nombre des GEU en fonction de la parité

Parité	Nombre de patientes
Nullipares	47
Primipares	39
Second-pares	24
Multipares	20

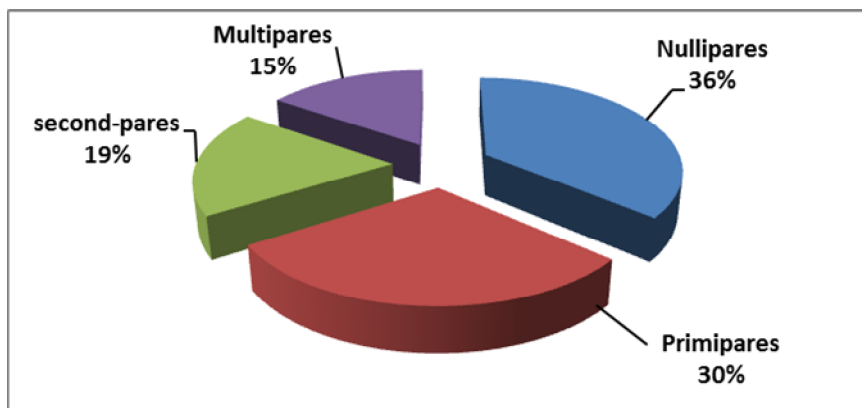


Figure 2 : Répartition de GEU selon la parité.

Les nullipares étaient les plus atteintes avec un taux de 36,15 % (47 cas) suivies des primipares à 30 % (39 cas).

D. ANTECEDENTS :

Les antécédents les plus remarquables sont représentés essentiellement par l'avortement spontané et IVG 21,54 %, salpingites et IST 8,46 % et l'antécédent de GEU est noté chez trois patientes, soit 2,31 %.

Tableau IV : ATCD médicaux chirurgicaux et gynéco-obstétricaux

ATCD	Nombre de cas	Fréquence %
<i>Salpingite et IST</i>	11	8,46
<i>Avortement spontané</i>	23	17,69
<i>IVG</i>	5	3,85
<i>GEU</i>	3	2,31
<i>Infertilité I re</i>	7	5,38
<i>Infertilité II re</i>	3	2,31
<i>Appendicectomie</i>	2	1,54
<i>Césarienne</i>	2	1,54
<i>Salpingectomie</i>	4	3,08
<i>Chirurgie tubaire</i>	2	1,54
<i>Sans ATCD notables</i>	32	24,61

Dernière contraception utilisée : -contraception orale : 33 cas soit : 25,38%

-DIU : 3 cas soit : 2,31 %

II. ETUDE CLINIQUE :

A .SIGNES GENERAUX :

1. Tension artérielle :

La tension artérielle était normale Chez 94 de nos patientes, soit 72,31 %, et 9 patientes étaient admises en état de choc, soit 6,92 %.

2. Température :

5 patientes (3,84 %) étaient fébriles, avec une température supérieure à 38,5°C.

3. Etat des conjonctives :

L'état des conjonctives n'a pas été mentionné sur 40 dossiers :

- 13 patientes avaient des conjonctives décolorées.
- 77 patientes avaient des conjonctives normocolorées.

B. SIGNES FONCTIONNELS (SIGNES D'APPEL) :

La douleur pelvienne, les métrorragies et le retard des règles représentaient les signes fonctionnels dominants, leur association représentait 40 %.

Tableau V : Signes fonctionnels des patientes

<i>Signes fonctionnels</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Fréquence %</i>
<i>Douleurs pelviennes</i>	115	88,46
<i>Métrorragies</i>	110	84,61
<i>Aménorrhée</i>	78	60
<i>Signes sympathiques de grossesse</i>	6	4,61
<i>Douleur pelvienne +Métrorragies+ Aménorrhée</i>	52	40
<i>Troubles de transit /signes urinaires</i>	2	1,54

C. SIGNES PHYSIQUES :

1. Examen abdominal :

Tableau VI : Signes abdominaux

<i>Signes cliniques</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Fréquence %</i>
<i>Abdomen souple</i>	26	20
<i>Sensibilité pelvienne</i>	60	46,15
<i>Défense pelvienne</i>	4	3,08
<i>Défense abdominale</i>	5	3,85
<i>Douleur de la FI</i>	32	24,61
<i>Ballonnement abdominal</i>	2	1,54
<i>Matité des flancs</i>	1	0,77

26 patientes (20 %) avaient un abdomen souple, 60 patientes (46,15 %) avaient un abdomen sensible, et 32 patientes (24,61 %) présentaient une douleur d'une fosse iliaque alors qu'uniquement 5 patientes (3,85%) avaient une défense abdominale.

2. Examen au spéculum :

N'a pas été réalisé.

3. Le toucher vaginal :

Le toucher vaginal était douloureux chez 32 patientes, soit 24,61 % des cas.

a-Etat du col :

Chez 88 des patientes le col était fermé, soit 67,69 %.

Tableau VII : Etat du col

<i>Etat du col</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Fréquence %</i>
<i>Fermé</i>	88	67,69
<i>Ouvert</i>	2	1,54
<i>Non précisé</i>	40	30,77
<i>Total</i>	130	100

b-Taille utérine :

Le toucher vaginal combiné au palper abdominal a noté un utérus de taille augmentée chez 26 patientes soit 20%.

Tableau VIII : Taille utérine

<i>Taille utérine</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Fréquence %</i>
<i>Augmentée</i>	26	20
<i>Normale</i>	58	44,62
<i>Non précisée</i>	46	35,38

c- Etat des annexes :

La masse latéro-utérine n'a été retrouvée que chez 36 patientes soit 27,69%, alors que l'examen était normal chez 52 patientes (40%).

Tableau IX : Etat des annexes.

<i>Etat des annexes</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Fréquence %</i>
<i>Annexes normales</i>	52	40
<i>MLU</i>	36	27,69
<i>Empatement annexiel</i>	4	3,08
<i>CDS bombé et/ douloureux</i>	23	17,69
<i>Non précisé</i>	32	24,61

4. Toucher rectal :

Le toucher rectal a été pratiqué et a relevé un cri du Douglas chez 13 patientes soit 10% des cas.

III- ETUDE PARACLINIQUE :

A .BIOLOGIE :

1. Numération formule sanguine (NFS) :

La numération formule sanguine a été réalisée chez 95 patientes seulement, soit 73,08%, et a révélé une anémie chez 51 patientes soit 39,23 %.

2. Dosage des β HCG plasmatiques :

69 patientes seulement qui ont bénéficié de cet examen soit 53,08 %, avec une fréquence de 32,31 % pour des taux de β HCG entre 500 et 6000 UI/L.

Tableau X : Taux de β HCG.

<i>Taux de βHCG (UI/L)</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Fréquence %</i>
<i>≤ 500</i>	13	10
<i>500-6000</i>	42	32,31
<i>6000-15000</i>	11	8,46
<i>>15000</i>	3	2,31

B. ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE OU ENDOVAGINALE:

Elle a été pratiquée chez 105 patientes soit 80,77 % des cas.

Les aspects échographiques retrouvés dans notre étude sont :

- Utérus de taille normale, vide d'échos avec image latéro-utérine d'aspect hétérogène à contours flous (24cas). (Image 1et 2).
- Image latéro-utérine d'aspect hétérogène associée à un épanchement au niveau du CDS (62 cas) (Images 3et 4).

- Image latéro-utérine contenant un écho embryonnaire avec activité cardiaque positive (11 cas). (Images 5et6).
- L'échographie était non concluante dans 8 cas.

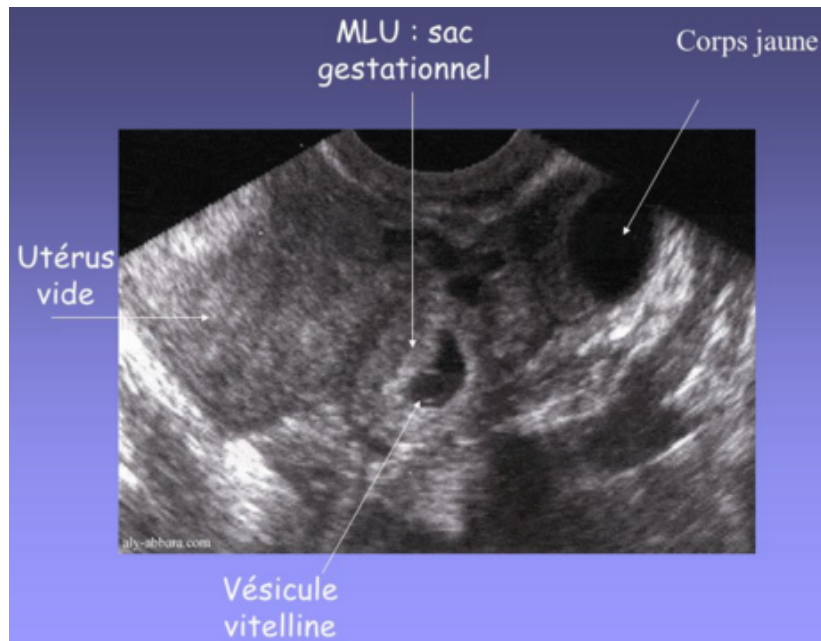


Image 1 : Utérus vide avec MLU.



Image2 : GEU d'un sac ovulaire, bordé par une couronne trophoblastique (flèche) et présentant une vésicule ombilicale (tête de flèche), entre l'utérus et l'ovaire.

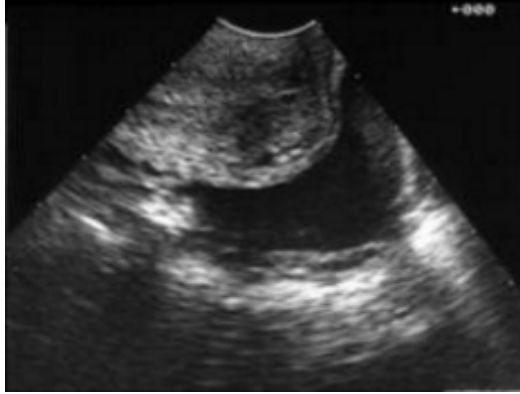


Image 3 : Image latéro-utérine d'aspect hétérogène associée à un épanchement au niveau du CDS.



Image 4 : Image hétérogène latéro-utérine droite de 30mm/27mm avec épanchement péritonéale de moyenne abondance)



Image 5 : Image échographique typique d'un sac gestationnel ectopique gauche avec activité cardiaque positive.



Image 6 : Image échographique montrant un sac gestationnel contenant un embryon de 12mm de longueur cranio-caudale (7SA et 3j) avec activité cardiaque positive.

Tableau XI : Résultats de l'échographie

<i>Résultat de l'échographie</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Fréquence %</i>
<i>Suspicion de GEU</i>	103	79,23
<i>Absence de signes en faveur de GEU</i>	2	1,54
<i>Echographie non faite</i>	25	19,23
<i>Total</i>	130	100

C- ASSOCIATION ECHOGRAPHIE ET β HCG :

L'association échographie et β HCG plasmatique était notée chez 68 cas soit 52,31 %.

D- CULDOCENTESE :

N'a pas été réalisée.

E- COELIOSCOPIE :

N'a pas été réalisée.

F- CURETAGE BIOPSIQUE DE L'ENDOMETRE :

N'a pas été réalisée.

IV . TRAITEMENT :

A- TRAITEMENT CHIRURGICAL :

Le traitement chirurgical a été réalisé chez toutes les patientes (130 cas).

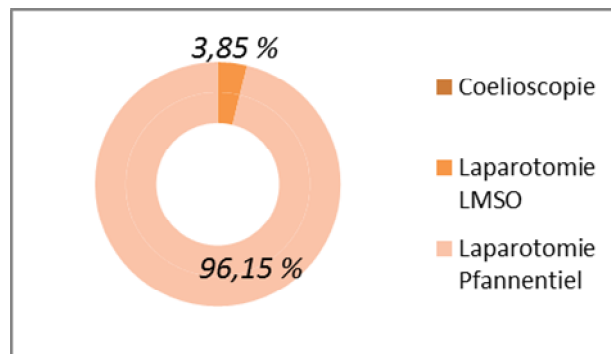
La transfusion sanguine a été faite chez 24 patientes soit 18 ,46 % des cas.

1- Voie d'abord :

La voie d'abord la plus utilisée était pfannentiel avec un taux de 96,15%.

Tableau XII : Voie d'abord

<i>Voie d'abord</i>		<i>Nombre de cas</i>	<i>Fréquence %</i>
<i>Coelioscopie</i>		0	0
<i>Laparotomie</i>	<i>LMSO</i>	5	3,85
	<i>Pfannentiel</i>	125	96,15
<i>Total</i>		130	100



Fréquence (%) des types de voie d'abord dans le traitement de la GEU

2- Situation anatomique de la GEU :

La localisation tubaire de GEU était plus fréquente avec un taux de 94,61% (123 cas).

Nous avons noté 3 cas de grossesse ovarienne, 4 cas de grossesse cornuale et aucun cas de grossesse abdominale.

Tableau XIII : Situation anatomique de GEU

<i>Siège de la GEU</i>		<i>Nombre de cas</i>	<i>Fréquence %</i>
<i>Tubaire</i>	<i>Ampulaire droite</i>	53	40,76
	<i>Ampulaire gauche</i>	44	33,85
	<i>Isthmique</i>	1	0,77
	<i>Pavillonnaire</i>	2	1,54
	<i>Interstitielle</i>	3	2,31
	<i>Sans précision</i>	20	15,38
	<i>Total</i>	123	94,61
<i>Ovarienne</i>		3	2,31
<i>Cornuale</i>		4	3,08
<i>Abdominale</i>		0	0

3- Hémopéritoine :

L'hémopéritoine a été observé chez 101 patientes soit 77,70 % avec une abondance de moins d'un litre à un taux de 77,22%.

Tableau XIV : Abondance de l'hémopéritoine (10)

<i>Abondance de l'hémopéritoine</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Fréquence %</i>
<i>≤500</i>	50	49,50
<i>500-1000</i>	28	27,72
<i>1000-1500</i>	16	15,84
<i>1500-2000</i>	4	3,96
<i>2000-2500</i>	1	0,99
<i>2500-3000</i>	2	1,98

4- Associations pathologiques :

Certaines associations pathologiques ont été constatées lors de l'exploration chirurgicale dont les adhérences représentaient 8,46 % des cas et l'hématosalpinx 4,61 %, certaines d'entre elles peuvent être à l'origine de GEU.

Tableau XV : Associations pathologiques

<i>Associations pathologiques</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Fréquence %</i>
<i>Adhérences</i>	11	8,46
<i>Kyste de l'ovaire</i>	3	2,31
<i>Hématosalpinx</i>	6	4,61
<i>Fibrome utérin</i>	0	0

5- Modalités thérapeutiques :

a- Traitement chirurgical radical :

a.1 -Résultat :

Le traitement chirurgical radical reste toujours la méthode la plus utilisée dans notre étude, réalisé chez 123 patientes (94,62%):

- 120 patientes ont subi une salpingectomie totale (92,31%).
- 3 patientes ont subi une Annexectomie (2,31 %).

Tableau XVI : Traitement chirurgical radical.

<i>Type de traitement</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Fréquence %</i>
<i>Salpingectomie totale</i>	120	92,31
<i>Annexectomie</i>	3	2,31
<i>Total</i>	123	94,62

a.2- Indications du traitement chirurgical radical :

Le traitement chirurgical radical était indiqué chez :

- Les multipares âgées ne désirant plus de grossesse (4 cas).
- Des nullipares et paucipares avec trompes inconservables (93 cas).
- Des nullipares et pauci pares devant l'impossibilité d'assurer l'hémostase (26 cas).

b- Traitement chirurgical conservateur

b.1- Résultat :

Le traitement chirurgical conservateur était institué chez 7 patientes (5,38%).

Tableau XVII : Traitement conservateur.

<i>Type de traitement</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Fréquence %</i>
<i>Salpingotomie</i>	0	0
<i>Avortement tubo-péritonéal</i>	5	3,84
<i>Ovariectomie partielle</i>	2	1,54

b.2- Indications du traitement chirurgical conservateur :

Le traitement chirurgical conservateur était indiqué chez des nullipares (3cas) et primipares (2 cas) présentant des GEU non rompues ou GEU avec trompes conservables, suivies de pauci pares et multipares (2 cas).

6- Suites post-opératoires :

Les suites post-opératoires étaient simples, sauf qu'il faut noter que 24 de nos patientes, ont reçu une transfusion sanguine de 2 à 5 culots globulaires.

B- TRAITEMENT MEDICAL:

Aucune patiente n'a bénéficié du traitement médical.

V. PRONOSTIC ET DEVENIR OBSTETRICAL:

Malheureusement dans notre étude, on n'a pas pu préciser le devenir obstétrical, puisque la plupart de nos patientes n'ont pas été revues régulièrement à la consultation.



DISCUSSION

I. ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE :

L'épidémiologie des GEU distingue les cas observés chez des femmes utilisant une contraception (Echec de la contraception), de ceux survenus sans contraception (Echec de reproduction).

Ces deux types diffèrent sur tous les plans (1,2).

A. FREQUENCE :

Après une forte augmentation entre 1970 et 1990, l'incidence de la GEU a décru globalement pendant une dizaine d'années.

Actuellement la tendance n'est pas univoque, puisque l'incidence augmente chez les femmes sans contraception alors qu'elle diminue chez les autres.

Chez les femmes sans contraception, les deux principaux facteurs de risque de GEU sont d'une part les antécédents d'infection génitale ou de chirurgie tubaire et d'autre part le tabagisme surtout actif. (1,2).

Dans notre série, cette incidence est de l'ordre de 0,24%.

Tableau XVIII : Fréquence de GEU selon les auteurs.

Auteurs (référence)	Lieu et années d'étude	Fréquence (%)
MONNIER (3)	France 1976-1983	0,95
JOB-SPIRA (4)	France 1992	2,02
BEN HMID RIM(5)	TUNISIE 1998-2003	0,82
SY T(6)	GUINÉE 2005-2006	1,4
M.NAYAMA (7)	NIGER 1999-2001	2,32
MALTOUF (8)	Essaouira 1990-1993	0,95
ZAGHLOUL(9)	MAROC (CASABLANCA) 2000-2005	0,65
RAFIA(10)	MAROC (CASABLANCA) 2003-2005	0,92
MEHDIOUI (11)	MAROC (Rabat) 1994-1999	0,34
MIMOUNI (12)	MAROC(Fès) 2006-2007	0,83
FERKOUS(13)	MAROC(Rabat) 2004-2009	0,29
Notre série	MAROC (kénitra) 2012-2015	0,24

L'incidence de la GEU dans notre série ne concorde pas avec celle de la littérature qui varie entre 0.51 et 2%.

Elle est loin de celle rencontrée en France MONNIER (3) et JOB-SPIRA (4) ce qui peut être rattaché à la différence significative de nombre d'accouchements annuels dans les deux séries qui va biaiser l'incidence de la GEU, mais aussi à l'influence du tabac et à la fréquence des IST.

On partage par contre la même incidence avec certaines séries marocaines FERKOUS (13) et MEHDIOUI (11), ce qui peut faire évoquer l'influence de certains facteurs géographiques, ethniques et environnementaux.

B. AGE :

Le risque de GEU augmente avec l'âge progressivement, cette association disparaît après l'âge de 40 ans, l'âge a longtemps été suspecté comme facteur de risque de grossesse extra utérine mais beaucoup d'études ont fourni des résultats contradictoires.

Certaines études expliquent cette association par le fait que la probabilité d'exposition à la plupart des facteurs de risque augmente avec l'âge.

Au contraire d'autres études n'observent cette association qu'après mise au point des principaux facteurs de risque et suggèrent que l'âge joue un rôle plus important que la probabilité d'exposition aux principaux facteurs de risque avec l'âge.

On a pu montrer par des ajustements statistiques appropriés dans différentes séries, que c'est bien l'âge et non pas le cumul avec l'âge d'exposition à des facteurs de risque, qui explique l'augmentation du risque de GEU. (1).

La relation de GEU avec l'âge amène à rechercher d'autres facteurs comme ces anomalies caryotypiques. (1).

Les changements liés à l'âge de la fonction tubaire exposent les patientes au risque de grossesse extra utérine. (14).

Dans notre étude, L'Age de nos patientes variait entre 16 et 45 ans, avec une prédominance de la tranche d'âge 21-35 ans.

Ces résultats concordent avec ceux de la littérature car la plupart des études faites sur la GEU convergent à ce que la tranche d'âge 25-35 ans est la plus concernée par la GEU. (3,7,9,13).

La moyenne d'âge de nos patientes était de 31 ans, identique à celle de MIMOUNI (12) à Fès.

Tableau XIX : Age des patientes dans la littérature et dans notre série.

Auteurs (référence)	Lieu d'étude	Age moyen (années)	Ages extrêmes (années)	Age de l'incidence maximale (années)
MONNIER (3)	France	29	19-43	23-34
JOB-SPIRA (4)	France	31,4	–	–
BEN HMID RIM(5)	TUNISIE	31	25-40	25-29
SY T(6)	GUINÉE	28,97	15-42	25-29
M.NAYAMA (7)	NIGER	29,5	15-44	25-34
ZAGHLOUL(8)	MAROC (CASABLANCA)	31	–	30-34
RAFIA(9)	MAROC (CASABLANCA)	30	17-43	27-36
MIMOUNI (12)	MAROC (FES)	31	20-42	20-30
FERKOUS(13)	MAROC (RABAT)	32	19-45	25-36
Notre série	MAROC (kénitra)	31	16-45	21-35

C. PARITE :

Dans la majorité des études, le nombre de survenue de GEU est plus important Chez les nullipares et les pauci pares.

Alors que chez les multipares cette fréquence est nettement plus inférieure.

Dans notre série, les nullipares représentaient 36,15 % suivies des primipares à 30 %.

Ces résultats concordent avec ceux retrouvés par RAFIA(9) et MIMOUNI (12) dans leurs séries.

Tableau XX : Fréquence de la GEU en fonction de la parité selon les auteurs.

Auteurs (référence)	Nullipares (%)	Primipares(%)	Seconde Pare (%)	Multipare (%)
MONNIER (3)	31,3	30,3	–	38,3
BEN HMID RIM(4)	35	–	–	–
M.NAYAMA(7)	15,4	20,3	41,2	9,1
RAFIA(9)	33,72	29,07	20,93	16,28
MEHDIOUI (11)	35,83	26,66	14,16	14,33
MIMOUNI (12)	36.11	22	62	14
FERKOUS(13)	36,75	35,18	13,67	15,38
Notre série	36,15	30	18,46	15,39

D. ANTECEDENTS (FACTEURS DE RISQUE) :

La GEU est une pathologie multifactorielle. La réalisation de nombreuses enquêtes épidémiologiques a permis de mieux connaître les facteurs de risque les plus incriminés qui sont :

1-Médicaux :

a-Les infections génitales :

Les salpingites et les IST, et en particulier les infections à chlamydia trachomatis réalisent un processus inflammatoire chronique. Le risque de GEU après infection est multiplié par 2 à 8 selon les études réalisées, ces infections détériorent la captation de l'œuf et son transport par soudure des franges ampullaires adhérentes intra-tubaires ainsi que la déciliation, l'épaississement de la paroi tubaire et l'élargissement de la lumière tubaire. (15,16).

Le germe le plus fréquemment en cause semble être le Chlamydia trachomatis, du fait de la latence et de la chronicité de ce type de salpingite d'une part et des dommages tubaires importantes qu'il peut engendrer même à de faibles degrés d'inflammation de l'autre part.

Le rôle directement causal de l'infection génitale est très vraisemblable : on a ainsi observé en Suède une diminution de l'incidence de GEU après des actions de prévention qui avaient fait diminuer le taux d'infections génitales à chlamydia. (14).

Dans notre étude, le taux de salpingites et des IST représentait 8,46 %, cela reflète probablement la méconnaissance et le retard diagnostique des salpingites dans notre contexte.

Tableau XXI : Salpingites et IST selon les auteurs

Auteurs (référence)	Salpingites et IST(%)
JOB-SPIRA (4)	13
BEN HMID RIM(5)	16.8
SY T(6)	88,2
M.NAYAMA(7)	18,9
RAFIA(10)	16,27
MEHDIOUI(11)	30
MIMOUNI(12)	17.52
FERKOUS(13)	11,11
Notre série	8,46

2-Chirurgicaux :

Chirurgie abdomino-pelvienne:

En raison des adhérences péritonéales et péritubaires qu'elle peut engendrer, la chirurgie abdomino-pelvienne est considérée comme facteur non négligeable dans la survenue de la GEU. (18).

L'association observée entre appendicectomie et GEU pourrait s'expliquer par l'infection péritonéale concomitante de l'appendicite et par des adhérences pelviennes.

Dans notre série, 2 patientes avaient un antécédent d'appendicectomie soit 1,54 %.

3-Gynéco-obstétricaux :

a-Avortement spontané et IVG :

AS : L'interprétation peut être un rôle direct via des infections survenues au moment de la fausse couche mais plus probablement la présence de facteurs communs aux fausses couches et aux GEU (facteurs hormonaux par exemple) (1).

IVG : les études les plus anciennes trouvaient une association forte, mais elles ont été réalisées dans des pays et à des époques où l'IVG était illégale, et on peut donc craindre une sous déclaration des IVG ou une fréquence élevée de complications infectieuses.

La majorité des études en particulier américaines ne trouvaient pas d'association, mais elles portaient sur des effectifs trop petits pour avoir une puissance suffisante, deux études françaises observent un lien entre l'antécédent d'IVG et le risque de GEU. (19,20).

La première ne comportait que des IVG chirurgicales, ce qui conduisait à privilégier l'hypothèse d'une contamination infectieuse au moment de l'IVG mais la seconde trouve que seuls les ATCDS d'IVG médicale sont associés au risque de GEU.

L'hypothèse infectieuse ne doit pas être complètement abandonnée car la prophylaxie antibiotique n'est pas la même pour les IVG chirurgicales ou médicales.

Une interprétation définitive reste cependant à trouver et ces résultats doivent être confirmés par d'autres études. (1).

Dans notre étude, la fréquence des AS et des IVG est respectivement de 17,69% et 3,85%.

Nos résultats sont nettement inférieurs aux résultats de la littérature.

Tableau XXII : Antécédents AS et IVG selon les auteurs.

Auteurs (référence)	AS et IVG	Fréquence (%)
MONNIER (3)	AS	25,2
	IVG	9,6
A.KARAER et Al (14)	AS	16,5
	IVG	22,2
BEN HMID RIM(5)	AS	28,5
	IVG	14
SY T (6)	AS	–
	IVG	43,1
M .NAYAMA (7)	AS	16,8
	IVG	–
ZAGHLOUL (9)	AS et IVG	16,92
RAFIA(10)	AS	20,93
	IVG	1,16
MEHDIQUI(11)	AS	24,16
	IVG	6,66
MIMOUNI (12)	AS	25.77
	IVG	13
FERKOUS(13)	AS	23
	IVG	7,69
Notre série	AS	17,69
	IVG	3,85

b-Antécédents de GEU :

Le risque de GEU est multiplié par 10 en cas d'antécédents de GEU ; la cicatrice tubaire laissée par la précédente GEU et par son éventuel traitement chirurgical conservateur peut suffire à expliquer une récurrence (15,21).

En fait, cette récurrence semble être très influencée par les facteurs intrinsèques qui ont contribué à générer la première GEU (1,22).

Dans notre série, 3 patientes avaient un antécédent de GEU, soit 2,31 %.

Tableau XXIII : Antécédent de GEU selon les auteurs

Auteurs (référence)	Récidive GEU (%)
JOB SPIRA (4)	9
BEN HMID RIM(5)	6,4
SY T (6)	7,8
M .NAYAMA (7)	3,5
RAFIA (10)	3,48
MEHDIOUI (11)	6,66
MIMOUNI (12)	5.15
FERKOUS(13)	6,83
Notre série	2,31

c -Infertilité :

Les femmes ayant des ATCDS d'infertilité (définie selon les auteurs par un ou deux ans de recherche infructueuse de grossesse) ont un risque plus élevé de GEU que les autres.

L'infertilité qu'elle soit primaire ou secondaire représente un facteur de risque de GEU. (74).

Cependant l'interprétation de ce résultat pose deux problèmes : d'une part ; il est difficile de séparer l'effet des traitements de l'infertilité, notamment l'induction de l'ovulation, et celui de l'infertilité elle-même.

D'autre part, les liens de l'infertilité et la GEU sont complexes, puisque la GEU est à la fois cause et conséquence de l'infertilité.

On peut donc, supposer l'existence de facteurs communs à l'infertilité et au risque de GEU. (17,20).

Dans notre travail, nous avons relevé 5,38 % de stérilité primaire et 2,31 % de stérilité secondaire.

Tableau XXIV : Infertilité et GEU selon les auteurs.

Auteurs (référence)	Stérilité (%)
JOB-SPIRA (4)	19
BEN HMID RIM(5)	11,5
SY T (6)	11,7
ERREGRAGUI (23)	16,44
RAFIA (10)	12,79
MEHDIOUI (11)	19,1
MIMOUNI (12)	13.4
FERKOUS(13)	5,12
Notre série	7,69

d-Chirurgie tubaire:

L'antécédent de chirurgie tubaire ou de traitement chirurgical préalable d'une grossesse extra-utérine représente également un risque important de grossesse extra-utérine.

On observe un retard de migration de l'oeuf en cas de cicatrice de chirurgie tubaire caractérisée par une zone fibrosée, dénervée et déciliée, ainsi la fréquence des GEU tubaires après plastie tubaire varie selon les études de 3 à 10% (17).

Mais la forte corrélation entre GEU et chirurgie tubaire est délicate d'interprétation car cette pratique s'adresse à des affections tubaires elles-mêmes facteur de risque de GEU (1,17).

Cependant, la chirurgie tubaire est en général pratiquée pour traiter des pathologies tubaires ou une grossesse extra-utérine. Il est donc difficile de savoir si c'est le geste chirurgical qui est en cause ou les conditions qui ont amené à pratiquer ce geste chirurgical c'est-à-dire la maladie tubaire. (24).

Dans notre série, 2 patientes avaient un antécédent de chirurgie tubaire soit 1,54 % des cas.

e-Traitement de la stérilité :

La GEU survenant après fécondation in vitro est un phénomène de plus en plus fréquent depuis l'essor de la procréation médicalement assistée. La première implantation réussie après FIV et transfert d'un embryon humain a eu lieu en 1976 et il s'agissait d'une grossesse ectopique tubaire droite. (25).

Pour autant, il n'a jamais été démontré que la FIV constituait un facteur de risque de GEU, car dans la technique même de la FIV, que ce soit au stade de stimulation ovocytaire ou bien que ce soit au stade de transfert de l'embryon, il n'a pas été repéré de façon formelle de facteur favorisant l'implantation ectopique des embryons.

Néanmoins, les GEU sur FIV sont fréquentes chez les patientes pour lesquelles, l'indication de la FIV est liée à une pathologie tubaire, les lésions tubaires pourraient être responsables d'une béance isthmique de la trompe permettant le passage plus facile de l'embryon vers l'ampoule au moment de la réimplantation.

De même ; il est noté une fréquence plus élevée des GEU sur FIV chez des patientes ayant une progestéronémie élevée au moment de la réimplantation.

Le citrate de clomifène en tant qu'inducteur de l'ovulation serait un pourvoyeur de GEU (21,26,27).

Dans notre série, 2 patientes ont été traitées par inducteurs de l'ovulation soit 1,54%.

f-Stérilisation tubaire :

Plusieurs études ont mis en évidence le rôle favorisant de la stérilisation tubaire dans la survenue de GEU (28,29).

Ce risque dépend principalement de la méthode de stérilisation adoptée, notamment l'électrocoagulation (30).

Les mécanismes invoqués sont multiples : (31)

- Obturation tubaire incomplète déformant la structure tubaire et gênant le transport de l'œuf.
- Reperméabilisation tubaire spontanée avec reconstitution anormale de la lumière.
- Formation d'une fistule tubo-péritonéale avec perturbation des flux tubaires.

Le taux de GEU varie de 16 à 76% des cas de grossesse après ligature tubaire.

Le taux de GEU est différent en fonction des techniques chirurgicales:

- 0,65% pour la coagulation bipolaire;
- 0,20% pour la salpingectomie partielle du postpartum ;
- 0,15% pour la coagulation unipolaire (24).

g-Endométriose:

C'est un facteur de risque indiscutable, elle entraîne des adhérences péri-annexielles produisant des coudures tubaires et un épaississement des franges (10,15,16).

4-Tabac:

C'est le second grand facteur de GEU, l'association est très forte avec une relation causale et de type dose-effet (1) avec un risque multiplié par 2 entre 10 et 20 cigarettes par jour, et multiplié par 3 après 20 cigarettes par jour (21,33).

Le tabac présente plusieurs actions sur la trompe utérine; on évoque d'une part un rôle direct de la nicotine par:

- Retard à la captation de l'ovocyte et diminution de la fréquence des battements des cils tubaires.
- Altération de la contractilité tubaire allongeant aussi le temps de transit tubaire.

Et d'autre part un rôle indirect sur l'équilibre œstro-progestérone qui influence le péristaltisme tubaire par un effet anti-œstrogénique (1, 14, 32).

Il semble que le rôle du tabac soit en partie transitoire puisque l'arrêt ramène le risque de GEU à un niveau intermédiaire entre les fumeuses et les femmes n'ayant jamais fumé (1,19).

Le pourcentage de GEU attribuable au tabagisme au moment de la grossesse est de l'ordre de 20 % (34).

Dans notre série, aucun antécédent de tabagisme n'a été noté.

E- MODE DE CONTRACEPTION :

1-Contraception orale :

La pilule du lendemain expose à un risque de GEU de 10 %.

Les œstrogènes provoquent un spasme musculaire au niveau de l'isthme tubaire.

Les progestatifs micro dosés en prise continue augmentent le risque de GEU en raison de leur action inhibitrice sur les contractions musculaires de la trompe et l'atrophie de l'endomètre (17,18).

L'explication réside probablement dans l'atteinte des fractions tubaires associée à l'absence de l'inhibition de l'ovulation, car les microprogestatifs agissent par la coagulation de la glaire cervicale, provoquent l'atrophie de l'endomètre, et diminuent le péristaltisme tubaire mais respectent l'ovulation (35).

Le Diethylstilbestrol administré comme pilule du lendemain a été incriminé par certains auteurs comme facteur de risque de GEU (28).

Dans notre série, 33 patientes étaient sous contraception orale soit 25,38 %.

Tableau XXV : Contraception orale et GEU.

Auteurs (référence)	Fréquence (%)
SY T (6)	7,8
M.NAYAMA (7)	13,3
ERREGRAGUI (23)	12,19
ZAGHLOUL (9)	10,76
RAFIA (10)	26,74
MEHDIOUI(11)	20,83
MIMOUNI (12)	32.5%
FERKOUS(13)	17,94
Notre série	25,38

2-Dispositif intra-utérin (DIU) :

La mise en cause du DIU dans la genèse de GEU, semblerait s'expliquer par sa capacité de mieux prévenir les GIU que les GEU (1,4,36).

Cependant, le stérilet a un rôle propre sur la survenue de GEU, d'une part, par l'intermédiaire d'une inflammation persistante ou des infections pelviennes asymptomatiques ; d'autre part, le stérilet à la progestérone augmente le risque relatif de GEU en comparaison avec d'autres stérilets (1,21).

Tableau XXVI: DIU et GEU

Auteurs (référence)	DIU (%)
MONNIER (3)	26
JOB-SPIRA (4)	31
BEN HMID RIM(5)	36,3
ERREGRAGUI (23)	8,53
RAFIA (10)	4,65
MEHDIOUI (11)	3,33
MIMOUNI (12)	18.55
FERKOUS(13)	1,7
Notre série	2,31

La notion d'utilisation de DIU dans notre série est similaire à celle de rabat: MEHDIOUI(11) et FERKOUS(13), diminuée par rapport à celle de la Tunisie BEN HMID RIM(5) et des autres villes marocaines: casa ERREGRAGUI (23) et RAFIA (10) et Fès MIMOUNI (12).

Au total, la connaissance de l'ensemble des facteurs de risque a permis de construire une échelle de risque de GEU.

Elle donne le risque absolu, c'est à dire la probabilité de GEU pour une femme enceinte sans contraception venant consulter.

Le calcul de ce risque est indiqué sur la figure ci-dessous.

Echelle de risque de GEU d'après (COSTE) (1)

1. Calculer le score (nombre de points) pour chaque facteur de risque :						
Âge (ans)	Points	Tabac (cig/j)	Points	Autres facteurs	Points	
					OUI	NON
< 35	0	0	0			
35-39	3	1-20	2	Antécédent de GEU	10	0
≥ 40	6	> 20	4	Endométriose	9	0
				Antécédent d'infection ¹	8	0
				Clomifène	7	0
				Chirurgie tubaire	4	0

¹ Antécédent de salpingite (confirmée ou non), et/ou sérologie à *Chlamydia trachomatis* positive (≥ 1/64)

2. Additionner les points et lire le risque absolu de GEU selon le nombre de points :

0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48
1%	2%	2%	3%	5%	7%	11%	15%	21%	28%	37%	47%	57%	66%	74%	81%	87%	91%	93%	96%	97%	98%	99%	99%	99%

Par exemple, une femme de 36 ans, fumant 25 cigarettes/jour, avec antécédent de GEU et une grossesse induite par le clomifène aura un score de 3 + 4 + 10 + 7 = 24, soit un risque de GEU de 57 %.

II. ETUDE CLINIQUE :

Les symptômes cliniques évoquant une GEU ne sont pas toujours typiques, allant de la forme pauci-symptomatique à la forme habituelle comportant la triade classique, retard des règles, algies abdomino-pelviennes et métrorragies, jusqu'au tableau de l'hémorragie cataclysmique.

Le nombre important d'examen paracliniques qui sont proposés pour faire le diagnostic de cette affection traduit bien les limites de la clinique.

De ce fait la GEU doit être évoquée devant toute femme en période d'activité génitale présentant des signes d'appel.

A .SIGNES FONCTIONNELS :

La symptomatologie clinique de la GEU est extrêmement variable allant de la forme asymptomatique à l'état de choc hémorragique.

Le tableau classique associe douleurs pelviennes, aménorrhée et métrorragies.

1-Douleurs pelviennes :

Symptôme le plus fréquent, elles sont présentes dans plus de 90 % des cas.

Elles sont le plus souvent latéralisées à une des deux fosses iliaques contrairement la douleur de la fosse couche qui est médiane (38).

Aucune séméiologie douloureuse n'est spécifique de la GEU, la douleur pouvant même être absente. Cependant la présence des scapulalgies qui appartiennent au syndrome péritonéal et correspondent à l'irritation diaphragmatique par l'hémopéritoine doivent faire suspecter une GEU rompue (37,38).

Dans notre série, ce symptôme représentait 88,46 %.

2- Métrorragies :

Elles sont classiquement de couleur brune, sépia, peu abondante et récidivante.

Elles sont la conséquence d'une stimulation hormonale inadéquate de l'endomètre décidualisé (30, 31, 39).

Elles peuvent être absentes ou au contraire abondantes simulant une fausse couche (40).

Ces métrorragies peuvent être atypiques : (3)

- Par leur aspect : rouge cailloté simulant une menace d'avortement.
- Par leur chronologie : Coïncidant avec la date des menstruations.

Ce symptôme est retrouvé dans notre série chez 110 patientes soit 84,61%.

3- Aménorrhée :

Elle se rencontre chez 70 % des cas. Elle n'est parfois pas reconnue par la patiente (40).

Dans notre série, on la retrouve chez 78 patientes soit 60%.

4- Association douleurs pelviennes+ métrorragies + aménorrhée:

Cette triade correspond selon plusieurs auteurs aux formes évoluées.

Dans notre étude, cette association est retrouvée chez 52 patientes soit 40 % des cas.

Tableau XXVII: les signes fonctionnels de la GEU.

Auteurs (référence)	Algie %	RDR %	Métrorragies %	Association %
BEN HMID RIM(5)	79,2	72,7	79,2	–
SY T(6)	92,2	98	62,7	–
M.NAYAMA(7)	100	89,5	80,4	–
MALTOUF (8)	96,2	93,7	56,2	38,9
ZAGHLOUL (9)	90,76	70	70	–
RAFIA (10)	88,37	66,28	77,9	44,18
MEHDIOUI (11)	87,5	72,5	79,16	46,66
MIMOUNI (12)	96.9	56.7	68.04	38.14
FERKOUS(13)	91,5	63,24	70	35
Notre série	88,46	60	84,61	40

Notre série rejoint la littérature dans le sens où la douleur est le signe d'appel le plus rencontré, son incidence varie de 79 à 100% selon les différentes séries.

Les métrorragies et l'aménorrhée viennent en seconde place pour les différents auteurs.

Le tableau typique associant la triade : métrorragie, douleur et aménorrhée ne dépasse pas 46% des cas, ce qui affirme que la GEU reste une grande simulatrice.

5- Autres signes fonctionnels :

Il ne sont rencontrés que chez une minorité de patientes ; ils sont inconstants et ne renseignent, en aucun cas, sur le siège de la gestation (30).

Toute syncope, lipothymie ou malaise survenant chez une femme en âge de procréer doit faire systématiquement évoquer la grossesse extra utérine, ces signes sont des signes de gravité et évoquent un hémopéritoine (38,42).

Des épisodes de douleur de l'hypocondre droit dans les antécédents doivent être recherchés et feront évoquer un syndrome de Fitz-Hug-Curtis dû à la migration de *Chlamydia trachomatis* dans le repli du péritoine rétro hépatique (adhérences en cordes de violon entre le foie et la paroi abdominale) (38,41).

Un ténesme évoque une hématocele mais n'est pas spécifique de la GEU (38).

L'expulsion vaginale de la caduque utérine est rare mais possible. Elle simule alors l'expulsion d'un sac intra utérin (fausse couche spontanée) et est source d'erreur diagnostique. Seul l'examen anatomopathologique permet de redresser le diagnostic (13,42).

B. SIGNES GENERAUX :

1-Tension artérielle et fréquence cardiaque:

Chez la femme jeune, la tachycardie (fréquence cardiaque > 90) précède la baisse de la tension artérielle qui, même en cas de rupture tubaire, est tardive.

Ceci est un point essentiel, chez la femme en âge de procréer une hémorragie interne se traduit d'abord par une tachycardie avec une tension artérielle conservée.

Une tension artérielle normale ne permet pas d'exclure un hémopéritoine (27).

Dans les pays développés l'état hémodynamique est le plus souvent satisfaisant car la plupart des GEU sont diagnostiquées avant la rupture tubaire (31). Ce qui est différent des constats des études des pays en voie de développement où le diagnostic est fait tardivement et les femmes sont, dans une grande partie, admises dans un tableau de choc hémorragique : MIMOUNI (12) a signalé la présence d'un état de choc dans 22,68 % des cas, RAFIA (10) dans 19,76 % des cas.

Dans notre étude, l'état de choc a été retrouvé chez 6,92% des cas.

2- Etat des conjonctives :

Une pâleur conjonctivale associée à un état de choc peut être en rapport avec une anémie aiguë suite à la rupture de la GEU.

Dans notre étude, 10 % avaient des conjonctives décolorées (13cas).

3- Température :

La température élevée peut errer le diagnostic de GEU en pensant à un problème infectieux (82). Dans notre étude, une fièvre supérieure à 38,5 °C a été constatée chez 5 patientes, soit 3,84 % des cas.

C. SIGNES PHYSIQUES:

L'examen clinique et l'interrogatoire à eux seuls sont insuffisants pour diagnostiquer une GEU, mais ils permettent de la soupçonner devant des tableaux très polymorphes et de pratiquer le bilan para clinique nécessaire (43).

1- Examen abdominal:

L'abdomen est généralement plat et souple, mais un petit météorisme peut être constaté dans les formes vues tardivement (30).

Deux signes semblent utiles sous l'abord positif, ce sont :(43)

- La présence d'une douleur de rebond ou d'une défense à la palpation témoignant de l'irritation péritonéale.
- La présence d'une douleur à la mobilisation utérine.

Dans notre série, 46,15 % des patientes ont présenté une sensibilité sus pubienne 24,61% une douleur d'une fosse iliaque avec dans 3,85% des cas une défense abdominale.

Tableau XXVIII : Résultats de l'examen abdominal selon les auteurs

Auteurs (référence)	Sensibilité abdominale %	Défense abdominale %
BEN HMID RIM(5)	74	7.7
TAZI (44)	–	63.8
MEHDIOUI (11)	23,3	36,6
MIMOUNI (12)	42.22	55.61
FERKOUS(13)	34	7,69
Notre série	46,15	6,93

2- Examen obstétrical:

Examen au spéculum :

Il confirme l'origine endo-utérine des saignements et montre un col violacé gravide avec un canal cervical fermé (38) et élimine donc le diagnostic de fausse couche en cours (40).

Dans notre étude, l'examen au spéculum n'a pas été réalisé.

Le toucher vaginal:

Combiné au palper hypogastrique, il retrouve :

- Un utérus gravide, le plus souvent de taille normale, moins volumineux que ne le voudrait le terme de la grossesse,
- Parfois une masse unilatérale, latéro-utérine de texture molle, mal limitée et sensible au toucher ou simplement un cul de sac vaginal moins souple, mais sans masse nette,
- Au niveau du cul de sac de Douglas, le toucher peut entraîner une vive douleur témoignant de la présence de sang.

Éventuellement, il existera également une douleur à la mobilisation utérine(45).

Dans notre série :

-L'augmentation de la taille utérine n'est retrouvée que dans 20% des cas

Cependant l'état de l'utérus était non précisé chez 35,38% des cas.

-La MLU a été retrouvée dans 27,69% des cas. (Résultat identique à celui de Rabat MEHDIOUI(11)).

-L'empatement annexiel dans 3,08 % des cas. (Résultat bien inférieur à ceux retrouvés dans la littérature).

-Des CDS bombants et/ou douloureux dans 17,69 % des cas.

(Résultat supérieur à Rabat FERKOUS (13) mais bien inférieur à ceux retrouvés dans les autres pays et les villes marocaines).

Tableau XXIX: Examen obstétrical selon les auteurs.

Auteurs (référence)	MLU %	Empatement annexiel %	CDS bombants et/ou douloureux %
MONNIER (3)	–	64	–
BEN HMID RIM(5)	7,7	–	61
SY T (6)	29,4	–	72,5
ERREGRAGUI (23)	21,95	36,58	47,56
M NAYAMA(7)	–	–	41,95
ARRACH(42)	11,11	33,33	77,77
RAFIA (10)	20,93	27,9	33,72
MEHDIOUI (11)	25,8	16,6	43,3
MIMOUNI (12)	10,3	21,64	64,5
FERKOUS(13)	6	7	7
Notre série	27,69	3,08	17,69

Cri de Douglas au toucher rectal :

Le classique « cri de Douglas » témoigne d'un hémopéritoine et est relativement tardif(30).

Le TR est pratiqué chez 13 patientes, et a révélé le cri de Douglas dans 10% des cas.

III. PARACLINIQUE :

En raison du risque vital lié au non-diagnostic de la GEU, les examens complémentaires doivent combiner une très bonne spécificité avec la meilleure sensibilité possible, afin d'éviter les actes opératoires inutiles tout en limitant les ruptures tubaires et les interruptions à tort des GIU (46).

Ces examens vont permettre de répondre à deux questions essentielles qui résument le principe de diagnostic de grossesse ectopique :

- Existe-t-il une grossesse ?
- Quelle est sa situation ?

A. MARQUEURS BIOLOGIQUES :

1-Dosage de β HCG plasmatique :

L'hCG est une hormone sécrétée par les cellules trophoblastiques quel que soit le site d'implantation de la grossesse. Elle assure le maintien du corps jaune et la production par celui-ci des hormones stéroïdiennes.

Elle est composée de deux sous-unités alpha et beta. La sous unité alpha a une structure identique à celle de sous-unités de luteinizing hormone (LH) follicule stimulating hormone (FSH) et thyroïd stimulating hormone (TSH).

La sous-unité bêta, contrairement à la sous-unité alpha, assure la spécificité d'action (47,48).

Le taux sérique d'hCG atteint sa valeur maximale entre 8 et 10 semaines de grossesse, puis décroît.

L'utilisation d'anticorps monoclonaux anti-hCG permet de dépister et de quantifier l'hCG dans le plasma dès le 8^{ème} jour post ovulatoire, soit dès le 22^{ème} jour du cycle, donc avant le retard de règles.

Mais la valeur absolue de l'hCG ne renseigne ni sur le siège ni sur le terme de la grossesse.

Dosage qualitatif :

Le seul examen qui, négatif, permet d'exclure le diagnostic de GEU.

Dosage quantitatif:

Un unique dosage d'hCG ne permet pas de diagnostiquer le siège d'une grossesse. Des taux de 10 à plus de 100 000 UI/l sont observés dans les GEU (40, 49).

Cinétique des β -hCG:

Elle a un intérêt diagnostique. Lorsque l'échographie endo-vaginale ne permet pas de préciser la localisation, la répétition des dosages dans un même laboratoire et leur comparaison sont informatives (42,47). Dans cette

circonstance, trois diagnostics sont possibles : la GEU, GIU et la fausse couche spontanée (50).

Le temps de doublement des β -hCG est de 48 heures dans la plupart des GIU évolutives, mais 20,8 % des GEU ont un taux de doublement normal et 8 % des GEU ont une cinétique des β -hCG compatible avec une FCS. Ce qui rend l'interprétation des dosages délicat, il existe plusieurs profils évolutifs en cas de GEU : (42,47)

- Les GIU évolutives ont une augmentation du taux d'hCG au moins égale à 53 % à deux jours. Toutefois, une élévation de plus de 53 % du taux d'hCG plasmatique en 48 heures ne permet pas d'exclure une GEU (21 % des GEU).

- Les fausses couches spontanées ont au minimum une chute du taux d'hCG de 21-35 %. La stagnation ou la faible progression du taux d'hCG est en faveur d'une GEU (71 % des GEU). Cependant, 8 % des GEU ont une décroissance rapide du taux d'hCG comparable à celle observée dans la FCS.

Seuil de discrimination:

Le seuil de discrimination est défini comme la valeur d'hCG la plus faible au-delà de laquelle un sac endo-utérin peut toujours être visualisé en échographie endovaginale.

Il a été proposé pour la première fois par Nicholas Kadar en 1981(46, 51).

Grace à l'amélioration de la résolution des échographies et à l'utilisation de sondes endovaginales, ce seuil est passé de 6000 UI/l en 1981 à 1500 UI/l en 2000.

Ce seuil n'est pas influencé par les signes cliniques de la patiente, en revanche les signes échographiques (existence d'une masse annexielle ou d'un épanchement du douglas) ont un impact sur le choix du seuil, en effet en l'absence de ces derniers le meilleur seuil est de 2000 UI/l et en cas de leur présence le seuil doit être de 1500 UI/l (46,52).

Au-dessus de ce seuil, le diagnostic de GEU est porté s'il n'y a pas de sac gestationnel visible dans l'utérus.

En dessous de ce seuil, l'échographie est peu informative. Le dosage de β -hCG devra être répété toutes les 48 heures, dans le même laboratoire.

La confrontation de la cinétique des β -hCG et de l'échographie reste primordiale(40).

Dans notre série, ce dosage était réalisé chez 69 patientes avec des taux significatifs dans 53,08% des cas.

2-Dosage de la progestérone plasmatique :

La progestérone est principalement synthétisée par le corps jaune stimulé par des facteurs lutéotrophiques émis par l'embryon implanté.

La progestéronémie se distingue de l'hCG par deux caractéristiques : elle reste relativement stable durant les huit premières semaines de gestation et sa demi vie est courte (10min) (40).

Elle permet d'exclure le diagnostic de GEU avec une sensibilité de 97,4 % lorsque son dosage est supérieur à 25 ng/ml. (53).

Elle permet également d'exclure le diagnostic de GIU évolutive lorsque son taux est inférieur à 5 ng/ml. (53).

Ainsi entre 5 et 25 ng/ml, la viabilité et la localisation de la grossesse doivent être confirmées par l'échographie(46).

En revanche la progestéronémie n'apparaît pas de grande importance dans la surveillance post-opératoire des GEU et ne peut pas remplacer le dosage de β HCG dans la surveillance post opératoire(68).

Dans notre série, aucune patiente n'a bénéficié de ce dosage.

3- Numération formule sanguine (NFS) :

Elle montrera une anémie en cas d'hémorragie intra-péritonéale. Elle n'a aucune valeur diagnostique, mais pourrait être utile pour instaurer des mesures de réanimation et de transfusion (55,56).

Dans notre série, la NFS a révélé une anémie chez 51 patientes, parmi lesquelles, 24 patientes ont nécessité une transfusion sanguine.

4- Autres marqueurs biologiques :

a- Dosage de la Créatine Kinase (CK) :

La créatinine kinase est une enzyme contenue dans les cellules musculaires lisses tubaires. Les auteurs qui ont proposé ce dosage, expliquent qu'en cas de GEU, le zygote pénètre l'épithélium tubaire et du fait de l'absence de couche sous muqueuse dans la trompe, il est immédiatement en contact avec la musculature tubaire et entraîne la libération de créatinine kinase.

Plusieurs études ont recherché la valeur prédictive du taux de créatinine kinase pour le diagnostic de GEU, mais aucune étude n'a eu pour objet de valider un seuil prédéfini (42).

Les études sont discordantes; ainsi pour un seuil de 45 UI/l les spécificités vont de 67 à 100% ; pour d'autres une spécificité de 100 % n'est atteinte que pour un seuil de 75 UI/l.

Actuellement en dehors de protocoles de recherche, ce dosage n'a pas sa place dans le cadre du diagnostic de GEU (13, 40,42).

b- Dosage de la rénine plasmatique :

La rénine plasmatique semble être un bon paramètre, en effet son taux est significativement plus bas dans les GEU que dans les GIU évolutives et dans les FCS.

Par ailleurs, la valeur prédictive positive de l'association rénine- β HCG plasmatique est de 75 %, au lieu de 42 % pour β HCG seul.

Enfin, une valeur de rénine active plus élevée que 33pg/ml semble être capable d'exclure le risque de GEU (46,22).

c- Dosage de la fibronectine foetale (FFN) :

La fibronectine foetale est produite par le trophoblaste, mise en évidence en particulier au niveau de la matrice extracellulaire de la zone d'insertion placentaire ou au niveau des membranes(13).

En cas d'anomalies au niveau de la zone d'insertion placentaire ou au niveau des membranes, la fibronectine augmente dans les sécrétions vaginales (46).

Il paraît que sa détection dans les sécrétions cervico-vaginales donne de médiocres sensibilité et spécificité en matière de GEU, ce qui limite son utilisation par la plupart des auteurs (55, 56, 57).

B. ECHOGRAPHIE :

Le progrès de l'imagerie, avec notamment l'échographie vaginale, le doppler pulsé et plus récemment le doppler couleur, ont bouleversé le diagnostic de la GEU, et ont permis un diagnostic de plus en plus précoce : les $\frac{2}{3}$ des GEU sont actuellement diagnostiquées avant la rupture tubaire contre $\frac{1}{4}$ seulement avant les années 1980. (58).

La démarche de l'échographiste devant la suspicion d'une GEU nécessite trois étapes diagnostiques:

- 1) Evoquer la probabilité d'une grossesse : ce diagnostic doit être toujours évoqué de principe chez une femme en période d'activité génitale, d'autant plus que le contexte clinique s'y prête et a fortiori si elle présente un test biologique positif : un des éléments essentiels pour éliminer une GEU est la découverte d'une grossesse intra utérine (GIU).
- 2) Eliminer une grossesse intra utérine.
- 3) Localiser la grossesse extra utérine.

Dans notre série, l'échographie a été pratiquée chez 80,77% ce qui rejoint les résultats de RAFIA(10) avec 84,88%.

1-Echographie pelvienne:

L'échographie abdominale nécessite une vessie en réplétion imposant une attente incompatible avec un diagnostic souvent réalisé dans le cadre de l'urgence, par ailleurs elle impose d'utiliser des sondes de faible fréquence qui ont une moins bonne résolution.

Cette voie permet de mettre en évidence une GEU haut situé ou un épanchement péritonéal à l'étage abdominal (40, 59).

2-Echographie endo-vaginale:

Elle doit aujourd'hui être réalisée en première intention, c'est un examen de routine qui a révolutionné le diagnostic des grossesses anormales précoces (60).

Les signes échographiques par voie endovaginale sont de trois sortes : utérins, annexiels et péritonéaux avec des signes directs et indirects de GEU.

a- Les signes directs: la masse annexielle :

L'exploration de l'annexe doit débiter par le repérage des ovaires et du corps jaune, en effet la GEU est située dans 85 % des cas du côté du corps jaune (Image 7).

La GEU apparaît souvent comme une masse annexielle anormale située près de l'ovaire(40).

Sac gestationnel : il peut s'agir d'un sac contenant un embryon avec une activité cardiaque ou une vésicule vitelline ou un embryon sans activité cardiaque.

Dans notre série, le sac gestationnel avec activité cardiaque positive a été retrouvé chez 16 patientes soit dans 13,67% des cas ce qui rejoint les résultats trouvés par SY T (6).

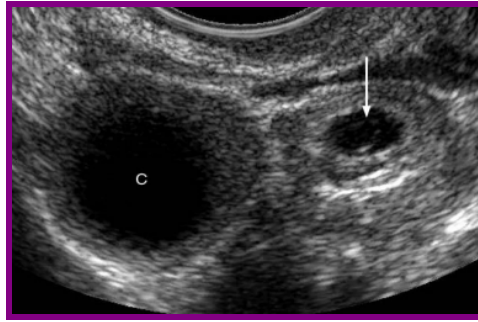


Image 7 : Grossesse extra-utérine. Au sein de l'annexe gauche, on retrouve le sac ovulaire ectopique (flèche) et le corps jaune(c)(59).

Hématosalpinx: le plus souvent on retrouve une masse annexielle échogène et homogène, de forme arrondie ou ovale visible en dehors de l'utérus et distincte de l'ovaire rarement très volumineuse (3 à 6 cm) correspondant à un hématosalpinx (Image 8).

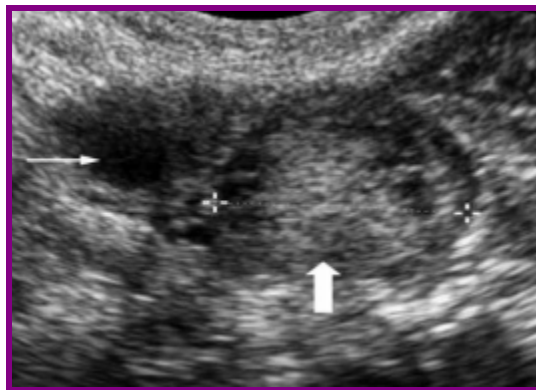


Image 8: Hématosalpinx (grosse flèche) à côté de l'ovaire (flèche) (59).

Le trophoblaste est rarement individualisé au sein de cette dilatation qui n'est souvent que l'association de caillots sanguins et de quelques débris ovulaires(27).

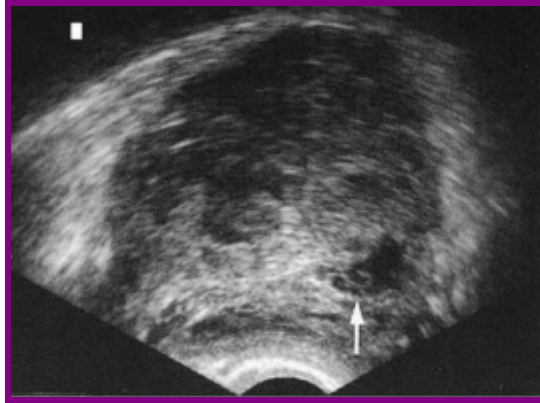


Image 9: Grossesse extra-utérine : gros hématosalpinx ancien, où l'on devine peut-être le sac ovulaire (→) (61)

b- Les signes indirects:

Les signes indirects sont représentés par la vacuité utérine et l'épanchement péritonéal (image anéchogène de taille variable le souvent limité au cul de sac de douglas) (40) (Image 10).

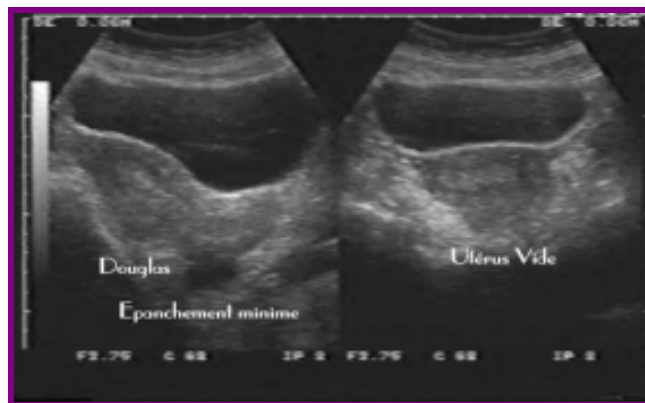


Image 10: Vacuité utérine et épanchement dans le cul de sac de Douglas (12)

Cependant l'épanchement n'est pas pathognomonique de la GEU rompue, il peut se retrouver dans tout processus d'irritation péritonéale (59).

Dans notre série, ces deux signes sont les plus retrouvés en plus de la masse latéro-utérine.

3-Echodoppler :

De même l'utilisation complémentaire de l'échodoppler couleur augmente nettement la capacité diagnostique de l'échographie endovaginale en matière de GEU par analyse qualitative des flux vasculaires péri-trophoblastiques (53).

Dans notre série, l'échodoppler n'a pas été pratiqué.

a- Echodoppler couleur :

L'échodoppler couleur permet de réduire le temps de l'examen en permettant un repérage rapide des zones vasculaires (63), car il facilite la recherche d'un flux de basse résistance au niveau d'une masse annexielle avec un signal couleur continu en systo-diastolique. En l'absence de GIU, il ne retrouve aucun flux péri-trophoblastique à l'intérieur de l'utérus (62).

Il permet aussi d'identifier avec une grande fiabilité le corps jaune par le cercle vasculaire qu'il engendre, incitant à rechercher davantage des signes de GEU au niveau de la trompe homolatérale (62,63).

Les limites de l'échodoppler couleur se définissent par la difficulté à rechercher un flux péri-trophoblastique intra-utérin quand le sac est absent, les fibromes peuvent simuler un flux péri-trophoblastique et être source d'erreur de diagnostic (63).

b- Echodoppler pulsé :

L'échodoppler pulsé permet de distinguer un pseudo-sac gestationnel d'une GIU jeune ou menacée, par l'absence de flux péri-trophoblastique intra-utérin.

Il recherche au niveau d'une image annexielle un flux placentaire de type trophoblastique défini par un flux systolique élevé et un flux diastolique bas.

La moyenne de l'index de résistance du flux trophoblastique est de $0,51 \pm 0,12$.

En cas de GEU, l'index de résistance moyen de l'artère tubaire homolatérale est de 0,69, alors que celui de l'artère tubaire controlatérale est de 0,85. Ainsi ils concluent qu'en cas de GEU, il existe une différence de 20 % de l'index de résistance de l'artère tubaire entre le côté porteur de la GEU et le côté sain. Cette méthode apparaît intéressante, mais l'identification précise des artères tubaires n'est pas toujours facile.

Au total, l'utilisation de l'échodoppler couleur et pulsé au complément de l'échographie endo-vaginale améliore le pourcentage de diagnostic de GEU de 62 à 82 %. (10,62, 63).

C. COUPLE BHCG PLASMATIQUE- ECHOGRAPHIE :

Le dosage de BHCG plasmatique ainsi que l'échographie ne prennent une importance fondamentale que dans leur couplage. (64, 65, 66).

Cette combinaison constitue le fondement du diagnostic de l'ectopie gravidique, du fait de la diminution parallèle des erreurs diagnostiques, et permet de porter le diagnostic de GEU dans presque 100 % des cas. (65,67).

Dans notre série, l'association échographie et β HCG plasmatique était notée chez 68 cas soit 52,31 %.

Tableau XXX: Corrélation β HCG plasmatique-Echographie

BHCG plasmatique	Echographie
<10 UI/l	Pas de grossesse
10-50 UI/l	Oeuf IU non visible
500-1 000 UI/l	Oeuf IU visible une fois/3
1 000-1 500 UI/l	Oeuf normalement visible par voie endovaginale
>2 500 UI/l	Oeuf normalement visible par voie sus-pubienne
>7 000 UI/l	Oeuf avec vésicule ombilicale
>10 000 UI/l	Embryon avec coeur +

On peut ainsi conclure que le binôme « β HCG plasmatique supérieur à 1500UI/l et œuf intra-utérin non visible» est donc un élément fondamental de diagnostic de GEU(58).

D. CULDOCENTESE:

La ponction du CDS de Douglas est une technique simple, peu coûteuse, avec une bonne valeur prédictive positive à ne pas oublier lorsque le dosage des β HCG plasmatiques et échographie ne sont pas disponibles en urgence(46).

Elle permet d'une part, de différencier les épanchements citrins ou clairs des épanchements sanglants (en cas d'hémopéritoine c'est le caractère incoagulable de l'épanchement qui évoquera la GEU) et d'autre part de calculer le ratio taux de β -hCG du liquide péritonéal/taux de β -hCG sérique qui pourrait avoir une place lorsque la clinique et l'échographie endovaginale ne sont pas concluantes (40,42,46).et aussi d'éviter les laparotomies blanches.

Dans notre série, La culdocentèse n'a été réalisée chez aucune de nos patientes.

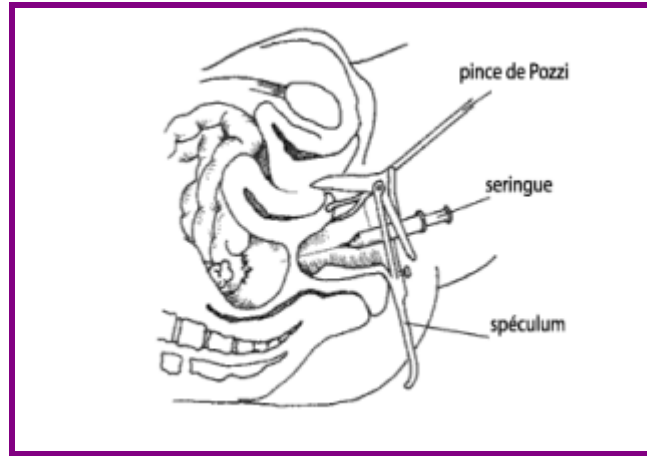


Figure 3 : Ponction diagnostique du cul de sac de Douglas (68)

E. COELIOSCOPIE DIAGNOSTIQUE:

Depuis l'avènement des traitements médicaux, cette méthode diagnostique n'est plus systématique.

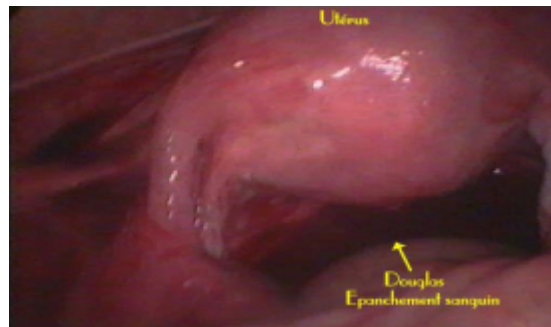
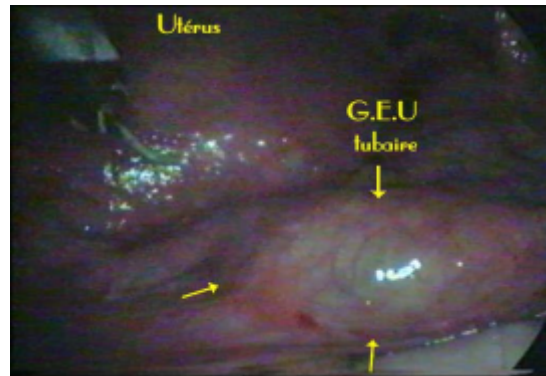
Cependant dans les cas douteux, elle permet au prix d'une anesthésie générale, d'avoir un diagnostic rapide.

L'exploration de la cavité péritonéale peut montrer : soit un aspect typique d'hématosalpinx, soit une dilatation tubaire, soit un avortement tubo-abdominal. Les signes indirects comprennent l'hémopéritoine et un éventuel syndrome de Fitz-Hugh-Curtis.

Une cœlioscopie normale n'élimine pas une GEU: il peut s'agir d'une GEU précoce sans hémopéritoine ni hématosalpinx (40).

Elle est contre indiquée en cas de cardiopathies, troubles de l'hémostase, antécédents de péritonite ou une cicatrice de laparotomie antérieure.

Dans notre série, aucune patiente n'a bénéficié de cet examen.



Images 11,12 : Images coelioscopiques en cas de GEU

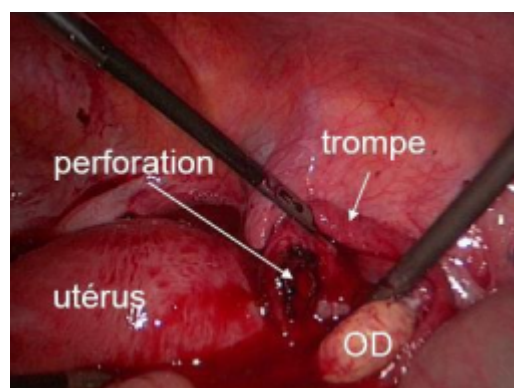


Image 13: GEU isthmique droite rompue à la cœlioscopie (69)

F. HYSTEROSCOPIE:

Elle pourrait aider au diagnostic différentiel entre GEU et GIU non évolutive lorsque le dosage de β HCG plasmatique et l'échographie vaginale ne permettent pas de conclure, afin de limiter le temps de surveillance, avec un intérêt plus particulier dans les GEU interstitielles pour lesquelles un retard diagnostique peut majorer lourdement la morbidité. (46,71).

G. CURETAGE BIOPSIQUE DE L'ENDOMETRE :

Il peut compléter l'hystérocopie. En présence de villosités choriales, le diagnostic le plus probable sera celui d'une grossesse arrêtée ou d'une grossesse à potentiel évolutif compromis. Mais, le problème reste difficile en cas d'association de GEU et GIU. (72).

L'absence de villosités choriales élimine la GIU, mais ne permet pas le diagnostic formel de GEU. (39,46,72,73,74).

H. AUTRES EXPLORATIONS RADIOLOGIQUES :

-Hystérosalpingographie: Envisagée initialement pour explorer la trompe, elle se développe actuellement dans le bilan de la cavité utérine. 2 cas de GEU diagnostiqués par hystérosalpingographie ont été publiés pour la première fois, l'un en 1995 et l'autre en 1998. Dans les 2 cas, le taux de β HCG plasmatique était positif et l'échographie n'était pas informative (75).

-La tomodensitométrie (TDM), et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) n'ont pas de grande place dans le diagnostic de la GEU, cependant l'IRM serait intéressante pour les localisations atypiques des grossesses ectopiques (76,77).

IV- TRAITEMENT DE LA GEU:

La GEU est une urgence gynécologique imposant une prise en charge multidisciplinaire et un équipement permettant la réanimation et les gestes de sauvetage maternel comme la transfusion en urgence (7).

Actuellement la prise en charge de cette affection connaît beaucoup de progrès grâce à la mise au point des techniques coeliochirurgicales conservatrices et radicales, ainsi qu'au développement du traitement médical(12).

-Quelle que soit la stratégie thérapeutique instituée, elle doit répondre à 5 objectifs (31):

- o Préserver le pronostic vital
- o Supprimer la GEU
- o Réduire au maximum la morbidité thérapeutique
- o Limiter le risque de récurrence
- o Et préserver la fertilité.

-Moyens de réanimation :

Les moyens de réanimation ont nettement amélioré le pronostic de la GEU et consistent à corriger l'état hémodynamique de la patiente passant par le simple remplissage par sérum salé à une transfusion de sang iso groupe iso rhésus en pré, per et post opératoire, voire même recours au plasma frais congelé.

Tableau XXXI : Sévérité des pertes sanguines et remplissage vasculaire.

Evaluation des pertes sanguines	Sévérité	SS 9/1000	Culots globulaires	PFC	Plaquettes
500	0	500			
1000	1	1000			
1500	2	3000			
2000	3	3000	2		
2500	4	3000	3	4 unités	5 U si problème d'hémostase
≥3000	5	3000	≥4	6 unités	10 unités

Nos patientes choquées (9cas) soit 6,92 % ont bénéficié d'une perfusion de sérum salé, 18,46 % ont bénéficié d'une transfusion de sang mais aucune n'a nécessité des moyens de réanimation lourde.

Pour atteindre nos objectifs et pour mieux évaluer la place de la cœlioscopie comme méthode thérapeutique de référence, nous avons jugé nécessaire d'étudier les autres modalités thérapeutiques.

A- TRAITEMENT CHIRURGICAL :

1-Voie d'abord :

Le traitement chirurgical classique de la GEU, peut être réalisé soit par une incision transversale de Pfannentiel avec ses avantages esthétiques et de solidité, soit par une laparotomie médiane sous ombilicale (LMSO) réservée aux urgences hémodynamiques extrêmes(3).

Dans notre série, la voie la plus utilisée était l'incision de Pfannentiel dans 96,15 % contre 3,85 % pour LMSO.

2-Situation anatomique:

a- GEU tubaire :

La localisation tubaire est de loin la plus fréquente (96 à 99 % des cas). Tous les segments de la trompe peuvent être intéressés ; L'ampoule, surtout la jonction isthmo-ampullaire est la localisation privilégiée (plus de 60 %). La GEU se trouve dans une zone relativement large et assez extensible(22).

Les signes cliniques sont relativement tardifs et la rupture de la trompe est précédée de signes d'appel.

L'isthme est une localisation moins fréquente (15 %), il est de petit calibre et peu extensible du fait de la forte musculature tubaire, les signes cliniques sont donc précoces avec une évolution rapide vers la rupture.

Les localisations interstitielles sont rares (2 %) mais redoutables ; la rupture tubaire est de règle et elle se fait dans une zone très vascularisée.

En cas de localisation pavillonnaire, la trompe n'est pas distendue, le risque de rupture est faible, ce sont des GEU qui guérissent spontanément (22).

Dans notre série, la localisation tubaire représente 94,61 % : (74,61 %) ampullaires, (0,77%) isthmiques, (1,54%) pavillonnaires et (15,38%) tubaires sans précision.

Tableau XXXII : Situation tubaire de GEU

Auteurs (référence)	GEU tubaire (%)
MONNIER (3)	100
ERREGRAGUI (23)	90
RAFIA (10)	97,22
FERKOUS(13)	83,76
Notre série	94,61

b-Grossesse ovarienne:

Il s'agit d'une grossesse adhérente au tissu ovarien.

Sa fréquence est de 3,2 % (40,93).

Sur le plan clinique la grossesse ovarienne ne présente pas de particularité fondamentale par rapport à la GEU tubaire.

Cependant la symptomatologie abdomino-pelvienne domine. Elle correspond à la rupture de la capsule ovarienne par la grossesse ovarienne et à la constitution de l'hémopéritoine.

Les métrorragies sont moins fréquentes et quand elles sont présentes elles sont peu abondantes.

L'échographie abdomino-pelvienne n'est pas toujours pertinente pour différencier la grossesse ovarienne des autres formes de GEU.

Le diagnostic de certitude d'une GO repose sur les quatre critères suivants associés de façon concomitante:

- Existence d'une GEU affirmée par un taux de β hCG plasmatique ≥ 1000 UI/l associé à une vacuité utérine en échographie vaginale.
- Atteinte ovarienne confirmée par l'exploration chirurgicale avec saignement ou visualisation de trophoblaste à son niveau voire présence d'une formation kystique ovarienne atypique.
- Présence de trompes saines.
- Décroissance et négativation des taux de β hCG plasmatiques après traitement de l'ovaire (27).

En fonction des cas seront réalisés: une résection cunéiforme de l'ovaire emportant la grossesse ovarienne, une kystectomie du corps jaune emportant le trophoblaste ou simplement un curetage du trophoblaste avec coagulation ou surjet hémostatique du lit de la grossesse ovarienne (27).

L'ovariectomie voire l'annexectomie restent nécessaires dans de rares cas du fait du développement avancé de la grossesse.

Le traitement médical par MTX ne s'envisage qu'en rattrapage d'un traitement chirurgical insuffisant. (37,80).

Dans notre série, la GO représente 2,31 % des GEU (3 cas).

Nos résultats se rapprochent de ceux trouvés par RAFIA(10) 2,77%, et FERKOUS(13) 3,41% et nettement inférieurs à ceux de SYT(6) 7,84%.

c-Grossesse cervicale :

Il s'agit d'une grossesse implantée dans le canal endocervical, connue depuis 1960 et décrite pour la première fois en 1911. (94, 95).

Elle est la plus rare des localisations ectopiques de la grossesse.

Des circonstances favorisantes sont souvent retrouvées, telles les anomalies morphologiques du col et du corps utérin, la grande multiparité, les léiomyomes, les antécédents de curetage de césarienne ou d'endométrite et le stérilet.

La FIV semble également représenter un facteur de risque et des diagnostics très précoces ont été rapportés dans cette situation (95).

Les manifestations cliniques se limitent souvent à des métrorragies indolores, le tableau clinique est comparable à un avortement incomplet avec persistance de saignement.

A l'examen, le col est mou et bombé avec un utérus non augmenté de volume et l'orifice externe du col est partiellement ouvert.

Le diagnostic précoce repose sur l'échographie.

Les critères diagnostiques échographiques sont:

- Sac gestationnel et trophoblaste entièrement situé sous l'orifice interne du col.
- Cavité utérine vide.
- Col dilaté en «forme de tonneau».

Le traitement classique reste l'hystérectomie en particulier lorsque le diagnostic est fait tardivement et que la forme est très hémorragique.

Afin de préserver la fertilité de ces patientes d'autres alternatives thérapeutiques sont aujourd'hui proposées:

- Les méthodes d'ablation en cas de diagnostic très précoce avant 6SA.
- Sur des grossesses plus évoluées, la référence semble être le MTX, in-situ pour certains, auquel certains associent un foetocide en cas de grossesse embryonnée avec activité cardiaque positive.
- L'embolisation sélective est un recours en cas de persistance des saignements après utilisation préalable d'une autre méthode. Certains l'ont même proposé en première intention (95).

d-Grossesse abdominale:

La grossesse abdominale (GA) est définie par une implantation trophoblastique péritonéale intra abdominale, elle représente 1 % des GEU (76).

Elle est rarement primitive par greffe péritonéale suite à l'avortement précoce d'une grossesse infundibulaire ou à la migration péritonéale du blastocyte, son origine est souvent secondaire à la rupture d'une cicatrice d'hystérotomie ou à celle d'une grossesse tubaire avec avortement tubo-abdominal (22).

Les facteurs de risque de la grossesse abdominale apparaissent communs à ceux de la GEU tubaire.

Le diagnostic de GA peut bénéficier de l'échographie à condition d'une étude soignée des rapports entre l'utérus, le fœtus, le placenta et le liquide amniotique. (84, 85, 86).

Allibone (95,96) a décrit les caractéristiques échographiques de la grossesse abdominale:

- Pas de paroi utérine visible entre la vessie maternelle et le fœtus.
- Le placenta est de localisation extra-utérine.
- Les parties fœtales sont proches de la paroi abdominale maternelle.
- La présentation du fœtus est anormale.
- Pas de liquide amniotique entre le placenta et le fœtus.

La cœlioscopie permettra de confirmer le diagnostic de GEU abdominale précoce devant un tableau symptomatique d'hémopéritoine.

Dans tous les cas, la prise en charge chirurgicale (laparotomie) doit être rapide après la confirmation diagnostique en raison du pronostic vital engagé (95).

Dans notre série, aucune GA n'est notée.



Image 14: Pièce opératoire d'une grossesse abdominale de 12 SA avec le placenta accolé à la corne utérine droite (12)

e-Grossesse hétérotopique:

La grossesse hétérotopique (GH) est la coexistence simultanée d'une GEU et d'une GIU chez la même patiente quelque soit la localisation de la GEU. (88, 90).

Le nombre de GH a augmenté depuis l'accroissement de l'incidence de la GEU secondaire aux infections génitales hautes, ainsi qu'à l'utilisation accrue d'agents inducteurs de l'ovulation et le développement des techniques de procréation médicalement assistée (PMA). (89,90).

D'où la nécessité de garder à l'esprit qu'une GIU peut cacher une autre GEU surtout chez une patiente qui a eu recours à la PMA pour obtenir sa grossesse. (88,90).

Le premier cas rapporté date de 1708 (47).

L'examen complémentaire qui permet en règle générale d'aboutir au diagnostic est l'échographie vaginale complétée par la cœlioscopie qui vient le confirmer et le plus souvent permet le traitement de la GEU.

Le traitement médical trouve son indication quand le diagnostic est précoce et quand la GIU est arrêtée. (90).

Le pronostic pour la GEU et pour la mère est fonction de la précocité du diagnostic qui doit être réalisé si possible avant la rupture de la GEU(48).

Dans notre série, aucune GH n'est notée.

f-GEU sur corne rudimentaire:

C'est une variété appartenant au groupe des ectopies cornuales, définie par l'implantation de l'œuf dans la corne rudimentaire d'un utérus pseudo-unicorné, cette implantation peut succéder à la migration trans-péritonéale des spermatozoïdes ou à une communication entre les deux cornes. (91).

Elle survient exceptionnellement et engage le pronostic maternel par la survenue très fréquente dans 80-90 % de la rupture de la corne rudimentaire gravide au 2ème trimestre.

La laparotomie est le traitement de choix, lorsque le diagnostic est posé; l'ablation de la corne utérine gravide est le traitement préconisé (10,99,100).

Dans notre série, aucun cas n'est noté.

3- Chirurgie radicale :

a. Salpingectomie totale :

La salpingectomie est la plus ancienne des techniques réglées du traitement de la GEU, elle est simple et rapide à réaliser.

Il s'agit d'une salpingectomie réalisée d'une façon directe ou rétrograde au ras du segment tubaire afin de préserver mieux la vascularisation ovarienne et de prévenir ainsi la survenue de troubles trophiques. La ligature-section des vaisseaux du mésosalpinx est réalisée de proche en proche au ras de la trompe. (22).

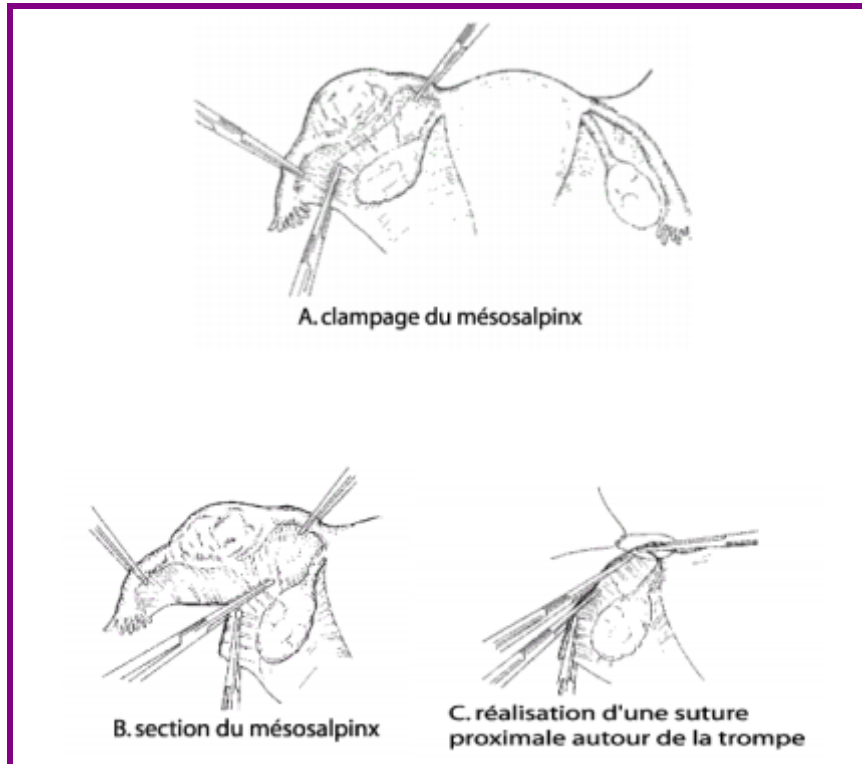


Figure 4: Différentes étapes de la salpingectomie (68)

Dans notre série, La salpingectomie totale était réalisée dans 92,31 % des cas ce qui rejoint les résultats de Rabat : MEHDIOUI(11), FERKOUS(13) et Fès : MIMOUNI (12).

Tableau XXXIII: Fréquence de la salpingectomie totale selon les auteurs

Auteurs (référence)	Salpingectomie totale (%)
MONNIER (3)	67,5
BEN HMID RIM(5)	52
SY T (6)	80,3
ERREGRAGUI (23)	64,13
M.NAYAMA(7)	86
ZAGHLOUL(8)	56,52
RAFIA (10)	65,27
MEHDIOUI(11)	89,16
MIMOUNI (12)	89.69
FERKOUS(13)	89,74
Notre série	92,31

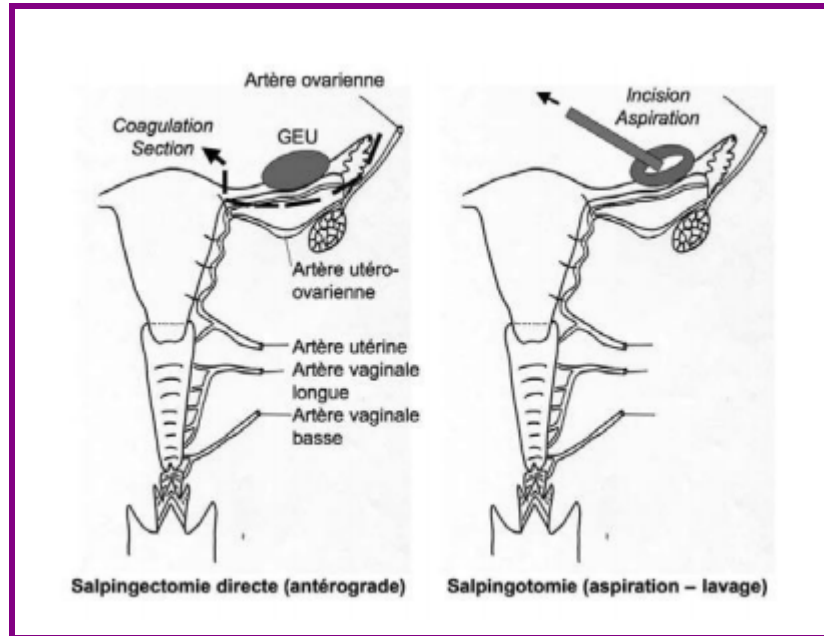


Figure 5 : Différence entre salpingectomie et salpingotomie

b. Annexectomie:

L'annexectomie est d'indication exceptionnelle.

En 1955, Jeffcoate préconisait l'ovariectomie systématique en complément de la salpingectomie pour diminuer le risque de récurrence de grossesse extra-utérine par migration péritonéale prolongée, et pour multiplier les ovulations de l'ovaire homolatéral à la trompe conservée.

Cette attitude ne se justifie pas car ce mécanisme n'est pas prouvé.

En outre, les possibilités de PMA imposent de préserver au mieux le capital ovarien. L'ovariectomie n'est justifiée que lors de certaines GEU ovariennes, tout en privilégiant la résection partielle(101).

Dans notre série, l'annexectomie était réalisée dans 2,31 % des cas ce qui rejoint les résultats de RAFIA (10) avec 1,38%, inférieur à ceux de Rabat : MEHDIOUI(11) 5% et FERKOUS(13) 4,27 %.

c. Hystérectomie:

On peut exceptionnellement aujourd'hui être contraint à effectuer une hystérectomie dans les formes très évoluées.

Elle s'avère alors nécessaire, soit devant l'impossibilité d'une hémostase satisfaisante de la corne utérine, soit après sacrifice jugé inévitable de la trompe et de l'ovaire par rupture de grossesse sur annexe unique : l'ablation complémentaire de l'utérus se justifie alors pour éviter le risque ultérieur de métorragie sous l'effet de l'hormonothérapie substitutive. (23).

Dans notre série, aucune hystérectomie n'a été réalisée.

4- Chirurgie conservatrice :

Le traitement chirurgical conservateur peut être de trois types (voir tableau XXXIV).

Tableau XXXIV : Différentes techniques chirurgicales du traitement chirurgical conservateur selon le siège de la GEU (40).

Localisation de la GEU	Technique
Isthmique	Résection segmentaire et anastomose immédiate ou différée
Ampullaire	Salpingotomie
Pavillonnaire	Expression tubaire

Pour certains, la technique dépend de la localisation de la GEU, pour d'autres la salpingotomie est réalisable que si la GEU soit isthmique, ampullaire ou pavillonnaire pour ces derniers le siège de la GEU n'influe pas sur le taux de succès de la salpingotomie (40).

a- Salpingotomie :

La salpingotomie est une incision réalisée au bord antimésial de la trompe, sur la partie proximale de la GEU, en utilisant un bistouri froid (par laparotomie) ou la pointe d'un crochet monopolaire (par cœlioscopie).

Une fois la trompe est incisée, la GEU est retirée par pression en posant une pince atraumatique de part et d'autre de l'incision puis la trompe est irriguée avec du sérum, une fois l'hémostase réalisée la salpingotomie peut être suturée par points séparés ou laissée à une cicatrisation spontanée(40).

La persistance d'un saignement abondant peut conduire à un traitement non conservateur qui ne doit pas être décidé trop rapidement. En effet, la simple expectative associée au lavage au sérum chaud, pendant quelques minutes, permet souvent d'obtenir une hémostase spontanée satisfaisante.

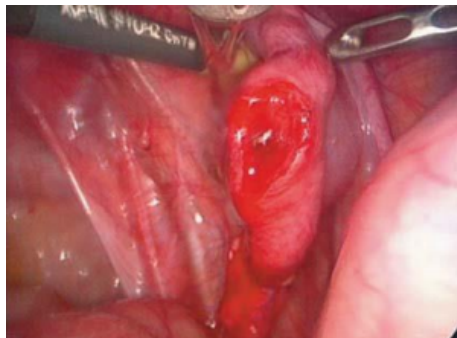


Image 15 : Contrôle de l'hémostase (48)



Image 16 : Contrôle de la vacuité (48)

Ce geste n'a été réalisé chez aucune de nos patientes idem la série de FERKOUS(13).

Dans les autres séries, on retrouve des taux variables 0,83% pour MEHDIOUI(3), 7,7% pour M.NAYAMA (7), 48% pour BEN HMID RIM(5) et 16,66% pour RAFIA (10).



Image 17 : Salpingotomie (42)

b- Expression tubaire :

L'expression tubaire transpavillonnaire est à proscrire en cas de GEU non pavillonnaire. Elle expose en effet à un risque accru de saignement postopératoire et surtout de persistance trophoblastique, conduisant à l'échec du

traitement conservateur. Elle ne doit être réservée qu'aux GEU pavillonnaires en cours d'avortement tubo-abdominal.

Certains auteurs ont également proposé une aspiration transpavillonnaire de la GEU non pavillonnaire. Cette attitude est déconseillée du fait d'un risque multiplié par trois de persistance trophoblastique comparé à la salpingotomie(42).



Image 18 : Expression tubaire (42)

c- Résection tubaire segmentaire:

La salpingectomie partielle est rarement indiquée. Elle a été proposée essentiellement dans les GEU isthmiques.

La résection doit être économique sur le plan tubaire et vasculaire, afin de permettre une anastomose microchirurgicale ; soit immédiate, soit plus fréquemment différée afin de bénéficier d'une anastomose en tissu sain, en l'absence d'œdème et d'imprégnation gravidique.

L'inconvénient majeur de cette technique réside dans la nécessité d'une laparotomie secondaire. (22,30).

Dans notre série, aucune patiente n'a bénéficié de ce traitement idem la série de FERKOUS(13).

Elle était pratiquée chez 4 patientes soit 3,33% des cas dans la série de MEHDIOUI(11).

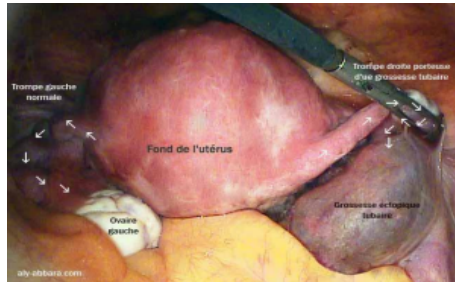


Image 19 : Aspect coelioscopique d'une GEU tubaire (48)

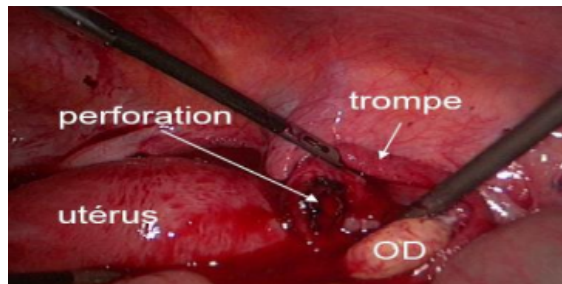


Image 20: GEU isthmique droite rompue à la coelioscopie (12)

d- Résection segmentaire+ anastomose termino-terminale :

Elles s'adressent aux grossesses ampullaires ou de la jonction ampullo-isthmique dont l'éclatement est très étendu et régulier.

Selon CHERMEY, le traitement de choix de la GEU isthmique est la résection partielle suivie d'anastomose (10).

e- Ovariectomie partielle:

La technique consiste à réséquer une partie de l'ovaire comportant la GO en étant aussi économe que possible en tissu ovarien.

Certains auteurs réalisent une simple kystectomie du corps jaune lorsque la grossesse est implantée à ce niveau. Il s'agit simplement d'un « curetage » du trophoblaste ovarien avec coagulation du lit d'implantation.

Ce n'est que dans les cas de développement très important avec une grossesse très évoluée ou gémellaire que l'ovariectomie peut alors être nécessaire(80).

Dans notre série, cette méthode était utilisée dans 2 cas, soit 1,54%.

f- Réimplantation tubo-utérine :

Elle s'applique aux grossesses isthmiques ou interstitielles. Il peut s'agir d'une suture isthmo-interstitielle dans la grossesse isthmique, ou bien d'une réimplantation isthmo-utérine dans la grossesse interstitielle (10).

5-Suites opératoires :

Dans notre série, les suites post-opératoires étaient simples chez 55 patientes soit 42,31% avec sortie de l'hôpital dans 5 jours.

6-Surveillance du traitement chirurgical:

a-Traitement radical:

La surveillance par β hCG est le plus souvent inutile.

Dans les cas où l'on observe en peropératoire une greffe trophoblastique péritonéale, on demandera un dosage de β -hCG 15 jours après l'intervention (40). Cette situation n'a pas été retrouvée dans notre étude.

b-Traitement conservateur:

Les échecs thérapeutiques des traitements conservateurs sont liés à la persistance du trophoblaste actif. Ce taux est variable selon les études de 5 à 29%. (100,104).

Plusieurs facteurs favorisant cette complication ont été évoqués : (100)

- Durée d'aménorrhée de moins de 40 jours.
- Petite taille de la GEU.
- Durée courte de l'intervention chirurgicale.
- Traitement coelioscopique.
- Taux de β HCG élevé.

Par contre, ce problème ne se pose pas souvent pour les traitements radicaux, c'est en effet une procédure fiable en dehors des complications propres à la laparotomie ou à la coelioscopie. (22).

Les échecs thérapeutiques sont dépistés par la surveillance post-opératoire de la décroissance du taux de β HCG plasmatique. (103).

- Si ce dernier est inférieur à 15% du taux initial, aucun dosage n'est nécessaire.

- Lorsque le taux est compris entre 15 et 35%, l'évolution est le plus souvent favorable, mais nécessite une surveillance hebdomadaire du β HCG plasmatique jusqu'à négativation complète.
- Une valeur supérieure à 35% du taux initial doit être considérée comme un échec thérapeutique, en l'absence de manifestation clinique, un traitement médical complémentaire par MTX peut être envisagé.

B- TRAITEMENT MEDICAL :

Lorsque le diagnostic de la GEU est posé précocement, la chirurgie conservatrice ou radicale peut être alors évitée au bénéfice d'une approche médicale toujours conservatrice.

Il existe différentes techniques de traitement médical de la GEU, la molécule la plus utilisée est le méthotrexate.

Dans notre série, aucune patiente n'a bénéficié du traitement médical.

1- Traitement par Méthotrexate (MTX) :

a-Mode d'action :

Le MTX est un antagoniste de l'acide folique, il inhibe la dihydrofolate réductase, enzyme nécessaire à la conversion de l'acide dihydrofolique en acide tétrahydrofolique.

Ceci inhibe la synthèse des bases purines empêchant ainsi la synthèse de l'ADN et inhibant la multiplication cellulaire.

Le MTX agit en tuant sélectivement les cellules qui sont dans la phase «S», phase de synthèse du cycle cellulaire (40, 105).

En réalisant une étude immuno-histochimique, DELOIA a montré que le MTX agissait peu sur les cellules du syncytiotrophoblaste qui produit l'hCG mais beaucoup sur les cellules du cytotrophoblaste qui sont en phase de synthèse (106).

Ceci permet de comprendre pourquoi après une injection de MTX, il n'est pas observé de diminution rapide de l'hCG. Cette diminution est le plus souvent observée à partir du cinquième jour.

Par ailleurs lors de la grossesse, le nombre de cellules cytotrophoblastiques en phase S diminue quand le terme augmente.

Le nombre de cellules cibles qui peuvent être atteintes par le MTX diminue donc quand le terme augmente.

Ceci expliquerait la diminution de l'efficacité du MTX quand le terme augmente (40,106).

b- Voie d'abord:

b.1- La voie parentérale:

La voie parentérale a été la première utilisée, essentiellement par voie intramusculaire (IM).

Les modalités d'administration ont varié avec le temps : 4 mg/j pendant 5 jours, 25 mg/j pendant 3 jours, 0,4 mg/Kg/j pendant 5 jours, 1 mg/Kg/j 1 jour sur 2 pendant 8 jours.

Cette modalité thérapeutique « doses multiples » présentait deux inconvénients : La nécessité d'une hospitalisation longue et un taux élevé d'effets secondaires systémiques.

Afin de remédier à ces inconvénients, STIVAL a proposé d'administrer 50 mg/m² de MTX avec un taux de succès de 96,7 % et ceci sans effets secondaires systémiques. (105).

b.2- La voie orale:

Cette voie d'administration paraît intéressante car elle évite une hospitalisation et semble supprimer les effets secondaires par utilisation de faibles doses de MTX.

Une étude récente de LIPSCOMB (95) a retrouvé un taux de succès de 96% par MTX per os à la dose de 60 mg/m² en deux administrations à 2 heures d'intervalle.

Toutefois la voie orale a été étudiée et il n'y a pas assez d'éléments pour préférer cette voie qui a pour seul principal avantage d'éviter l'injection. (105).

b.3- La voie locale:

L'injection In-situ du MTX peut se faire soit par voie vaginale sous contrôle échographique ou directement sous contrôle coelioscopique (10).

FEICHTINGER a rapporté, en 1987, le premier cas de GEU traitée par injection locale de méthotrexate en utilisant la technique de ponction par voie vaginale sous contrôle échographique (107).

Le sac amniotique est d'abord aspiré, vidé, puis on injecte le MTX.

Les posologies publiées sont très variables (de 10 à 50 mg) avec 77,8% de réussite en moyenne.

Cette voie d'administration permet d'envisager le traitement ambulatoire de la GEU non rompue sous couvert d'une excellente compliance de la patiente.

L'avantage de cette technique réside dans l'obtention d'une concentration élevée du MTX au sein de la GEU, tout en diminuant les effets secondaires du fait de son passage systémique moins important.

Cette technique impose que la GEU soit directement et indiscutablement visualisée par échographie transvaginale, la dose utilisée est de 1mg/kg.

Les limites de cette technique sont l'échec ou le doute de la localisation de la GEU, l'absence d'évaluation pronostique de la fertilité ultérieure (105, 107).

Le taux de succès est en moyenne de 82 % (107).

2-Association MTX mifépristone:

La mifépristone (RU486, Mifégyne®) est un antiprogestéronique puissant utilisé dans les interruptions de grossesse du premier trimestre en association avec les prostaglandines.

Utilisé seul, il ne permet pas de traiter les GEU.

Il a été utilisé à la dose de 600 mg per os en association avec une dose de MTX de 50mg/m² (40).

Un essai randomisé a comparé le MTX en IM versus IM associée à la mifépristone, il n'a pas retrouvé de différence significative entre les deux traitements (96).

Une autre étude multicentrique randomisée comparant MTX+mifépristone et MTX + placebo n'a montré aucun avantage à l'association systématique mifépristone-méthotrexate dans le traitement médical des GEU (60).

3-Autres thérapeutiques médicales:

a- Prostaglandines:

Elles sont après le MTX les plus fréquemment utilisées par injection per-coelioscopique ou par voie vaginale (Du fait des troubles cardio-vasculaires décrit après voie systémique) (105).

Une étude randomisée non publiée a comparé le MTX par voie orale à l'injection sous cœlioscopie de prostaglandines associées à du glucose hyperosmolaire sans retrouver de différence significative (10).

b- Chlorure de potassium et glucose hyperosmolaire:

Le chlorure de potassium ou le glucose hyperosmolaire à 50% peuvent être utilisés (10 à 20 ml) en injection in situ écho guidée.

Un grand intérêt dans les grossesses hétérotopiques traitées médicalement en raison de l'absence de toxicité pour l'embryon ou en cas de stagnation des β -hCG après un traitement par MTX pour éviter des doses itératives de celui-ci.

Le taux de succès de chlorure de potassium est de 60%, celui du glucose hyperosmolaire est de 80 % qui a été retrouvé dans une étude faite sur 20 patientes traitées par 10 à 20 ml de Glucose hyper osmolaire à 50 %. (22).

Rappelons qu'en cas d'injection in situ, il faut toujours commencer par aspirer le liquide du sac gestationnel et s'assurer qu'il n'y a pas de passage vasculaire (40, 107).

c- Anticorps monoclonaux anti-HCG :

Ils ont été utilisés dans un essai de phase I par FRYDMAN, ils produisent une décroissance rapide et complète des taux plasmatique de progestérone et oestradiol sans pour autant avoir une action suffisante sur le taux de β HCG (22).

d- Actinomycine D :

C'est une substance qui bloque la transcription de l'ADN, elle a été proposée par ALTARAS, et n'a été utilisée que dans de rares cas et ne présente pas d'avantages évidents sur le MTX (10).

4-Surveillance du traitement médical:

La surveillance du traitement médical de la GEU doit être rigoureuse, elle varie en fonction du traitement instauré, mais comprend toujours une surveillance clinique caractérisée par disparition progressive des symptômes, et dosage de β HCG plasmatique jusqu'à négativation qui s'effectue en 30 jours environ (10, 93).

Cependant une exacerbation des douleurs pelviennes peut être notée dans les 24 heures suivant l'injection et peut persister jusqu'au 4^{ème} jour correspondant à la nécrose de la GEU ou à l'avortement tubo-abdominal de celle-ci, et pouvant ainsi, poser un problème de diagnostic différentiel avec un syndrome fissuraire (27).

A noter qu'une augmentation de β HCG durant les 2 à 3 premiers jours est habituelle (10,93).

Une surveillance hospitalière est ainsi justifiée en cas de doute, mais la répétition des échographies ne semble pas être justifiée.

La tolérance et les effets secondaires du traitement sont appréciés par la clinique et la biologie ; une NFS pour rechercher le risque hématologique, ainsi que les tests hépatiques et une créatinémie (10).

C- ABSTENTION THERAPEUTIQUE:

En 1955, Lund a été le premier à proposer une attitude attentiste en cas de diagnostic de GEU, sur 119 patientes incluses dans cette étude, 57 % n'ont pas eu besoin de chirurgie et, dans ce groupe non opéré, on notait 15 % de récurrence de GEU et de 46 % de grossesses intra utérines.

C'est une alternative intéressante dans certaines indications précises :

- GEU asymptomatique ou pauci symptomatique.
- GEU non rompue dont la taille est inférieure à 4cm dans son plus grand diamètre à l'échographie.
- Un état hémodynamique stable.
- Des taux stagnants ou décroissants d'hCG à 48 heures.
- Incertitude diagnostique et fausse couche spontanée.
- Hémopéritoine absent ou minime.
- Taux initial d'hCG <1000 ou 1500mUI/ml.

Le taux de succès de l'abstention thérapeutique varie de 47% à 100 % en fonction des séries et semble proche de 70 % en moyenne (97,105).

La surveillance ambulatoire de ces patientes doit être répétée et rigoureuse, ce qui limite souvent les inclusions.

À l'inclusion en plus de l'examen clinique et de l'échographie endovaginale, deux dosages d'hCG à 48h et une progestéronémie sont nécessaires.

On réalise ensuite de façon hebdomadaire un examen clinique, une échographie et un dosage d'hCG jusqu'à négativation (97).

Dans notre série, aucune abstention thérapeutique n'a été faite.

D- INDICATIONS:

1-Choix entre traitement médical ou chirurgical:

Le traitement médical de la GEU est devenu une entité thérapeutique si le diagnostic est fait précocement, sans la cœlioscopie (27).

Le traitement médical est recommandé dans les situations suivantes:

- GEU non rompue.
- Patiente multi opérée.
- Syndrome adhérentiel majeur.
- Obésité morbide.
- Contre-indication à l'anesthésie.
- GEU angulaire ou interstitielle.
- GEU sur trompe unique.
- Echec de chirurgie conservatrice.

Le traitement médical est possible si taux de β -hCG < 5000 ou 10000 mUI/ml, GEU < 4 cm.

Le traitement médical est préférable si β -hCG < 1000 mUI/l, si la grossesse extra utérine est pauci ou asymptomatique et non visible à l'échographie.

FERNANDEZ préconise l'utilisation d'un score pré thérapeutique permettant de sélectionner les patientes pouvant bénéficier d'un traitement médical, celui-ci semble licite pour un score ≤ 13 (98).

Tableau XXXV : Score pour le traitement médical de la GEU d'après Fernandez. (105)

Données cliniques et de laboratoire	1	2	3
Age gestationnel (jours d'aménorrhée)	>49	49-42	<42
Taux d'hCG (mUI/ml)	<1000	1000-5000	>5000
Taux de progestérone (ng/ml)	<5	5-10	>10
Douleurs abdominales	Absentes	Provoquées	Spontanées
Hématosalpinx (cm)	<1	1-3	>3
Hémopéritoine (ml)	0	1-100	>100

Néanmoins, le MTX a des contre- indications, qui sont dépendantes des priorités de la molécule :

- Une thrombopénie $\leq 100\ 000$, une anomalie de la crase sanguine.
- Une créatinémie élevée, une élévation des enzymes hépatiques, insuffisance rénale.
- Un tableau clinique évoquant un saignement intra-péritonéal.
- Maladie pulmonaire évolutive.
- Mauvaise compliance de la patiente au suivi.
- Absence de compréhension des signes de rupture.
- Allaitement, immunodéficience.

Le traitement chirurgical est recommandé dans les situations suivantes :
(99)

- Etat hémodynamique instable.
- β -hCG > 10000 mUI/ml.
- Hématosalpinx \geq 4 cm à l'échographie.
- Présence d'une activité cardiaque.
- Contre-indication au méthotrexate.
- Impossibilité d'un suivi ambulatoire.
- En cas de récurrence de GEU.
- Si le diagnostic nécessite la réalisation d'une coelioscopie.

2-Choix entre traitement conservateur ou radical:

Le choix entre traitement conservateur et radical est encore difficile.

Le traitement radical est préconisé en cas de : (22)

- Patiente ne désirant plus de grossesse.
- Récurrence homolatérale de GEU.
- GEU survenant sur trompe ayant antérieurement bénéficié d'une plastie tubaire.
- Constatation per-opératoire d'une GEU sur trompe rompue avec lésions irréparables, hémostase impossible.

Dans notre série, 94,62% des patientes ont subi un traitement radical dont 75,60 % à cause de l'état de la trompe jugée irréparable.

Toutefois la recherche d'une thérapeutique conservatrice est de rigueur, et doit être privilégiée en cas de :

- Femmes jeunes présentant un désir de grossesse ayant un problème de fertilité.
- GEU rompue avec trompes peu pathologiques.

Le reproche fait au traitement conservateur est le risque d'échec par rétention trophoblastique dans la trompe, ainsi que le risque de récurrence homolatérale.

De nombreuses études ont comparé le traitement conservateur et radical, en étudiant plus particulièrement les risques de récurrence et les taux de fertilité après ces traitements.

La plupart sont des études rétrospectives où les méthodes statistiques ne sont pas toujours adaptés ce qui peut expliquer leurs résultats parfois contradictoires (100).

Pour aider mieux le choix entre les deux types un score était établi par BRUHAT et coll. tenant compte des facteurs affectant la fertilité (100).

Tableau XXXVI: Score thérapeutique de la GEU de BRUHAT.

Paramètres	Score
Antécédents de GEU	2
GEU supplémentaire	1
Antécédents d'adhésiolyse percoelioscopique	1
Antécédents de microchirurgie tubaire	2
Trompe unique	2
Antécédents de salpingite	1
Adhérences homolatérales	1
Adhérences controlatérales	1

Ainsi l'attitude suivante a été proposée :

- Score ≤ 3 : traitement conservateur.
- Score =4 : salpingectomie percoelioscopique.
- Score ≥ 5 : salpingectomie percoelioscopique + stérilisation controlatérale.

3-Choix entre traitement coelioscopique ou laparotomie :

Avec le développement de la cœlioschirurgie, le traitement par la laparotomie n'a plus de justifications sauf dans certains cas particuliers qui sont :

- L'inexpérience de l'opérateur en coelioschirurgie.
- Les contre - indications chirurgicales de la cœlioscopie (antécédents de syndrome adhérentiel pelvien majeur, patientes multi opérées).
- Les contre - indications anesthésiques de la cœlioscopie (patientes en état de choc hypovolémique) (40).

De tant plus que les avantages de la cœlioscopie par rapport à la laparotomie sont nombreux (27) :

- Absence de cicatrice abdominale.
- Pertes sanguines moins importantes.
- Consommation moins élevée d'analgésique en post-opératoire.
- Réduction de la durée d'hospitalisation et de convalescence.
- Amélioration de la fertilité ultérieure par diminution du risque adhérentiel.
- Bénéfices économiques en faveur du traitement coeliosurgical.

4- Indications de l'abstention chirurgicale :

Les indications de l'abstention chirurgicale doivent être rigoureuses :

- Patientes asymptomatiques.
- Hématosalpinx < 3cm.
- Absence d'hémopéritoine.
- Taux de β HCG plasmatique < 1000UI/l et décroissance de ce taux à 48 heures d'intervalle.
- Et taux de progestéronémie < 10 ng/ml.

FERNANDEZ propose l'abstention thérapeutique chez les patientes ayant un score < à 11.

5- Algorithme décisionnel pour le diagnostic et la prise en charge de la GEU :

Carson et Buster ont proposé un arbre décisionnel (Figure 6) pour le diagnostic précoce des grossesses extra-utérines non rompues dans le but de sélectionner des patientes pouvant bénéficier d'un traitement médical. Cet algorithme est réalisé en tenant compte de la mesure de β HCG, et de progestérone plasmatiques qui définit plus précisément le potentiel d'activité de la grossesse extra-utérine, de l'échographie vaginale et du curetage endo-utérin. Ce dernier, effectué en ambulatoire, permet ainsi la recherche de villosités chorales, signes de fausse couche spontanée. Cette pratique peut-être avantageusement remplacée par la réalisation d'une hystérocopie dans les cas où une grossesse intra-utérine aura été formellement éliminée et que le doute diagnostique n'existe qu'entre une grossesse extra-utérine et une fausse-couche (30).

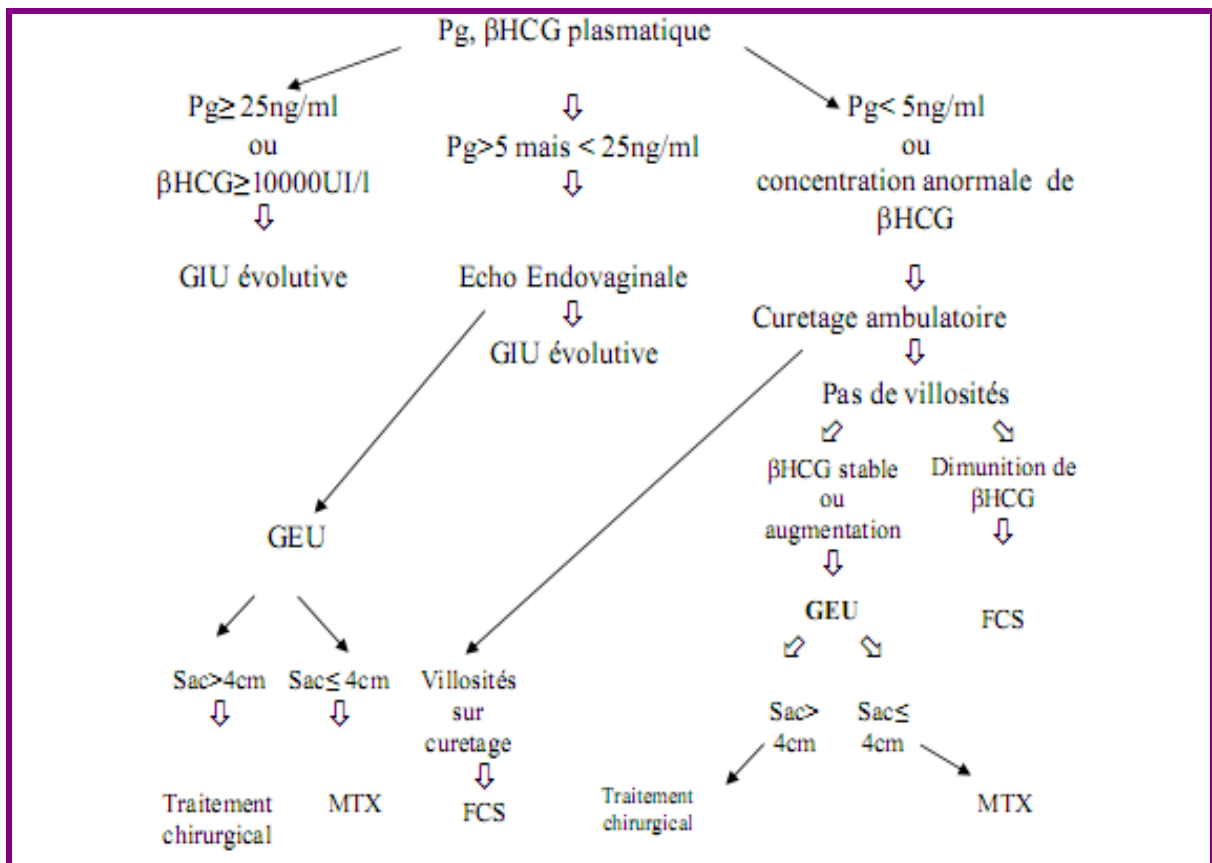


Figure 6 : Algorithme décisionnel pour le diagnostic de GEU sans recourir à la coelioscopie (selon Carson)

V- PRONOSTIC ET DEVENIR OBSTETRICAL :

L'amélioration du diagnostic et de la prise en charge de la GEU dans les pays développés a conduit à un déplacement des préoccupations des cliniciens du danger vital immédiat pour la femme vers la sauvegarde de sa fertilité ultérieure (109) même si les conséquences sur le plan psychologique peuvent être importantes.

Dans notre série, comme chez la plupart des auteurs, la mortalité maternelle associée aux GEU est faible.

En effet nous n'avons relevé aucun cas de décès dans notre série.

La fertilité:

Une partie des études ayant analysé la fertilité sont difficiles à interpréter (nombre de perdues de vue, incertitude sur le désir ultérieur de grossesse).

Le taux global de grossesse (spontanée ou assistées) dans les deux ans qui suivent une grossesse extra utérine est d'environ 60 % (99).

Le taux de récurrence de GEU oscille entre 10 et 30% selon la durée du suivi (99).

Les facteurs les plus associés à la fertilité ultérieure sont l'état de la trompe controlatérale, l'existence d'autres facteurs d'infertilité et l'âge de la femme.

Après prise en compte de ces facteurs, il semble que le taux de grossesse soit comparable selon que le traitement est radical ou conservateur.

Le taux de récurrences semble plus faible en cas de traitement coelioscopique qu'en cas de laparotomie (99).

L'avenir obstétrical des femmes opérées de GEU est sombre:30% restent stériles involontairement, 70% auront un ou plusieurs enfants, 15 à 30 % auront une seconde GEU (110, 111).

Après chirurgie conservatrice, le taux de grossesse est de 35 % et le taux de récurrences est de 9%.

La prise en charge en AMP après GEU sera déterminée par l'état de la trompe controlatérale, l'existence de facteurs d'infertilité associés (endométriose, dysovulation) et l'âge de la femme (111).

Malheureusement dans notre série le pronostic et le devenir obstétrical de nos patientes n'a pas pu être étudié du fait que la plupart de nos patientes sont perdues de vue après la première consultation.



CONCLUSION

La GEU reste une pathologie fréquente partout dans le monde, elle touche surtout la femme jeune, elle est grave car elle présente une urgence fonctionnelle et parfois vitale.

L'étude que nous avons menée au service de gynécologie obstétrique à la Maternité de l'hôpital Régional de Kénitra à propos de 130 cas, dévoile l'aspect et la prise en charge de la GEU dans notre contexte.

Epidémiologie:

- Une incidence de 0,24% inférieure à celle de la littérature.
- Age de l'incidence maximale 21-35 ans rejoint la littérature.
- La GEU reste toujours associée à une faible parité rejoint la littérature.
- les antécédents les plus fréquemment retrouvés sont en chef de file les infections génitales et les avortements, mais avec une fréquence toujours inférieure à celle des pays développés.

Clinique:

Devant le polymorphisme clinique de la GEU, le diagnostic doit être suspecté chez toute femme en âge de procréer et qui présente des signes d'appel qui sont par ordre décroissant: les douleurs pelviennes, les métrorragies et l'aménorrhée.

- 6,92% des cas ont présenté un état de choc à l'admission.
- Les signes physiques les plus retrouvés sont la sensibilité abdominopelvienne, la douleur de la fosse iliaque et un abdomen souple.

Para clinique:

-L'échographie abdomino-pelvienne ou endo-vaginale a été réalisée chez 80,77% des cas dans notre série ; les signes les plus retrouvés sont la masse latéro-utérine et l'épanchement liquidien péritonéal.

-la NFS a été réalisée chez 73,08%.

-Le dosage des β HCG plasmatiques a été réalisé seulement chez 53,08%.

-la coelioscopie n'a été jamais réalisée.

Traitement:

-Toutes nos patientes ont bénéficié du traitement chirurgical, aucune du traitement médical.

-La voie d'abord la plus utilisée est celle de Pfannentiell avec 96,15%.

-La localisation tubaire de la GEU est la plus fréquente avec 94,61%.

-Le traitement chirurgical le plus utilisé est le traitement radical avec un taux de 94,62%.

- 92,31 % des patientes ont bénéficié d'une salpingectomie dont 75,60 % à cause de l'état de la trompe jugée irréparable.

-l'hémopéritoine a été retrouvé lors de l'intervention dans 77,70 % des cas.

-Les suites opératoires étaient simples dans 42,31% des cas.

Pour réduire le nombre de salpingectomie il faut agir à 2 niveaux :

· réduire les séquelles tubaires et adhérentielles par un traitement précoce et énergique des salpingites qui sont une cause importante des GEU dans notre contexte.

· Par Le diagnostic précoce avant le stade de fissuration ou de rupture : par l'information des femmes sur la nécessité de consulter dès les premiers jours de retard de règles surtout si elles ont des facteurs de risque et ceci afin de pouvoir utiliser les moyens de diagnostic précoce dont la fiabilité est actuellement bien établie, à ce sujet nous devons réfléchir sur les moyens de réduire le coût de ces examens qui n'est pas négligeable surtout dans le cadre du traitement médical de la GEU.

On insistera sur l'intérêt de la cœlioscopie en matière du traitement chirurgical que nous espérons voir se développer dans notre pratique, intérêt d'autant plus grand que les GEU soit vues de plus en plus au début de leur évolution, et qu'un traitement conservateur et précoce améliorerait le pronostic fertilité de femmes le plus souvent jeunes et désireuses de grossesses physiologiques.

Prévention :

1) Primaire :

- Prévention des infections sexuellement transmissibles surtout les salpingites (chlamydia, gonocoque).
- Sevrage tabagique.
- Encourager les méthodes contraceptives de longues durées.
- Motivation des femmes à une consultation dès les premiers jours de retard des règles.

2) Secondaire :

- Une réflexion pluridisciplinaire sur les moyens de réduire les coûts des examens complémentaires du diagnostic précoce par une progression vers un accès à l'échographie, au dosage des bêta HCG plasmatiques en routine et surtout à un équipement et une formation en cœlioscopie opératoire des gynécologues.

Tout cela pour faire le diagnostic à temps des grossesses extra-utérines et permettre une prise en charge adéquate.

3) Tertiaire :

- Surveillance stricte en cas de traitement conservateur.

- Prévention de l'allo-immunisation Rhésus chez les femmes Rhésus négatif.



RESUMES

RESUME

Titre : La prise en charge de la grossesse extra-utérine à l'hôpital de Kénitra

Auteur : AMQRANE Fatima

Mots clés : Grossesse extra-utérine – Epidémiologie – Diagnostic – Traitement – Pronostic

Au terme de notre étude qui a concerné 130 cas diagnostiqués et traités au service de Gynécologie obstétrique à la Maternité de l'Hôpital Régional de Kénitra durant une période de 4 ans (2012-2015), nous avons conclu que :

-La fréquence de cette affection est de 1/412 naissances, l'âge moyen est de 31 ans, avec un maximum de fréquence entre 21 et 35 ans.

-Les nullipares et les pauci pares sont les plus atteintes.

-Les facteurs de risques fréquemment retrouvés sont: les avortements 21,54%, salpingites et IST 8,46 % et les antécédent de GEU 2,31%.

-La contraception orale était adoptée dans 25,38 % des cas.

-Cliniquement la triade ; retard de règles (60%), métrorragies (84,61%) et algies pelviennes (88,46%) étaient les principaux signes révélateurs de la GEU.

-Le diagnostic précoce de la grossesse extra-utérine peut être fait grâce au dosage plasmatique de β HCG associé à l'échographie permettant ainsi une prise en charge thérapeutique avant le stade de rupture.

- Le traitement reste dans la majorité des cas, un traitement radical, c'est ainsi que la salpingectomie totale reste le traitement le plus fréquemment pratiqué dans 92,31% des cas.

-Malheureusement, la fertilité après GEU chez ces patientes n'a pas pu être évaluée (la plupart des patientes sont perdues de vue).

-Les thérapeutiques actuelles ont tendance à améliorer la fertilité après GEU, mais ne peuvent être proposées qu'en cas de formes diagnostiquées précocement, d'où encore une fois l'intérêt du diagnostic précoce de cette affection.

SUMMARY

Title: The management of ectopic pregnancy in Kenitra Hospital

Author: AMQRANE fatima

Keywords: ectopic pregnancy, epidemiology, diagnosis ,treatment ,prognosis

At the end of our retrospective study about 130 cases of ectopic pregnancy diagnosed and treated in the department of obstetrics and gynecology at the lying Regional Hospital of Kenitra during 4 years (2012-2015) we would concluded that:

-The frequency of this affection is 1/412 births. The mean age is 31 years old, with a maximum frequency between 21 and 35 years old.

-Nulliparous and paucipares are most affected.

- The frequent risks factors are: Abortions (21,54 %), salpinzitis and the pelvic genital infections (8,46%), prior ectopic pregnancy (2,31%).

- The oral contraception was adopted in 25,38 % of cases.

-Clinically, the three elements, amenorrhea (60%), métrorrhagies (84,61%), and pelvic pains (88,46%) were the main revealing signs of ectopic pregnancy.

- The precocious diagnosis of the ectopic pregnancy is possible and based on plasmatic titrations of BHCG associate to the sonography that permits a therapeutic supervision before the period of rupture.

- The treatment was in the majority of the cases radical, as well as the total salpingectomy is the most frequent treatment and was practiced in 92,31% of the cases.

- Unfortunately, the fertility after ectopic pregnancy in these patients couldn't be valued (the majority of these patients are lost to follow-up).

-The recent therapeutics improved the fertility after the ectopic pregnancy, but could be suggested only in the forms that have been diagnosed precociously, where once again the importance of a precious diagnosis of this affection.

ملخص

العنوان: رعاية الحمل خارج الرحم بمستشفى القنيطرة

من طرف: أمقران فاطمة.

الكلمات الأساسية: الحمل خارج الرحم؛ علم الأوبئة؛ عناصر الخطورة؛ التشخيص؛ العلاج

عند نهاية دراستنا حول 130 حالة حمل خارج الرحم شخصت و عولجت بمصلحة أمراض النساء و الولادة بالمستشفى الجهوي بالقنيطرة، خلال مدة 4 سنوات (2012- 2015) استخلصنا ما يلي:

- يبلغ تردد هذه الإصابة: 412/1 حمل.

- متوسط السن يساوي 31 سنة مع اقصى تردد بين سن 21 و 35 سنة.

- عديمات الولادة و قليلات الولادة هن المصابات بكثرة.

- عناصر الخطورة الملاحظة كثيرة و تتمثل في الإجهاض (54. 21 %)، تعفن الجهاز التناسلي الحوضي (46. 8 %) و حالة سابقة لحمل خارج الرحم (31. 2 %).

-اعتمدت أقراص منع الحمل في 38. 25% من الحالات.

- سريريا، الثلاثي المتمثل في : تأخر العادة الشهرية (60%)، نزيف الدم (61. 84 %) و الألام بالحوض (46. 88%)، تشكل العلامات الأساسية المعبرة عن الحمل خارج الرحم.

- التشخيص المبكر للحمل خارج الرحم يمكن أن يتحقق باستعمال جرعات مصورات BHCG مع القيام بالفحص بتخطيط الصدى و بذلك سيتمكن من التكفل بالعلاج قبل مرحلة التمزق.

- لقد ظل العلاج في أغلب الحالات جذريا كما أصبح الاستئصال التام للبقو الأكثر استخداما و طبق في (31. 92 %) من الحالات.

- للأسف لم نوفق في تقييم الخصوبة بعد الحمل خارج الرحم عند المريضات لأنه مجهل مصير أغلبهن.

- طرق العلاج الحديثة ترمي إلى تحسين الخصوبة بعد الحمل خارج الرحم؛ مما يدفع إلى التأكيد مرة أخرى على أهمية التشخيص المبكر لهذه الإصابة



BIBLIOGRAPHIE

- [1] BOUYER.J.
Epidémiologie de la grossesse extra-utérine: incidence, facteurs de risque et conséquences.
J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod.2003, 32(7) :8-17.
- [2] GOFFINET.F, DREYFUS.M, MADELENAT.P.
Recommandations pour la pratique clinique : Prise en charge de la grossesse extra-utérine.
Gynecol.Obstet.Fertil.2004, 32 :180-185.
- [3] MONNIER.J.C, VANTYGHEN.A, VANTYGHEN-HAUDIQUET.M.C, LANCIAU.B, VINATIER.B.
La grossesse extra-utérine : Aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques.
A propos de 117 observations relevées d'avril 1976 à septembre 1983.
J.Gynécol.Obstet.Biol.Repro 1988, 14,67-75.
- [4] JOB-SPIRAN; COSTE; AUBLET.
Fréquence de la grossesse extra-utérine et caractéristiques des femmes traitées: premiers résultats du registre d'Auvergne.
La presse médicale, 1995, 24.
- [5] BEN HMID RIM, MAHJOUB SAMI, MOURALI MAECHAL.
Prise en charge de la grossesse extra-utérine. A propos de 77 cas
LA TUNISIE MEDICALE ,2006 ; 84(n°4) :238-241.

- [6] SYT, DIALLO Y.
Prise en charge de la grossesse extra-utérine à Conakry (Guinée)
Med Trop 2009 ; 69 :565-568.
- [7] M.NAYAMA M, A.GALLAIS, N.OUSMANE, N.IDI, A.TAHIROUB,
M.GARBA, B.DJIBRII, M.BOUKERROU.
Prise en charge de la grossesse extra-utérine dans les pays en voie de
développement : exemple d'une maternité de référence au Niger.
Gynécologie Obstétrique et Fertilité, 2006,34 :14-18.
- [8] MALTOUF.M.
GEU à Essaouira à propos de 80 cas.
Thèse.Med.Casa.1995, 42.
- [9] ZAGHLOUL MOUNA.
Aspects actuels de la grossesse extra-utérine (A propos de 130 cas).
Thèse .Med.Casa 2006.
- [10] RAFIA MOHAMED.
Prise en charge de la grossesse extra-utérine au service de gynéco-
obstétrique "B" (A propos de 86 cas).
Thèse .Med.Casa 2006,137.
- [11] MEHDIOUI AICHA.
Gravité de la grossesse extra-utérine à la maternité de rabat.
Thèse de Méd. Rabat, 2000.

- [12] MIMOUNI FADOUA.
Grossesse extra utérine (à propos de 97 cas)
Thèse de Med. Fès, 2009 /36.
- [13] FERKOUS GHIZLANE.
Grossesse extra utérine de 117 cas
Thèse de Med.Rabat, 2011/110.
- [14] KARAER AVSAR BATIOGLU:
Risk factors of ectopic pregnancy.
Australian and New Zealand journal of obstetrics A,2006, 46:521-527
- [15] ADDANIAOUI.K.
Les traitements actuels de la grossesse extra-utérine (revue de littérature)
Thèse.Med.Casa.2000, 181.
- [16] COSTE.J, JOB SPIRA.N.
Les facteurs de risque de la grossesse extra-utérine.
Pathologie Biologie.1991, 39(10) :15-16.
- [17] FERNANDEZ.H, COSTE.J, SPIRA.J.
L'appendicectomie, facteur de risque de grossesse extra-utérine.
La presse médicale.1992, 21(39)
- [18] SETOUANI, SNAIBI, OUADGHIRI.A, BOUTALEBY.
Etude de la fécondité après GEU.
Gynecologie.1987, 38(1):62-66.

- [19] BOUYER J, COSTE J, SHOJAEI T.
Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case-control population based study in France.
Am J Epidemiology 2003;157:185-94.
- [20] C THARAUX-DERREUX, J BOUYER, N Job-SPIRA, J COSTE and A SPIRA.
Risk of ectopic pregnancy and previous induced abortion.
Am J Public Health, 1998 March;88(3):401-405.
- [21] FERNANDEZ.H, COSTE.J, JOB-SPIRA.N, SPIRA.A, PAIERNIK.E.
Facteurs de risque de la grossesse extra-utérine
Etude de cas témoins dans 7 maternités de la région parisienne.
J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod, 1991,20 : 373-379.
- [22] SEBBAN.S, SITBOND.D, BENIFLA.J.L, RENOLEAU.C, DARI.E, MADELENAT.P.
Grossesse extra-utérine.
Encyc. Med. Chir (Elsevier Paris) Gynécologie/Obstétrique, 5-032-A-30, 1996.
- [23] ERREGUAGUI.L.
Aspects actuels de la grossesse extra-utérine : A propos de 82 cas.
Thèse .Med.Casa.2003, 203.
- [24] Pr HERVE FERNANDEZ.
Grossesse extra-utérine: Etiologie, diagnostic, évolution, traitement.
La revue du praticien 2000,5.

- [25] C.FORVEILLE, D.BOULIEU.
Grossesse extra-utérine après fécondation in vitro.
J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod, 1997,26,374-378.
- [26] SERGENT.F, VERSPYCK.E, MARPEAU.L.
Prise en charge de la grossesse extra-utérine après fécondation in vitro.
J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod.2003, 32:256-260.
- [27] CHAPRON.C, FERNADEZ.H, DUBUISSON.J.B.
Le traitement de la grossesse extra-utérine en l'an 2000.
J.Gynecol. Obstet. Biol. Reprod 2000, 29: 351-361.
- [28] COSTE.J, JOB SPIRA.N.
Aspects épidémiologiques des grossesses extra-utérines.
J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod 1998,17 : 991-1001.
- [29] COSTE J, JOB-SPIRA N.
Epidemiologic aspects of extra-uterine pregnancy
J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1988;17(8):991-1001.
- [30] FERRAND.S, MADELENAT.P.
Grossesse extra-utérine.
Encycl.Med.Chir.Gynécologie.1991, 700-A10 :9p.

- [31] SEBBAN.S, SITBOND.D, BENIFLA.J.L, RENOLEAU.C, DARI.E, MADELENAT.P.
Grossesse extra-utérine.
Encyc. Med. Chir (Elsevier Paris) Gynécologie/Obstétrique, 5-032-A-30, 1997.
- [32] J.DEKEYSER-BOCCARA and J.MILLIEZ.
Tabac et grossesse extra-utérine: y a-t-il un lien de causalité?
J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod.2005, 34,suppl 1:119-123.
- [33] COSTE.J, BOUYER.J, FERNADEZ.H, JOB SPIRA.N.
Prédire le risque de grossesse extra-utérine.
Construction et validation d'une échelle de risque française.
Contracept. Fertil. Sex, 1998,26, 6: 643-648.
- [34] FERNADEZ.H.
Grossesse extra-utérine, étiologies, diagnostic, évolution. traitement.
Revue du praticien, 2000, 50, 20.
- [35] LEMOINE.J.P, DAGORNE.J.M, PAQUET.M, DUVAL.CL, DEMORY.J.
Etude épidémiologique de la grossesse extra-utérine : A propos de 375 cas observations.
Rev. Fr.Gynécol.Obstet, 1987, 82,3:175-183.

- [36] BOUYER.J, RACHOU.E, GERAIN.E, FERNADEZ.H, COST.J, POLY.J.L, JOB-SPIRA.
Risks factors for extra uterine pregnancy in women using an intra-uterine device.
Fertility and sterility, 2000, 74, 5.
- [37] GOFFINET F, DREYFUS M.
Recommandations pour la pratique clinique: prise en charge de la grossesse extra-utérine. CNGOF. Gynécologie Obstétrique et fertilité 2004 ; 32 :180-185.
- [38] DUPUIS O, CLERC J, MADELENAT G, GOLFIER F, RAUDRANT D.
Grossesse extra-utérine.
Encycl. Méd. Chirurg. Gynécologie obstétrique 2009, 5-032-A30.
- [39] SEAK-SAN.S, MOULINASSE.R, VAN WMERSCH.G, SARTENAER.J.G.
La grossesse extra-utérine : mise au point et approche hystéroscopique de la pathologie.
Rev. Fr. Gynecol. Obstet, 1998, 93,4: 291-296.
- [40] O DEPUIS, J CLERC,P MADELENAT ,F GOLFIER,D RAUDRANT.
Grossesse extra-utérine.
Encycl. Méd. Chirurg.Gynécologie obstétrique.2009.

- [41] HAMDAD F, ORFILA J, BOULANGER JC, EB F.
Infections urogénitales féminines à Chlamydia trachomatis. Meilleures approches diagnostiques. Gynécologie.
Obstétrique et Fertilité 2004, 32 : 1064-1074.
- [42] ARRACH SIHAM.
Traitement coelioscopique de la grossesse extra utérine (à propos de 18 cas).
Thèse de Méd. Fès 2014/48.
- [43] FAUCONNIER.A, MABROUK.A, HEITZ.D, VILLE.Y.
Grossesse extra-utérine: Intérêt et valeur de l'examen clinique dans la prise en charge.
J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod 2003;32 suppl 7:3S18-3S27.
- [44] MH. ALAMI, Z. TAZI.
Grossesse extra utérine à propos de 25 cas, aspects thérapeutiques et revue de la littérature Médecine du Maghreb 1998 n°70.
- [45] MATTHIEU TALAGAS – JOSEPHINE LEDUC.
Grossesse extra utérine.
Module de la conception à la naissance 2004
Paris: ESTEM, 2004.

- [46] P.MONNIER-BARBARINO.
Grossesse extra utérine : apport des examens paracliniques hors échographie.
J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod 2003; 32 (suppl au n°7) 3S 39-53.
- [47] MENARD J-P, BRETTELE F, D'ERCOLE C, BOUBLI L.
Place de la biologie parmi les stratégies diagnostiques de la grossesse extra-utérine.
Immuno-analyse et biologie spécialisée. 2011 ; 26, 13-18.
- [48] BENJELLOUN ZINEB.
Traitement chirurgical de la grossesse extra utérine (à propos de 108 cas).
Thèse de Méd. Fès 2015/49.
- [49] BARNHART K.
Prompt diagnosis of ectopic pregnancy in an emergency department setting.
Obstet Gynecol 1994;84:1010-5.
- [50] KIRK E, CONDOUS G, BOURNE T.
Pregnancies of unknown location. Best Pract Res
Clin Obstet Gynaecol 2009; 23: 493-9.

- [51] KADAR N.
Discriminatory hCG zone : its use in the sonographic evaluating for ectopic pregnancy.
Obstet Gynecol 1981 ;58:156-61.
- [52] MOL BW:
Serum HCG measurement in the diagnosis of ectopic pregnancy when transvaginal sonography is inconclusive.
Fertil steril 1998;70:972-81.
- [53] ABOULFALAH. A, ABBASSI. H, MORSAD. F, MATAR. N, EL MANSOURI. A.
La grossesse extra utérine : nouveautés diagnostiques et thérapeutiques.
Espérance médicale, juin 2002, 7, 62, 322-326.
- [54] GRAVIER.A, DESCARGUES.G, VOISIN.F, MONTEL.A, LE GRAND.A, LEMOINE.J.P, MARPEAU.L.
Plasma progesterone kinetics following surgical treatment of ectopic pregnancy.
Eur.J.Obstet.Gynecol.Reprod.Biol, 2001, 97,1 : 65-70.
- [55] BENSALAH.K, KHABTHANI.L, KEFI.L, KHEREDDINE.T, ZAOUCHE.A, ENNABLI.E.
Les grossesses extra utérines rompues vues en milieu chirurgical A propos de 16 cas
La Tunisie médicale 68, 12, décembre 1990.

- [56] LANZAC.J, LECOMPTE.P.
Gynécologie pour le praticien.
5ème édition, 1999.
- [57] NOWCEK.G, MEYER.W, MCMAHON.M, THORP.J, WELLS.S.
Diagnostic value of cervical feta fibronetic in detecting extra uterine pregnancy.
Fertility and sterility, 1999,72,2.
- [58] ARDENS.Y, GUERIN.B, PERROT.N, LEGOEFF.F.
Apport de l'échographie dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine.
J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod.2003,32(7) :28-38.
- [59] P. BOURGEOT, Y. ROBERT.
Échographie du premier trimestre.
Encycl. Méd. Chirurg. Radiologie 1, Obst, 68-97, 2004.
- [60] SAWYER E, JURKOVIC D.
Ultrasonography in the diagnosis and management of abnormal early pregnancy.
Clin Obstet Gynecol 2007;50:31-54.
- [61] ARDAENS Y, Du MASGENET B-G, COQUEL P.
Diagnostic précoce de la grossesse intra et extra-utérine.
Echographie et imagerie pelvienne en pratique gynécologique. 5ème édition ; Masson, pages 487-500.

- [62] CHECHIA.A, KOUBAA.A, TERRAS.A, BAHRI.N, MAKHLOUF.T.
Diagnostic échographique des grossesses extra-utérines. A propos de
109 cas
La Tunisie médical. 78, 10,2000.
- [63] EL GHAOUI.A, AYOUBI.J, KO-KIVOK-YUN.P, BENEVENT.J.B,
SARAMON.M.F, MONROZIES.X.
Diagnostic échographique des grossesses extra-utérines. A propos de
110 cas.
Revue. Fr. Gynecol. Obstet 1998,93,4 : 285-290.
- [64] ABRAHAMSON. L, NEWTON. W.
What is the optimal protocol for diagnosis of ectopic pregnancy?
The journal of family practice, July 2001, 50, 7.
- [65] BOOG.G, CORNEILLO.F, CAROFF.J.
Place de l'échographie et du dosage plasmatique de l'HCG dans le
diagnostic de la grossesse extra utérine
Revue. Fr. Gynecol. Obstet, 1982, 77, 5: 303-3011.
- [66] ENGELSBEL.S, MOL.B, HAJENIUS.P, ANKUM.W, VEEN.F,
HEMRIKA.D, BOUSSUYT.P.
Non invasive management of patients with suspected ectopic
Pregnancy: A surgy among Dutch gynaecologists.
Eur. J.Obstet.Gynecol.Reprod.Biol. 2001,95,1.

- [67] HACHEM.L.
Grossesse extra-utérine à El Jadida: à propos de 102 cas.
Thèse Med.Casa.1992, 268.
- [68] WORLD HEALTH ORGANISATION.
Prise en charge des complications de la grossesse
Février, 2004.
- [69] MAGE G.
Traitement coeliochirurgical de la GEU.
Chirurgie coelioscopique en gynécologie, 2ème édition. Masson 2013,
pages 51-62.
- [70] Grossesse extra-utérine:www.aly-abbaraa.com gynéco-obstétricien
avicenne.info, Paris/France, 12 Décembre2008.
- [71] KIMATA.P, AMAR.N, BENIFLA.J.C, MADELENAT.P.
Diagnostic des grossesses extra-utérines.
Revue du praticien 2002,52,16.
- [72] GERVAISE.A, TAYRAC.R, FERNANDEZ.H.
Stratégie diagnostique de la grossesse extra-utérine: place de la biopsie
de l'endomètre et de l'hystérocopie.
J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod.2003,32 :417-419.

- [73] KURT.T,BARNHART,INGRIDKARTZ,AMY HUMMEL, CLARICA, GARSIA.
Presumed diagnosis of ectopic pregnancy.
Obstetrics and Gynaecology. 2002,100, 3.
- [74] NEATT.M, TRELSSER.A.
GEU, étiologies, diagnostic, évolution, pronostic, principes de traitement.
Revue du praticien 1992,42,1 : 97-100.
- [75] ROBIN F, LECURA F, BERNARD JP.
Use of hysterosalpingosonography for early diagnosis of ectopic pregnancy .
Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1998.79 :217-8.
- [76] BEDDOUK.R, NAEPELS.P, GONDRY.C, CAMIER.B, BESSERVE.P, BOULANGER.J.C, GONDRY.J.
Diagnostic et concepts actuels de prise en charge de la grossesse abdominale avancée. Gynecol.Obstet.Fertil.2004,32 :55-61.
- [77] EISAKY.YODEN, YOSHINARI.IMAYO, HIDEAKI.YAMAUCHI, ICHIRO.KOHN.
Ectopic pregnancy showing intersting finding on MR imaging
Am. Journal Roentgenal, 2001,176,3 : 818-819.

- [78] ATABEKOGLU.C.
Ovarian ectopic pregnancy after intracytoplasmic sperm injection.
Eur.J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.2004,112(1):104-106.
- [79] BENFADHEL.G, LAHMAR.A, FALFOUL.A, TRIKI.A, CHEDLY-DEBBICHE.A, MESTIRI.H, MZABI-REGAYA.S.
La grossesse ovarienne: le point en 1998. A propos de deux cas avec revue de littérature.
Revue. Fr. Gynecol. Obstet, 1999, 94, 4, 280-286.
- [80] JOURDAIN.O, FONTANGES.M, SCHIANO.A, RAUCH.F, GONNRT.J.
Prise en charge des autres ectopies annexielles (cornuale, interstitielle, angulaire, ovarienne)
J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod.2003, 32(7) :93-100.
- [81] SERGENT.F, MAUGER-TINLOT.F, GRAVIER.A, VERSPYCK.E, MARPEAU.L
Grossesses ovariennes : réévaluation des critères diagnostiques.
J.Gynecol.Obstet.Biol, Reprod 2002,31 : 741-746.
- [82] GUERRIER.G, WARTANIAN.R, BOBLET.V, ROHMER.E, LELIRZIN.R
La grossesse cervicale, apport de l'échographie au diagnostic et à la prise en charge thérapeutique.
Rev. Fr. Gynecol. Obstet. 1995, 90: 7-9.

- [83] ILOKI.L.H, IBARA.J.R, KOUBAKA.R, ITOUA.C.
La grossesse cervicale : diagnostic échographique en prise en charge à propos d'un cas
Médecine d'Afrique Noire : 2000,47(3) : 172-174.
- [84] CRISTALLI.B, GUICHAOUA.H, HEID.M, IZARD.V,
LEVARDON.M
Grossesse ectopique abdominale. Limites du traitement coelioscopique.
J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod 1992,21 : 751-753.
- [85] DIOUF.A, DIOUF.F, CISSE.C.T, DIALLO.D, GAYE.A, DIADHIO.F.
La grossesse abdominale a terme avec enfant vivant A propos de deux observations
J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod, 1996,25 : 212-215.
- [86] EGO.A, SUBTIL.D, COSSON.M, LEGOUEFF.F, DEBARGE.V,
QUERLEU.D.
Survival analysis of fertility after ectopic pregnancy.
Fertility and sterility, 2001,75,3.
- [87] RIETHMULLER.D, COURTOIS.L, MAILLET.R, SCHALL.J.
Prise en charge de la grossesse extra-utérine : les autres ectopies (cervicale et abdominale)
J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod.2003, 32(7) :101-108.
- [88] DIALLO.D, AUBARD.Y, PIVER.P, BAUDET.J.H.
Grossesse hétérotopique : A propos de 5 cas et revue de la littérature
J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod, 2000,29,131-141.

- [89] RADHOUANE A' GHAE, KHALED N.
Grossesse hétérotopique : à propos d'un cas et revue de la littérature
Imagerie de la Femme Volume 24, Issue 4, December 2014, Pages
177–180.
- [90] LAGHZAOUI BOUKAIDI.M, BOUHYA.S, SEFRIOUI.O,
BENNANI.O, HERMAS.S, ADERDOUR.M.
Grossesses hétérotopiques : à propos de huit cas.
Gynecol.Obstet.Fertil.2002, 30,218-23.
- [91] CETIN.M.T, OZGUNEN.F.T.
Grossesse dans une corne rudimentaire.
J.Gynécol.Obstet. Biol. Reprod. 1991, 20: 867-873.
- [92] SEFRIOUI.O, MIKOU.F, ZINOUN.N, ABBASSI.H, MORSAD.F,
ELMANSOURI.A, BEKKAY.M.
La grossesse hétérotopique dont l'une sur une corne rudimentaire.
Rev.Fr.Gynecol.Obstet.1999, 94, 6,525-527.
- [93] SALMON.L, DANOY.X, DARBOIS.Y.
Traitement de la grossesse extra-utérine par le méthotrexate.
Rev Prat 2001,51 : 5-7.
- [94] STOVALL TG, LING FW.
Single -dose of methotrexat : an expanded clinical trial.
Am J Obstet Gynecol 1993; 168 : 1759-62.

- [95] LIPSCOMB GH, MEYER NL, FLYNN DE, PETERSON M , LING FW.
Oral methotrexate for treatment of ectopic pregnancy.
Am J Obstet Gynecol 2002; 186 :1192-5.
- [96] O. GARBIN, R. DE TAYRAC, L. DE PONCHEVILLE.
Traitement médical des grossesses extra-utérines : un essai clinique randomisé comparant méthotrexate-mifépristone et placebo-méthotrexate
J.Gynécol.Obstét.Biol. Reprod 33, 5, September 2004, Pages 391-400.
- [97] E.CAMUS, J.-S.AUCOUTURIER, D.HEITZ.
Place réelle de l'abstention dans le traitement de la grossesse extra utérine.
J. Gynecol. Obstet.Biol.Reprod 2003;32:413-416.
- [98] M. CANIS, D. SAVARY, J.-L. POULY, A. WATTIEZ, G. MAGE.
Grossesse extra-utérine :critères de choix du traitement médical ou du traitement chirurgical
J. Gynecol.Obstet.Biol.Reprod 2003 Vol 32, N° S7 pp. 54-63.
- [99] P. MADELENAT.
Prise en charge de la grossesse extra-utérine (2003)
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003; 32 suppl. n°7:3S6-3S112.
- [100] G.ORAZI, M.COSSON.
Traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine.
J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod 2003 ; 32 suppl.au n°7 : 3S75-3S82.

- [101] DESSOLLE L, DETCHEV R Et DARAI E.
Chirurgie de la grossesse extra-utérine
Encycl.Méd.Chir (paris) Tech chir - Gynécologie, 41-530, 2002,11 p.
- [102] O.JOURDAIN, M.FONTANGES, A.SCHIANO, F.RAUCH,
J.M.GONNET.
Prise en charge des autres ectopies annexielles
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003 ; 32suppl n 7 : 3S93-3S100.
- [103] AZOULAY.P.
La grossesse extra-utérine.
Revue. Fr. Gynecol. Obstet, 1994, 89(11): 547-552.
- [104] BEN-ARIF.A, GOLDCHNIT.R, DGANI.R, HAZON.Y, BEN-
HUR.H, OPEN.M, HAGAY.Z.
Trophoblastic peritoneal implants after laparoscopic treatment of
ectopic pregnancy.
European journal of obstetrics and gynecology and reproductive
biology, 2001,96,1.
- [105] A.GERVAISE.
Conduite à tenir en cas de prise en charge non chirurgicale d'une
grossesse extra-utérine.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003 ; 32 suppl. n°7:3S64-3S74.
- [106] DELOIA JA.
Effects of methotrexate on throphoblast proliferation and local immune
reponses.
Hum Reprod 1998; 13 : 1063-9.

- [107] BERNARD BLANC, CHARLES SULTAN, CHRISTIAN JAMIN.
Grossesse extra-utérine
Traité de gynécologie médicale, 2004, 608 pages, p304. Springer, octobre 2004.
- [108] CHAPRON.C, POULY.J.L, WATIEZ.A, MAGE.G, CANIS.M,
MANHES.H, BRUHAT.N.
Traitement coelioscopique conservateur des grossesses extra-utérines isthmiques
J.Gynecol.Obstet.Biol. Reprod 1991,20 : 923-927.
- [109] J.BOUYER, H.FERNANDEZ, J.COSTE , J.-L.POULY , N.JOB-SPIRA.
Fertilité après grossesse extra-utérine.
J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod 2003 ; 32 : 431-438.
- [110] JOB-SPIRA N, BOUYER J , POULY J.L.
Fertility after ectopic pregnancy : first results of population –based cohort study in France .
Human.Reprod.1996,1.99-104.
- [111] JACQUES LANSAC, PIERRE LECOMTE, HENRI MARRET.
Collection pour le praticien : Gynécologie.
Paris Elsevier Masson, 2007 - 574 pages, p161.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
- Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.
- Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.
- Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.
- Les médecins seront mes frères.
- Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.
- Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.
- Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.
- Je m'y engage librement et sur mon honneur.

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضواً في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
- ◀ وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
- ◀ وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول.
- ◀ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
- ◀ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
- ◀ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
- ◀ وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
- ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
- ◀ وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطرق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
- ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بالله.

والله على ما أقول شهيد .

رعاية الحمل خارج الرحم بمستشفى القنيطرة

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم:

من طرف

الآنسة: فاطمة أمقران

المزودة في: 20 نونبر 1989 بالقنيطرة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: الحمل خارج الرحم - علم الأوبئة - عناصر الخطورة - التشخيص - العلاج.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس ومشرف

السيدة: عائشة خرباش

أستاذة في طب النساء والتوليد

السيد: عزيز بيضاة

أستاذ في طب النساء والتوليد

السيدة: أمينة لخضر

أستاذة في طب النساء والتوليد

السيد: ابراهيم غراب

أستاذ في طب النساء والتوليد

أعضاء