

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

ANNEE: 2011

THESE N°: 110

LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE
A PROPOS DE 117 CAS

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mme. Ghizlane FERKOUS

Née le 26 Mai 1983 à Elharrach (Algérie)

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Grossesse extra-utérin – Facteurs de risque – Diagnostic – Traitement.

JURY

Mme. A. KHARBACH

Professeur de Gynécologie-obstétrique

Mme. A. LAKHDAR

Professeur de Gynécologie-obstétrique

Mr. R. BERRADA

Professeur de Gynécologie-obstétrique

Mme. N. ZERAIDI

Professeur de Gynécologie-obstétrique

**PRESIDENT &
RAPPORTEUR**

JUGES

بسم الله الرحمن الرحيم

قال الله تعالى في الحديث القدسي

عبدني جعلت لك قرارا في بطن امك وغشيت وجهك بغشاء لنلا تفرع من الرحم
وجعلت وجهك إلى ظهر أمك لنلا تؤذيك رائحة الطعام وجعلت لك متكأ عن يمينك ومتكأ
عن شمالك فأما الذي عن يمينك فالكبد وأما الذي عن شمالك فالطحال وعلمتك القيام
والقعود في بطن امك فهل يقدر على ذلك أحد غيري فلما تمت مدة حملك أوحيت إلى
الملك المؤكل بالأرحام أن يخرجك على ريشة من جناحه لا لك سن تقطع ولا يد تبطش
ولا قدم تسعى بها وانبعث لك عرقين رقيقين في صدر أمك يجريان لبنا خالصا دافئا في
الشتاء وباردا في الصيف والقيت محبتك في قلب أبويك فلا يشبعان حتى تشبع ولا
يرقدان حتى ترقد فلما قوي ظهرك واشتد أزرعك بارزتني بالمعاصي ولم تستحي مني
ومع هذا ان دعوتني اجبتك وإن سألتني أعطيتك وإن تبت إلي قبلتك.



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

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Docteur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI

ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Najia HAJJAJ
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et estudiantines
Professeur Mohammed JIDDANE
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Ali BENOMAR
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Yahia CHERRAH
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

PROFESSEURS :

Février, Septembre, Décembre 1973

1. Pr. CHKILI Taieb Neuropsychiatrie

Janvier et Décembre 1976

2. Pr. HASSAR Mohamed Pharmacologie Clinique

Mars, Avril et Septembre 1980

3. Pr. EL KHAMLICHI Abdeslam Neurochirurgie
4. Pr. MESBAHI Redouane Cardiologie

Mai et Octobre 1981

5. Pr. BOUZOUBAA Abdelmajid Cardiologie
6. Pr. EL MANOUAR Mohamed Traumatologie-Orthopédie
7. Pr. HAMANI Ahmed* Cardiologie
8. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih Chirurgie Cardio-Vasculaire
9. Pr. SBIHI Ahmed Anesthésie –Réanimation
10. Pr. TAOBANE Hamid* Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

11. Pr. ABROUQ Ali* Oto-Rhino-Laryngologie
12. Pr. BENOMAR M'hammed Chirurgie-Cardio-Vasculaire
13. Pr. BENSOU DA Mohamed Anatomie

- | | | |
|-----|------------------------------|----------------------|
| 14. | Pr. BENOSMAN Abdellatif | Chirurgie Thoracique |
| 15. | Pr. LAHBABI ép. AMRANI Naïma | Physiologie |

Novembre 1983

- | | | |
|-----|-------------------------------|---------------------|
| 16. | Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir* | Pneumo-phtisiologie |
| 17. | Pr. BALAFREJ Amina | Pédiatrie |
| 18. | Pr. BELLAKHDAR Fouad | Neurochirurgie |
| 19. | Pr. HAJJAJ ép. HASSOUNI Najia | Rhumatologie |
| 20. | Pr. SRAIRI Jamal-Eddine | Cardiologie |

Décembre 1984

- | | | |
|-----|----------------------------------|-------------------------|
| 21. | Pr. BOUCETTA Mohamed* | Neurochirurgie |
| 22. | Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil | Radiothérapie |
| 23. | Pr. MAAOUNI Abdelaziz | Médecine Interne |
| 24. | Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi | Anesthésie -Réanimation |
| 25. | Pr. NAJI M'Barek * | Immuno-Hématologie |
| 26. | Pr. SETTAF Abdellatif | Chirurgie |

Novembre et Décembre 1985

- | | | |
|-----|---------------------------------------|---|
| 27. | Pr. BENJELLOUN Halima | Cardiologie |
| 28. | Pr. BENSALID Younes | Pathologie Chirurgicale |
| 29. | Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa | Neurologie |
| 30. | Pr. IHRAI Hssain * | Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale |
| 31. | Pr. IRAQI Ghali | Pneumo-phtisiologie |
| 32. | Pr. KZADRI Mohamed | Oto-Rhino-laryngologie |

Janvier, Février et Décembre 1987

- | | | |
|-----|---------------------------------------|------------------------------|
| 33. | Pr. AJANA Ali | Radiologie |
| 34. | Pr. AMMAR Fanid | Pathologie Chirurgicale |
| 35. | Pr. CHAHED OUAZZANI Houria ép.TAOBANE | Gastro-Entérologie |
| 36. | Pr. EL FASSY FIIHRI Mohamed Taoufiq | Pneumo-phtisiologie |
| 37. | Pr. EL HAITEM Naïma | Cardiologie |
| 38. | Pr. EL MANSOURI Abdellah* | Chimie-Toxicologie Expertise |
| 39. | Pr. EL YAACOUBI Moradh | Traumatologie Orthopédie |
| 40. | Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah | Gastro-Entérologie |
| 41. | Pr. LACHKAR Hassan | Médecine Interne |
| 42. | Pr. OHAYON Victor* | Médecine Interne |
| 43. | Pr. YAHYAOUI Mohamed | Neurologie |

Décembre 1988

- | | | |
|-----|---------------------------------|--------------------------|
| 44. | Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib | Chirurgie Pédiatrique |
| 45. | Pr. DAFIRI Rachida | Radiologie |
| 46. | Pr. FAIK Mohamed | Urologie |
| 47. | Pr. HERMAS Mohamed | Traumatologie Orthopédie |
| 48. | Pr. TOLOUNE Farida* | Médecine Interne |

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

- | | | |
|-----|---------------------|------------------|
| 49. | Pr. ADNAOUI Mohamed | Médecine Interne |
| 50. | Pr. AOUNI Mohamed | Médecine Interne |

51.	Pr. BENAMEUR Mohamed*	Radiologie
52.	Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali	Cardiologie
53.	Pr. CHAD Bouziane	Pathologie Chirurgicale
54.	Pr. CHKOFF Rachid	Pathologie Chirurgicale
55.	Pr. FARCHADO Fouzia ép.BENABDELLAH	Pédiatrique
56.	Pr. HACHIM Mohammed*	Médecine-Interne
57.	Pr. HACHIMI Mohamed	Urologie
58.	Pr. KHARBACH Aïcha	Gynécologie -Obstétrique
59.	Pr. MANSOURI Fatima	Anatomie-Pathologique
60.	Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda	Neurologie
61.	Pr. SEDRATI Omar*	Dermatologie
62.	Pr. TAZI Saoud Anas	Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

63.	Pr. AL HAMANY Zaïtounia	Anatomie-Pathologique
64.	Pr. ATMANI Mohamed*	Anesthésie Réanimation
65.	Pr. AZZOUZI Abderrahim	Anesthésie Réanimation
66.	Pr. BAYAHIA Rabéa ép. HASSAM	Néphrologie
67.	Pr. BELKOUCHI Abdelkader	Chirurgie Générale
68.	Pr. BENABDELLAH Chahrazad	Hématologie
69.	Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdellatif	Chirurgie Générale
70.	Pr. BENSOU DA Yahia	Pharmacie galénique
71.	Pr. BERRAHO Amina	Ophtalmologie
72.	Pr. BEZZAD Rachid	Gynécologie Obstétrique
73.	Pr. CHABRAOUI Layachi	Biochimie et Chimie
74.	Pr. CHANA El Houssaine*	Ophtalmologie
75.	Pr. CHERRAH Yahia	Pharmacologie
76.	Pr. CHOKAIRI Omar	Histologie Embryologie
77.	Pr. FAJRI Ahmed*	Psychiatrie
78.	Pr. JANATI Idrissi Mohamed*	Chirurgie Générale
79.	Pr. KHATTAB Mohamed	Pédiatrie
80.	Pr. NEJMI Maati	Anesthésie-Réanimation
81.	Pr. OUAALINE Mohammed*	Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
82.	Pr. SOULAYMANI Rachida ép.BENCHEIKH	Pharmacologie
83.	Pr. TAOUFIK Jamal	Chimie thérapeutique

Décembre 1992

84.	Pr. AHALLAT Mohamed	Chirurgie Générale
85.	Pr. BENOUDA Amina	Microbiologie
86.	Pr. BENSOU DA Adil	Anesthésie Réanimation
87.	Pr. BOUJIDA Mohamed Najib	Radiologie
88.	Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza	Gastro-Entérologie
89.	Pr. CHRAIBI Chafiq	Gynécologie Obstétrique
90.	Pr. DAOUDI Rajae	Ophtalmologie
91.	Pr. DEHAYNI Mohamed*	Gynécologie Obstétrique
92.	Pr. EL HADDOURY Mohamed	Anesthésie Réanimation
93.	Pr. EL OUAHABI Abdessamad	Neurochirurgie
94.	Pr. FELLAT Rokaya	Cardiologie
95.	Pr. GHAFIR Driss*	Médecine Interne

- | | | |
|-----|-------------------------------------|-------------------------|
| 96. | Pr. JIDDANE Mohamed | Anatomie |
| 97. | Pr. OUZZANI TAIBI Med Charaf Eddine | Gynécologie Obstétrique |
| 98. | Pr. TAGHY Ahmed | Chirurgie Générale |
| 99. | Pr. ZOUHDI Mimoun | Microbiologie |

Mars 1994

- | | | |
|------|-------------------------------------|---|
| 100. | Pr. AGNAOU Lahcen | Ophtalmologie |
| 101. | Pr. AL BAROUDI Saad | Chirurgie Générale |
| 102. | Pr. BENCHERIFA Fatiha | Ophtalmologie |
| 103. | Pr. BENJAAFAR Noureddine | Radiothérapie |
| 104. | Pr. BENJELLOUN Samir | Chirurgie Générale |
| 105. | Pr. BEN RAIS Nozha | Biophysique |
| 106. | Pr. CAOUI Malika | Biophysique |
| 107. | Pr. CHRAIBI Abdelmjid | Endocrinologie et Maladies Métaboliques |
| 108. | Pr. EL AMRANI Sabah ép. AHALLAT | Gynécologie Obstétrique |
| 109. | Pr. EL AOUAD Rajae | Immunologie |
| 110. | Pr. EL BARDOUNI Ahmed | Traumato-Orthopédie |
| 111. | Pr. EL HASSANI My Rachid | Radiologie |
| 112. | Pr. EL IDRISSE LAMGHARI Abdennaceur | Médecine Interne |
| 113. | Pr. EL KIRAT Abdelmajid* | Chirurgie Cardio- Vasculaire |
| 114. | Pr. ERROUGANI Abdelkader | Chirurgie Générale |
| 115. | Pr. ESSAKALI Malika | Immunologie |
| 116. | Pr. ETTAYEBI Fouad | Chirurgie Pédiatrique |
| 117. | Pr. HADRI Larbi* | Médecine Interne |
| 118. | Pr. HASSAM Badredine | Dermatologie |
| 119. | Pr. IFRINE Lahssan | Chirurgie Générale |
| 120. | Pr. JELTHI Ahmed | Anatomie Pathologique |
| 121. | Pr. MAHFOUD Mustapha | Traumatologie – Orthopédie |
| 122. | Pr. MOUDENE Ahmed* | Traumatologie- Orthopédie |
| 123. | Pr. OULBACHA Said | Chirurgie Générale |
| 124. | Pr. RHRAB Brahim | Gynécologie –Obstétrique |
| 125. | Pr. SENOUCI Karima ép. BELKHADIR | Dermatologie |
| 126. | Pr. SLAOUI Anas | Chirurgie Cardio-Vasculaire |

Mars 1994

- | | | |
|------|----------------------------|----------------------------|
| 127. | Pr. ABBAR Mohamed* | Urologie |
| 128. | Pr. ABDELHAK M'barek | Chirurgie – Pédiatrique |
| 129. | Pr. BELAIDI Halima | Neurologie |
| 130. | Pr. BRAHMI Rida Slimane | Gynécologie Obstétrique |
| 131. | Pr. BENTAHILA Abdelali | Pédiatrie |
| 132. | Pr. BENYAHIA Mohammed Ali | Gynécologie – Obstétrique |
| 133. | Pr. BERRADA Mohamed Saleh | Traumatologie – Orthopédie |
| 134. | Pr. CHAMI Ilham | Radiologie |
| 135. | Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae | Ophtalmologie |
| 136. | Pr. EL ABBADI Najia | Neurochirurgie |
| 137. | Pr. HANINE Ahmed* | Radiologie |
| 138. | Pr. JALIL Abdelouahed | Chirurgie Générale |
| 139. | Pr. LAKHDAR Amina | Gynécologie Obstétrique |

140. Pr. MOUANE Nezha

Pédiatrie

Mars 1995

141. Pr. ABOUQUAL Redouane
142. Pr. AMRAOUI Mohamed
143. Pr. BAIDADA Abdelaziz
144. Pr. BARGACH Samir
145. Pr. BEDDOUCHE Amokrane*
146. Pr. BENZAOUZ Mustapha
147. Pr. CHAARI Jilali*
148. Pr. DIMOU M'barek*
149. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*
150. Pr. EL MESNAOUI Abbes
151. Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
152. Pr. FERHATI Driss
153. Pr. HASSOUNI Fadil
154. Pr. HDA Abdelhamid*
155. Pr. IBEN ATTYA ANDALOSSI Ahmed
156. Pr. IBRAHIMY Wafaa
157. Pr. MANSOURI Aziz
158. Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
159. Pr. RZIN Abdelkader*
160. Pr. SEFIANI Abdelaziz
161. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Gynécologie Obstétrique
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Cardiologie
Urologie
Ophtalmologie
Radiothérapie
Ophtalmologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Génétique
Réanimation Médicale

Décembre 1996

162. Pr. AMIL Touriya*
163. Pr. BELKACEM Rachid
164. Pr. BELMAHI Amin
165. Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
166. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
167. Pr. EL MELLOUKI Ouafae*
168. Pr. GAOUZI Ahmed
169. Pr. MAHFOUDI M'barek*
170. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid
171. Pr. MOHAMMADI Mohamed
172. Pr. MOULINE Soumaya
173. Pr. OUADGHIRI Mohamed
174. Pr. OUZEDDOUN Naima
175. Pr. ZBIR EL Mehdi*

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Chirurgie réparatrice et plastique
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Parasitologie
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumo-phtisiologie
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Novembre 1997

176. Pr. ALAMI Mohamed Hassan
177. Pr. BEN AMAR Abdesselem
178. Pr. BEN SLIMANE Lounis
179. Pr. BIROUK Nazha
180. Pr. BOULAICH Mohamed
181. Pr. CHAOUIR Souad*
182. Pr. DERRAZ Said

Gynécologie-Obstétrique
Chirurgie Générale
Urologie
Neurologie
O.RL.
Radiologie
Neurochirurgie

183. Pr. ERREIMI Naima	Pédiatrie
184. Pr. FELLAT Nadia	Cardiologie
185. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra	Radiologie
186. Pr. HAIMEUR Charki*	Anesthésie Réanimation
187. Pr. KANOUNI NAWAL	Physiologie
188. Pr. KOUTANI Abdellatif	Urologie
189. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid	Chirurgie Générale
190. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ	Pédiatrie
191. Pr. NAZI M'barek*	Cardiologie
192. Pr. OUAHABI Hamid*	Neurologie
193. Pr. SAFI Lahcen*	Anesthésie Réanimation
194. Pr. TAOUFIQ Jallal	Psychiatrie
195. Pr. YOUSFI MALKI Mounia	Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

196. Pr. AFIFI RAJAA	Gastro-Entérologie
197. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*	Pneumo-phtisiologie
198. Pr. ALOUANE Mohammed*	Oto-Rhino-Laryngologie
199. Pr. BENOMAR ALI	Neurologie
200. Pr. BOUGTAB Abdesslam	Chirurgie Générale
201. Pr. ER RIHANI Hassan	Oncologie Médicale
202. Pr. EZZAITOUNI Fatima	Néphrologie
203. Pr. KABBAJ Najat	Radiologie
204. Pr. LAZRAK Khalid (M)	Traumatologie Orthopédie

Novembre 1998

205. Pr. BENKIRANE Majid*	Hématologie
206. Pr. KHATOURI ALI*	Cardiologie
207. Pr. LABRAIMI Ahmed*	Anatomie Pathologique

Janvier 2000

208. Pr. ABID Ahmed*	Pneumophtisiologie
209. Pr. AIT OUMAR Hassan	Pédiatrie
210. Pr. BENCHERIF My Zahid	Ophtalmologie
211. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd	Pédiatrie
212. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine	Pneumo-phtisiologie
213. Pr. CHAOUI Zineb	Ophtalmologie
214. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer	Chirurgie Générale
215. Pr. ECHARRAB El Mahjoub	Chirurgie Générale
216. Pr. EL FTOUH Mustapha	Pneumo-phtisiologie
217. Pr. EL MOSTARCHID Brahim*	Neurochirurgie
218. Pr. EL OTMANYAzzedine	Chirurgie Générale
219. Pr. GHANNAM Rachid	Cardiologie
220. Pr. HAMMANI Lahcen	Radiologie
221. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim	Anesthésie-Réanimation
222. Pr. ISMAILI Hassane*	Traumatologie Orthopédie
223. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss	Gastro-Entérologie
224. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*	Anesthésie-Réanimation
225. Pr. TACHINANTE Rajae	Anesthésie-Réanimation

226. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Médecine Interne

Novembre 2000

- 227. Pr. AIDI Saadia
- 228. Pr. AIT OURHROUI Mohamed
- 229. Pr. AJANA Fatima Zohra
- 230. Pr. BENAMR Said
- 231. Pr. BENCHEKROUN Nabih
- 232. Pr. CHERTI Mohammed
- 233. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
- 234. Pr. EL HASSANI Amine
- 235. Pr. EL IDGHIRI Hassan
- 236. Pr. EL KHADER Khalid
- 237. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
- 238. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
- 239. Pr. HSSAIDA Rachid*
- 240. Pr. LACHKAR Azzouz
- 241. Pr. LAHLOU Abdou
- 242. Pr. MAFTAH Mohamed*
- 243. Pr. MAHASSINI Najat
- 244. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
- 245. Pr. NASSIH Mohamed*
- 246. Pr. ROUIMI Abdelhadi

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

Décembre 2001

- 247. Pr. ABABOU Adil
- 248. Pr. AOUAD Aicha
- 249. Pr. BALKHI Hicham*
- 250. Pr. BELMEKKI Mohammed
- 251. Pr. BENABDELJILIL Maria
- 252. Pr. BENAMAR Loubna
- 253. Pr. BENAMOR Jouada
- 254. Pr. BENELBARHDADI Imane
- 255. Pr. BENNANI Rajae
- 256. Pr. BENOUACHANE Thami
- 257. Pr. BENYOUSSEF Khalil
- 258. Pr. BERRADA Rachid
- 259. Pr. BEZZA Ahmed*
- 260. Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
- 261. Pr. BOUHOUCHE Rachida
- 262. Pr. BOUMDIN El Hassane*
- 263. Pr. CHAT Latifa
- 264. Pr. CHELLAOUI Mounia
- 265. Pr. DAALI Mustapha*
- 266. Pr. DRISSI Sidi Mourad*
- 267. Pr. EL HAJOUI Ghziel Samira
- 268. Pr. EL HIJRI Ahmed
- 269. Pr. EL MAAQLI Moulay Rachid
- 270. Pr. EL MADHI Tarik

Anesthésie-Réanimation
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Ophtalmologie
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique
Rhumatologie
Anatomie
Cardiologie
Radiologie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique

271.	Pr. EL MOUSSAIF Hamid	Ophtalmologie
272.	Pr. EL OUNANI Mohamed	Chirurgie Générale
273.	Pr. EL QUESSAR Abdeljlil	Radiologie
274.	Pr. ETTAIR Said	Pédiatrie
275.	Pr. GAZZAZ Miloudi*	Neuro-Chirurgie
276.	Pr. GOURINDA Hassan	Chirurgie-Pédiatrique
277.	Pr. HRORA Abdelmalek	Chirurgie Générale
278.	Pr. KABBAJ Saad	Anesthésie-Réanimation
279.	Pr. KABIRI EL Hassane*	Chirurgie Thoracique
280.	Pr. LAMRANI Moulay Omar	Traumatologie Orthopédie
281.	Pr. LEKEHAL Brahim	Chirurgie Vasculaire Périphérique
282.	Pr. MAHASSIN Fattouma*	Médecine Interne
283.	Pr. MEDARHRI Jalil	Chirurgie Générale
284.	Pr. MIKDAME Mohammed*	Hématologie Clinique
285.	Pr. MOHSINE Raouf	Chirurgie Générale
286.	Pr. NABIL Samira	Gynécologie Obstétrique
287.	Pr. NOUINI Yassine	Urologie
288.	Pr. OUALIM Zouhir*	Néphrologie
289.	Pr. SABBAAH Farid	Chirurgie Générale
290.	Pr. SEFIANI Yasser	Chirurgie Vasculaire Périphérique
291.	Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia	Pédiatrie
292.	Pr. TAZI MOUKHA Karim	Urologie

Décembre 2002

293.	Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*	Anatomie Pathologique
294.	Pr. AMEUR Ahmed *	Urologie
295.	Pr. AMRI Rachida	Cardiologie
296.	Pr. AOURARH Aziz*	Gastro-Entérologie
297.	Pr. BAMOU Youssef *	Biochimie-Chimie
298.	Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
299.	Pr. BENBOUAZZA Karima	Rhumatologie
300.	Pr. BENZEKRI Laila	Dermatologie
301.	Pr. BENZZOUBEIR Nadia*	Gastro-Entérologie
302.	Pr. BERNOUSSI Zakiya	Anatomie Pathologique
303.	Pr. BICHRA Mohamed Zakariya	Psychiatrie
304.	Pr. CHOHO Abdelkrim *	Chirurgie Générale
305.	Pr. CHKIRATE Bouchra	Pédiatrie
306.	Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair	Chirurgie Pédiatrique
307.	Pr. EL ALJ Haj Ahmed	Urologie
308.	Pr. EL BARNOUSSI Leila	Gynécologie Obstétrique
309.	Pr. EL HAOURI Mohamed *	Dermatologie
310.	Pr. EL MANSARI Omar*	Chirurgie Générale
311.	Pr. ES-SADEL Abdelhamid	Chirurgie Générale
312.	Pr. FILALI ADIB Abdelhai	Gynécologie Obstétrique
313.	Pr. HADDOUR Leila	Cardiologie
314.	Pr. HAJJI Zakia	Ophtalmologie
315.	Pr. IKEN Ali	Urologie
316.	Pr. ISMAEL Farid	Traumatologie Orthopédie
317.	Pr. JAAFAR Abdeloihab*	Traumatologie Orthopédie

318. Pr. KRIOULE Yamina
 319. Pr. LAGHMARI Mina
 320. Pr. MABROUK Hfid*
 321. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 322. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
 323. Pr. MOUSTAINE My Rachid
 324. Pr. NAITLHO Abdelhamid*
 325. Pr. OUJILAL Abdelilah
 326. Pr. RACHID Khalid *
 327. Pr. RAISS Mohamed
 328. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
 329. Pr. RHOU Hakima
 330. Pr. SIAH Samir *
 331. Pr. THIMOU Amal
 332. Pr. ZENTAR Aziz*
 333. Pr. ZRARA Ibtisam*

Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Traumatologie Orthopédie
 Médecine Interne
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Pneumophtisiologie
 Néphrologie
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale
 Anatomie Pathologique

PROFESSEURS AGREGES :

Janvier 2004

334. Pr. ABDELLAH El Hassan
 335. Pr. AMRANI Mariam
 336. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
 337. Pr. BENKIRANE Ahmed*
 338. Pr. BENRAMDANE Larbi*
 339. Pr. BOUGHALEM Mohamed*
 340. Pr. BOULAADAS Malik
 341. Pr. BOURAZZA Ahmed*
 342. Pr. CHAGAR Belkacem*
 343. Pr. CHERRADI Nadia
 344. Pr. EL FENNI Jamal*
 345. Pr. EL HANCI ZAKI
 346. Pr. EL KHORASSANI Mohamed
 347. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
 348. Pr. HACHI Hafid
 349. Pr. JABOUIRIK Fatima
 350. Pr. KARMANE Abdelouahed
 351. Pr. KHABOUZE Samira
 352. Pr. KHARMAZ Mohamed
 353. Pr. LEZREK Mohammed*
 354. Pr. MOUGHIL Said
 355. Pr. NAOUMI Asmae*
 356. Pr. SAADI Nozha
 357. Pr. SASSENOU ISMAIL*
 358. Pr. TARIB Abdelilah*
 359. Pr. TIJAMI Fouad
 360. Pr. ZARZUR Jamila

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

Janvier 2005

361. Pr. ABBASSI Abdellah	Chirurgie Réparatrice et Plastique
362. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*	Chirurgie Générale
363. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid	Microbiologie
364. Pr. ALLALI Fadoua	Rhumatologie
365. Pr. AMAR Yamama	Néphrologie
366. Pr. AMAZOUZI Abdellah	Ophtalmologie
367. Pr. AZIZ Nouredine*	Radiologie
368. Pr. BAHIRI Rachid	Rhumatologie
369. Pr. BARKAT Amina	Pédiatrie
370. Pr. BENHALIMA Hanane	Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
371. Pr. BENHARBIT Mohamed	Ophtalmologie
372. Pr. BENYASS Aatif	Cardiologie
373. Pr. BERNOUSSI Abdelghani	Ophtalmologie
374. Pr. BOUKLATA Salwa	Radiologie
375. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed	Ophtalmologie
376. Pr. DOUDOUH Abderrahim*	Biophysique
377. Pr. EL HAMZAOUI Sakina	Microbiologie
378. Pr. HAJJI Leila	Cardiologie
379. Pr. HESSISSEN Leila	Pédiatrie
380. Pr. JIDAL Mohamed*	Radiologie
381. Pr. KARIM Abdelouahed	Ophtalmologie
382. Pr. KENDOUCI Mohamed*	Cardiologie
383. Pr. LAAROUSSI Mohamed	Chirurgie Cardio-vasculaire
384. Pr. LYAGOUBI Mohammed	Parasitologie
385. Pr. NIAMANE Radouane*	Rhumatologie
386. Pr. RAGALA Abdelhak	Gynécologie Obstétrique
387. Pr. SBIHI Souad	Histo-Embryologie Cytogénétique
388. Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam	Ophtalmologie
389. Pr. ZERAIDI Najia	Gynécologie Obstétrique

AVRIL 2006

423. Pr. ACHEMLAL Lahsen*	Rhumatologie
424. Pr. AFIFI Yasser	Dermatologie
425. Pr. AKJOUJ Said*	Radiologie
426. Pr. BELGNAOUI Fatima Zahra	Dermatologie
427. Pr. BELMEKKI Abdelkader*	Hématologie
428. Pr. BENCHEIKH Razika	O.R.L
429. Pr. BIYI Abdelhamid*	Biophysique
430. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine	Chirurgie - Pédiatrique
431. Pr. BOULAHYA Abdellatif*	Chirurgie Cardio – Vasculaire
432. Pr. CHEIKHAOUI Younes	Chirurgie Cardio – Vasculaire
433. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas	Gynécologie Obstétrique
434. Pr. DOGHMI Nawal	Cardiologie
435. Pr. ESSAMRI Wafaa	Gastro-entérologie
436. Pr. FELLAT Ibtissam	Cardiologie
437. Pr. FAROUDY Mamoun	Anesthésie Réanimation

438. Pr. GHADOUANE Mohammed*
 439. Pr. HARMOUCHE Hicham
 440. Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
 441 Pr. IDRIS LAHLOU Amine
 442. Pr. JROUNDI Laila
 443. Pr. KARMOUNI Tariq
 444. Pr. KILI Amina
 445. Pr. KISRA Hassan
 446. Pr. KISRA Mounir
 447. Pr. KHARCHAFI Aziz*
 448. Pr. LAATIRIS Abdelkader*
 449. Pr. LMIMOUNI Badreddine*
 450. Pr. MANSOURI Hamid*
 451. Pr. NAZIH Naoual
 452. Pr. OUANASS Abderrazzak
 453. Pr. SAFI Soumaya*
 454. Pr. SEKKAT Fatima Zahra
 455. Pr. SEFIANI Sana
 456. Pr. SOUALHI Mouna
 457. Pr. TELLAL Saida*
 458. Pr. ZAHRAOUI Rachida

Urologie
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Microbiologie
 Radiologie
 Urologie
 Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Médecine Interne
 Pharmacie Galénique
 Parasitologie
 Radiothérapie
 O.R.L
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Anatomie Pathologique
 Pneumo – Phtisiologie
 Biochimie
 Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

458. Pr. LARAQUI HOUSSEINI Leila
 459. Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 460. Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid
 461. Pr. LALAOUI SALIM Jaafar *
 462. Pr. BAITE Abdelouahed *
 463. Pr. TOUATI Zakia
 464. Pr. OUZZIF Ez zohra*
 465. Pr. BALOUCH Lhousaine *
 466. Pr. SELKANE Chakir *
 467. Pr. EL BEKKALI Youssef *
 468. Pr. AIT HOUSSA Mahdi *
 469. Pr. EL ABSI Mohamed
 470. Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *
 471. Pr. ACHOUR Abdessamad*
 472. Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 473. Pr. GHARIB Nouredine
 474. Pr. TABERKANET Mustafa *
 475. Pr. ISMAILI Nadia
 476. Pr. MASRAR Azlarab
 477. Pr. RABHI Monsef *
 478. Pr. MRABET Mustapha *
 479. Pr. SEKHSOKH Yessine *
 480. Pr. SEFFAR Myriame
 481. Pr. LOUZI Lhoussain *
 482. Pr. MRANI Saad *

Anatomie pathologique
 Anesthésie réanimation
 Anesthésier réanimation
 Anesthésie réanimation
 Anesthésie réanimation
 Cardiologie
 Biochimie
 Biochimie
 Chirurgie cardio vasculaire
 Chirurgie cardio vasculaire
 Chirurgie cardio vasculaire
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie plastique
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Dermatologie
 Hématologie biologique
 Médecine interne
 Médecine préventive santé publique et hygiène
 Microbiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Virologie

483. Pr. GANA Rachid
 484. Pr. ICHOU Mohamed *
 485. Pr. TACHFOUTI Samira
 486. Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 487. Pr. MELLAL Zakaria
 488. Pr. AMMAR Haddou *
 489. Pr. AOUI Sarra
 490. Pr. TLIGUI Houssain
 491. Pr. MOUTAJ Redouane *
 492. Pr. ACHACHI Leila
 493. Pr. MARC Karima
 494. Pr. BENZIANE Hamid *
 495. Pr. CHERKAOUI Naoual *
 496. Pr. EL OMARI Fatima
 497. Pr. MAHI Mohamed *
 498. Pr. RADOUANE Bouchaib*
 499. Pr. KEBDANI Tayeb
 500. Pr. SIFAT Hassan *
 501. Pr. HADADI Khalid *
 502. Pr. ABIDI Khalid
 503. Pr. MADANI Naoufel
 504. Pr. TANANE Mansour *
 505. Pr. AMHAJJI Larbi *

Neuro chirurgie
 Oncologie médicale
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 ORL
 Parasitologie
 Parasitologie
 Parasitologie
 Pneumo phtisiologie
 Pneumo phtisiologie
 Pharmacie clinique
 Pharmacie galénique
 Psychiatrie
 Radiologie
 Radiologie
 Radiothérapie
 Radiothérapie
 Radiothérapie
 Réanimation médicale
 Réanimation médicale
 Traumatologie orthopédie
 Traumatologie orthopédie

Mars 2009

Pr. BJIJOU Younes
 Pr. AZENDOUR Hicham *
 Pr. BELYAMANI Lahcen*
 Pr. BOUHSAIN Sanae *
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. LAMSAOURI Jamal *
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. AMAHZOUNE Brahim*
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim *
 Pr. BOUNAIM Ahmed *
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. CHTATA Hassan Toufik *
 Pr. BOUI Mohammed *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. CHAKOUR Mohammed *
 Pr. DOGHMI Kamal*
 Pr. ABOUZAHIR Ali*
 Pr. ENNIBI Khalid *
 Pr. EL OUENNASS Mostapha
 Pr. ZOUHAIR Said*

Anatomie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Biochimie
 Cardiologie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Dermatologie
 Gastro-entérologie
 Gynécologie obstétrique
 Hématologie biologique
 Hématologie biologique
 Hématologie clinique
 Médecine interne
 Médecine interne
 Microbiologie
 Microbiologie

Pr. L'kassimi Hachemi*
Pr. AKHADDAR Ali*
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
Pr. AGADR Aomar *
Pr. KARBOUBI Lamya
Pr. MESKINI Toufik
Pr. KABIRI Meryem
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *
Pr. BASSOU Driss *
Pr. ALLALI Nazik
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. HASSIKOU Hasna *
Pr. AMINE Bouchra
Pr. BOUSSOUGA Mostapha *
Pr. KADI Said *

Microbiologie
Neuro-chirurgie
Neurologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Radiologie
Radiologie
Radiologie
Rhumatologie
Rhumatologie
Traumatologie orthopédique
Traumatologie orthopédique

Octobre 2010

Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. CHERRADI Ghizlan
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. ALILOU Mustapha
Pr. KANOUNI Lamya
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
Pr. DARBI Abdellatif*
Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. MALIH Mohamed*
Pr. BOUSSIF Mohamed*
Pr. EL MAZOUZ Samir
Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. RAISSOUNI Zakaria*
Pr. BOUAITY Brahim*
Pr. LEZREK Mounir
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. LAMALMI Najat
Pr. ZOUAIDIA Fouad
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. DAMI Abdellah*
Pr. CHADLI Mariama*

Médecine interne
Gastro entérologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie réanimation
Radiothérapie
Radiologie
Radiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Médecine aérologique
Chirurgie plastique et réparatrice
Chirurgie pédiatrique
Urologie
Chirurgie générale
Traumatologie orthopédie
ORL
Ophtalmologie
Hématologie
Anatomie pathologique
Anatomie pathologique
Physiologie
Biochimie chimie
Microbiologie

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS

1.	Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
2.	Pr. ALAMI OUHABI Naïma	Biochimie
3.	Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
4.	Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
5.	Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
6.	Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
7.	Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
8.	Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
9.	Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie
10.	Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
11.	Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
12.	Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
13.	Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootechnie
14.	Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
15.	Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
16.	Pr. IBRAHIMI Azeddine	
17.	Pr. KABBAJ Ouafae	Biochimie
18.	Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
19.	Pr. REDHA Ahlam	Biochimie
20.	Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
21.	Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
22.	Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
23.	Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

* *Enseignants Militaires*



DEDICACES



Je dédie ce travail à tous les membres de ma famille :

- À mes grands parents maternels pour leur soutien .

- À mes grands parents paternels qui ont toujours cru en moi.

- À mes chères sœurs Fatima-zohra et Safwa.

- À mes tantes, mon oncle et tous mes cousins et cousines,

pour leur encouragement.

- À ma belle famille pour leur patience et soutien.

A ma mère

Pour son amour sa patience et ses encouragements.

Qu'elle trouve ici le témoignage de ma gratitude.

A mon mari

Pour son soutien, sa patience et son dévouement.

Qu'il trouve ici le témoignage de ma reconnaissance.

A ma très chère fille

Pour tous ses beaux sourires et sa patience d'avoir une (maman étudiante).

Au Docteur ELBOUZIDI

Pour l'aide qu'il m'a apporté dans la réalisation de ce travail,

sa disponibilité et ses conseils précieux,

Qu'il trouve ici le témoignage de ma reconnaissance et de ma gratitude.



REMERCIEMENTS



*A notre maître et président de thèse
Madame le professeur A. Kharbach
Professeur de Gynécologie Obstétrique*

Je vous remercie de m'avoir accueilli au sein de votre service.

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

Sans vous ni le sujet ni la matière de ce travail n'auraient existé.

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 notre maître et juge de thèse
Madame le professeur A. LAKHDAR
Professeur de Gynécologie Obstétrique*

*Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez bien voulu
témoigner à ce travail et d'avoir accepté de siéger parmi notre jury de thèse .*

*Je garde toujours le souvenir de vos enseignements et de votre grande
gentillesse.*

Veillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements.

*A notre maître et juge de thèse
Monsieur le professeur R. BERRADA
Professeur en gynécologie obstétrique*

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger mon travail.

Je vous remercie pour votre disponibilité et votre patience.

*Veillez recevoir l'expression de mes sincères remerciements et profonde
gratitude.*

*A notre maître et juge de thèse
Madame le professeur N.ZRAIDI
Professeur en gynécologie obstétrique*

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.

ABREVIATIONS

ATCD	: Antécédent
AS	: Avortement spontané
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
TR	: Toucher rectal
TV	: Toucher vaginal



SOMMAIRE



INTRODUCTION.....	1
OBJECTIF.....	3
MATERIEL_ET_METHODE D'ETUDE.....	5
RESULTATS	8
I. ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE :	9
A.Fréquence :.....	9
B.Age:	9
C.Parité : (voir tableau 3 et Fig 2).....	11
D. Antécédents :.....	12
II. ETUDE CLINIQUE :	13
A.Signes généraux :	13
1. Tension artérielle :	13
2. Température :.....	13
B.Signes fonctionnels (signes d'appel) :.....	13
C.Signes physiques	14
1. Examen abdominal :	14
2. Examen au spéculum :	14
3. Le toucher vaginal :	14
4. Toucher rectal :	15
III. ETUDE PARACLINIQUE :	15
A. Echographie abdomino-pelvienne ou endo vaginale :	15
B. Biologie :.....	15
1. Le dosage des β HCG plasmatiques :	15
2. Les autres examens biologiques :	16
C. Cœlioscopie :	16
IV. TRAITEMENT :	16
A. Traitement chirurgical :	16
1. Voie d'abord :	16
2- Situation anatomique de la GEU:	17
3- Associations pathologiques :	18
4- Modalités thérapeutiques :.....	18

5- Suites post-opératoires:	19
B. TRAITEMENT MEDICAL:	19
V. PRONOSTIC ET DEVENIR OBSTETRICAL :	19
DISCUSSION	20
I. ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE :	21
A. Fréquence :.....	21
B. Age :	23
C. Parité :.....	24
D-Antécédents :.....	26
1- Médicaux :	26
a)Les infections génitales :	26
2-chirurgicaux :	28
3-Gynéco-obstétricaux :.....	28
a)Avortement spontané et IVG :.....	28
b)-Antécédents de GEU :.....	30
c)-Contraception orale :	31
d)-dispositif intra-utérin :.....	32
e)-Infertilité :.....	32
f)-Chirurgie tubaire:.....	33
g)-Traitement de la stérilité :	34
h)-Stérilisation tubaire :	35
i)-Endométriose:	35
4-Tabac:	35
II. ETUDE CLINIQUE :	38
A-Signes fonctionnels :.....	38
1) Douleurs pelviennes :	38
2) Métrorragies :	38
3) L'aménorrhée :	39
4) Association douleurs pelviennes+aménorrhée+	39
5-Autres signes fonctionnels :	41
B-Signes généraux :	41

1-Tension artérielle et fréquence cardiaque:.....	41
2- Etat des conjonctives :	42
3- Température :.....	42
C-Signes physiques:.....	42
1) L'examen abdominal:	42
2)L'examen obstétrical:	44
III. PARACLINIQUE :.....	46
A- Marqueurs biologiques :	46
1-Dosage de β HCG plasmatique :	46
2-Dosage de la progestérone plasmatique :	49
3- Numération formule sanguine (NFS) :.....	49
4- Autres marqueurs biologiques :.....	50
a- Dosage de la Créatine Kinase (CK) :	50
b- Dosage de la rénine plasmatique :.....	50
c- Dosage de la fibronectine foetale (FFN) :.....	51
B- Echographie :	51
1-Échographie pelvienne:	52
2-Échographie endo-vaginale:	52
a- Les signes directs: la masse annexielle	52
b-signes indirects:	54
C- Association echographie et β HCG :.....	55
D- Culdocentese:.....	56
E- Coelioscopie diagnostique:	56
IV. TRAITEMENT DE LA GEU	57
A- Traitement chirurgical :	58
1- Voie d'abord:.....	58
2-Situation anatomique:.....	59
a-GEU TUBAIRE :.....	59
b-GEU autres ectopies	61
3- Chirurgie radicale :	66
a. Salpingectomie totale :.....	66

b. Annexectomie:.....	67
c. Hystérectomie:.....	68
4- Chirurgie conservatrice :	68
a- Salpingotomie :.....	69
b-Expression tubaire :.....	69
c-Résection tubaire segmentaire:.....	70
d- Résection segmentaire+ anastomose termino-terminale :.....	70
e- Ovariectomie partielle:	71
f- Réimplantation tubo-utérine :.....	71
5-Suites opératoires :	71
6-surveillance du traitement chirurgical:	72
a-Traitement radical:.....	72
b-Traitement conservateur:.....	72
B- Traitement médical :	72
1-Traitement par Méthotrexate (MTX) :	73
a)Mode d'action:.....	73
b)Voie d'abord:.....	74
2-Association MTX mifepristone:.....	76
3-Les autres thérapeutiques médicales:	76
a) Prostaglandines:.....	76
b) chlorure de potassium et glucose hyperosmolaire:	76
4-Surveillance du traitement médical:	77
C-L'abstention thérapeutique:	78
D-Indications:.....	79
1-Choix entre traitement médical ou chirurgical:.....	79
2-Choix entre traitement conservateur ou radical:	81
3-Choix entre traitement coelioscopique ou laparotomie.....	82
V. PRONOSTIC ET DEVENIR OBSTETRICAL	83
CONCLUSION	84
RESUME.....	84
BIBLIOGRAPHIE	84



INTRODUCTION



La grossesse extra utérine est la nidation ectopique de l'œuf en dehors de la cavité utérine. Physiologiquement, la fécondation s'effectue au niveau du tiers externe de la trompe, l'œuf migre par la suite vers la cavité utérine où se produira la nidation. Au cours de cette migration la nidation peut se faire en dehors de la cavité utérine.

Dans la majorité des cas, la grossesse ectopique est tubaire; Les différentes parties anatomiques de la trompe peuvent être concernées : dans 75% des cas il s'agit de l'ampoule, 20% de l'isthme et 3 % du pavillon. Dans moins de 1% des cas, la grossesse extra utérine peut être interstitielle, ovarienne, voire abdominale. (1)

D'autres localisations doivent être connues, car même si elles sont rares, elles risquent d'engager le pronostic vital :

-Les grossesses cervicales, les grossesses diverticulaires, angulaires et les grossesses sur utérus malformés.

Au cours des 15 dernières années, la fréquence de la grossesse extra utérine a doublé, et ce en rapport avec la recrudescence des facteurs favorisant (salpingites, chirurgie tubaire, tabagisme...)

Malgré les nouvelles possibilités diagnostiques et thérapeutiques, le pronostic vital peut être engagé : la GEU reste la première cause de mortalité au cours du premier trimestre de grossesse, elle est l'exemple même de l'urgence chirurgicale d'une part, le pronostic fonctionnel en termes de fertilité ultérieure peut aussi être engagé d'autre part, d'où tout l'intérêt de cette question.



OBJECTIF



A travers une étude rétrospective effectuée au service de gynécologie obstétrique M I - M III à la maternité Souissi de Rabat à propos de 117 cas colligés sur six ans (2004 – 2009); nous avons procédé à l'évaluation des profils épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de la grossesse extra utérine, et nous avons comparé l'évolution des résultats de cette période avec ceux recueillis pendant les années allant de 1994 à 1999.



*MATERIEL
ET
METHODE D'ETUDE*

I.MATERIEL D'ETUDE :

Nous rapportons dans ce travail une étude rétrospective de 117 cas de GEU diagnostiquées et traitées au service M1 à la maternité Souissi de Rabat sur une période étalée du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2009.

II.METHODE D'ETUDE :

Nous avons consulté les dossiers de la maternité, ce qui nous a permis d'établir une fiche d'exploitation «type» sur laquelle nous avons noté les paramètres suivants :

- Numéro du dossier.
- Année.
- Motif d'hospitalisation.
- Identification de la patiente :
 - Nom et prénom.
 - Age.
 - Date d'entrée et date de sortie.
- Les antécédents :
 - Médicaux (salpingite).
 - Chirurgicaux (appendicite, sigmoïdite).
 - Gynéco-obstétricaux (stérilisation tubaire, endométriose, chirurgie tubaire, contraception, traitement de la stérilité, antécédents de GEU, antécédents d'infertilité).
 - Notion de tabagisme.

- Signes d'appel.
- Examen clinique (général, abdominal et obstétrical).
- Examens complémentaires.
- Traitement.
- Suites opératoires.
- Durée d'hospitalisation.
- Contraception.

Nous devons néanmoins signaler qu'il y a des renseignements qui manquent dans certains dossiers.



RESULTATS



I. ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE :

A.Fréquence :

Le nombre d'accouchements entre les années 2004 - 2009 est 39562.

L'incidence globale de la GEU durant ces années est alors de 0,29 % soit environ 1 GEU pour 338 naissances.

Tableau 1 : Répartition des GEU par année.

Année	Nombres d'accouchements	Nombre de GEU	Fréquence (%)
2004	6398	9	0,046
2005	6261	10	0,045
2006	6624	16	0,048
2007	6416	23	0,047
2008	6732	25	0,049
2009	7131	34	0,052
Total	39562	117	0,29

B.Age:

Nos patientes sont âgées de 19 ans à 45 ans soit un âge moyen de 32 ans avec une fréquence de 63,25 % entre 25 et 36 ans.

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

Tableau 2 : Répartition de la GEU par tranches d'âge.

Tranche d'âge (ans)	Nombre de cas
19-24	23
25-30	42
31-36	32
37-42	17
≥43	3

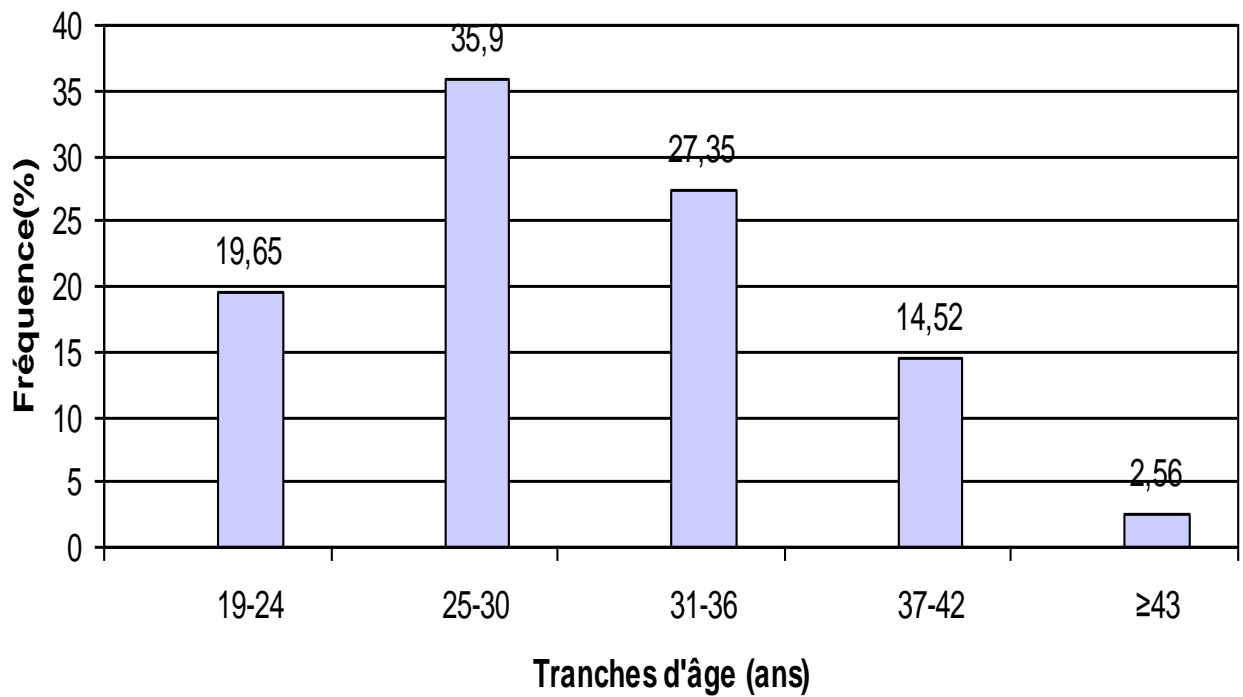
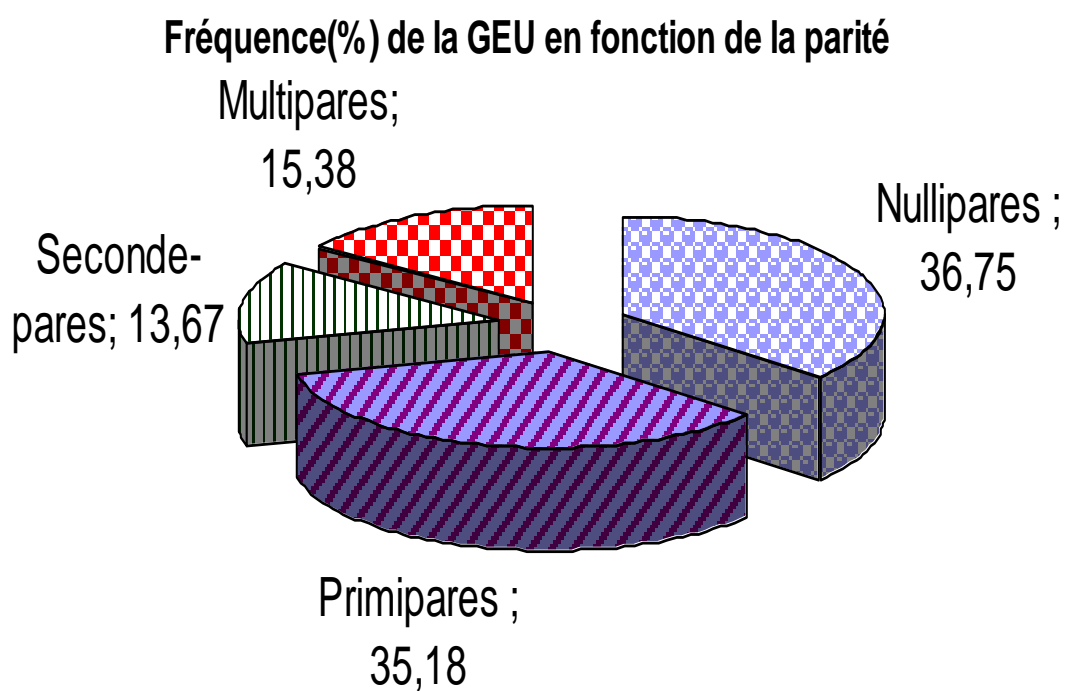


Figure 1:Fréquence de la GEU en fonction de l'âge (ans).

C.Parité : (voir tableau 3 et Fig 2)

Tableau 3 : Nombre des GEU en fonction de la parité.

Parité	Nombre de patientes
Nullipares	43
Primipares	40
Seconde-pares	16
Multipares	18



D. Antécédents :

Tableau 4 : ATCD médicaux chirurgicaux et gynéco-obstétricaux

<i>ATCD</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Fréquence (%)</i>
<i>Salpingite et IST</i>	13	11,11
<i>Appendicite ou Sigmöidite</i>	4	3,41
<i>Avortement spontané</i>	27	23
<i>IVG</i>	9	7,69
<i>Stérilisation tubaire</i>	0	0
<i>Endométriose</i>	0	0
<i>Chirurgie tubaire</i>	5	4,27
<i>Contraception orale</i>	21	17,94
<i>DIU</i>	2	1,7
<i>Inducteurs de l'ovulation</i>	2	1,7
<i>FIV</i>	0	0
<i>ATCD de GEU</i>	8	6,83
<i>Infertilité</i>	6	5,12
<i>Tabagisme</i>	0	0
<i>Sans ATCD notables</i>	34	29

Les antécédents les plus remarquables sont représentés essentiellement par l'avortement spontané 23%, la contraception orale 17,94%, salpingites et IST 11,11 %, IVG 7,69 % et les antécédents de GEU 6,83%.

II. ETUDE CLINIQUE :

A. Signes généraux :

1. Tension artérielle :

La tension artérielle était normale Chez 53 de nos patientes, soit 45%, et 11 patientes étaient admises en état de choc, soit 9 %.

2. Température :

11 patientes (9 %) étaient fébriles, avec une température supérieure à 38,5°C.

3. Etat des conjonctives :

- 36 patientes avaient des conjonctives décolorées.
- 35 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 35 %.

Tableau 5 : signes fonctionnels des patientes

<i>Signes fonctionnels</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Fréquence (%)</i>
Douleurs pelviennes	107	91,5
Métrorragies	82	70
Aménorrhée	74	63,24
Signes sympathiques de grossesse	9	7,69
Expulsion de la caduque	0	0
Troubles du transit /signes urinaires	3	2,56
Douleur pelvienne +métrorragies+ aménorrhée	41	35

C. Signes physiques

1. Examen abdominal :

Tableau 6 : signes abdominaux.

Signes cliniques	Nombre de cas	Fréquence (%)
Abdomen souple	23	19,65
Sensibilité sus pubienne	40	34
Douleur FI	27	23
Défense FI	9	7,69
Défense pelvienne	6	5,12
Défense abdominale	7	6
Abdomen ballonné	4	3,41
Matité des flancs	1	1

2. Examen au spéculum :

-Chez 34 des patientes le col était violacé, soit 29 % et des métrorragies ont été observées chez 65 patientes soit 55,5%.

3. Le toucher vaginal :

Tableau 7 : état de l'utérus et des annexes au toucher vaginal.

<i>Signes</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Fréquence(%)</i>
<i>Taille utérus Augmentée</i>	37	31
<i>Taille utérus Normale</i>	51	43
<i>MLU</i>	7	6
<i>Empattement annexiel</i>	9	7
<i>CDS bombés et/ou douloureux</i>	9	7
<i>Non précisé</i>	29	25

4. Toucher rectal :

Le toucher rectal a été pratiqué et a relevé un cri du Douglas chez 30 patientes soit 25,64 % des cas.

III. ETUDE PARACLINIQUE :

A. Echographie abdomino-pelvienne ou endo vaginale :

Elle a été pratiquée chez 110 patientes soit 94 % des cas.

Les aspects échographiques retrouvés dans notre étude sont :

- Sac ovulaire latéro utérin avec activité cardiaque positive chez 16 patientes.
- Sac ovulaire extra utérin chez 1 patiente.
- Utérus vide chez 55 patientes.
- Masse latéro- utérine chez 81 patientes.
- Epanchement chez 90 patientes.

B. Biologie :

1. Le dosage des β HCG plasmatiques :

Il a été réalisé chez 64 patientes soit 54,70 % des cas.

Tableau 8 : Taux de β HCG

<i>Taux de βHCG (mUI/l)</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Fréquence (%)</i>
≤ 500	10	8,54
500-6000	36	30,76
6000-15000	6	5,12
>15000	11	9,40

2. Les autres examens biologiques :

a) *Le groupage sanguin rhésus :*

Il a été réalisé de façon systématique chez toutes nos patientes.

b) *L'hémogramme :*

Il a été demandé chez toutes nos patientes et a révélé une anémie chez 64 patientes (55 %).

C. Cœlioscopie :

La cœlioscopie a été pratiquée chez 1 patiente devant le doute diagnostique.

D.Ponction du cul-de-sac de douglas :

La culdocentèse a été positive chez 11 patientes soit 9,4%.

IV. TRAITEMENT :

A. Traitement chirurgical :

Le traitement chirurgical a été réalisé chez 116 patientes.

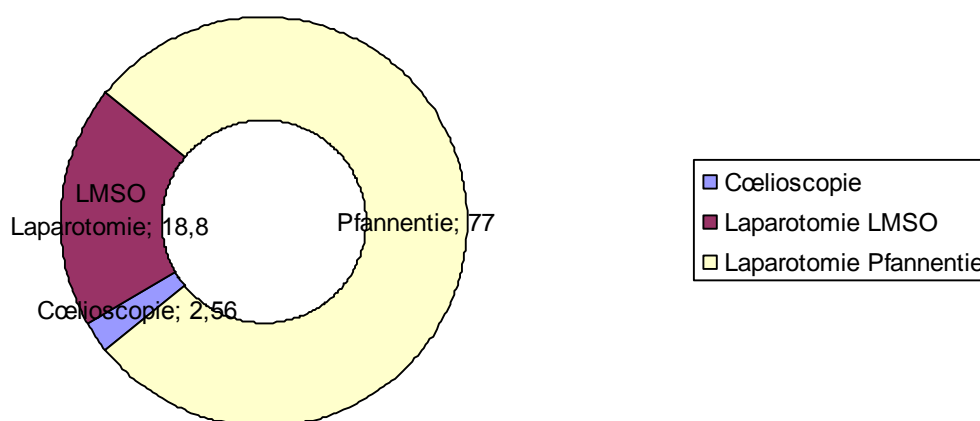
La transfusion sanguine a été faite chez 4 patientes soit 3,41% des cas.

1. Voie d'abord :

La voie d'abord la plus utilisée était pfannentiel avec un taux de 77%.

Tableau 9 : voie d'abord

Voie d'abord		Nombre de cas
Cœlioscopie		3
Laparotomie	LMSO	22
	Pfannentiel	90



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 83,76% soit (98 cas).

Nous avons noté 4 cas de grossesse ovarienne 1 cas de grossesse abdominale et 3 cas de grossesse cornuale.

Tableau 10 : situation anatomique de GEU

Siege		Nombre de cas	Fréquence (%)
Tubaire	Ampullaire	53	45
	Isthmique	26	22
	Pavillonnaire	1	0,85
	Interstitielle	7	6
	Sans précision	11	9,40
Ovarienne		4	3,41
Abdominale		1	0,85
Cornuale		3	2,56

3- Associations pathologiques :

Certaines associations pathologiques ont été constatées lors de l'exploration chirurgicale, certaines d'entre elles peuvent être à l'origine de la GEU.

L'hémopéritoine a été observé chez 85 patientes soit 72,60%.

Tableau 11 : abondance de l'hémopéritoine.

Abondance de l'hémopéritoine (ml)	Nombre de cas	Fréquence (%)
≤500	44	51,76
500-1000	17	20
1000-1500	20	23,52
1500-2000	4	4,70

4- 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 110 patientes (94%):

- 105 patientes ont subi une salpingectomie totale (89,74%).
- 5 patientes ont subi une Annexectomie (4,27 %).

b- Traitement chirurgical conservateur

b.1 Résultat :

Le traitement chirurgical conservateur était institué chez 4 patientes soit (3,41 %).

Tableau 12 : traitement conservateur.

Type de traitement	Nombre de cas	Fréquence (%)
Avortement tubo abdominal	3	2,56
Resection cornuale	1	0,85

5- Suites post-opératoires:

Les suites post-opératoires étaient simples chez 83 patientes soit (70,94%) avec des complications chez 33 patientes dont 8 cas d'infections ,4 cas d'hémorragies qui ont été transfusées et 21 cas d'anémie.

B. TRAITEMENT MEDICAL:

1 patiente soit 0,85 %, a bénéficié du traitement médical par Méthotrexate par voie intramusculaire à la dose de 1mg/Kg.

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 (Échec de la contraception), de ceux survenus sans contraception (Échec de reproduction).

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

A. Fréquence :

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 tabac(2).

Dans notre série, cette incidence est de l'ordre de 0,29%.

Contre 0,34% pour 34 364 accouchements concernant 120 GEU diagnostiquées au même service du 1er Janvier 1994 au 31 Décembre 1999.MEHDIOUI (3)

Nous remarquons une diminution de l'incidence de la GEU au sein de notre service et nos résultats sont nettement inférieurs à ceux retrouvés dans la littérature.

Tableau 13 : fréquence de la GEU selon les auteurs.

Auteurs	Lieu et années D'étude	Fréquence(%)
JOB-SPIRA N.(4)	France 1992	2,02
BEN HMID RIM(5)	TUNISIE 1998-2003	0,82
Sy T(6)	GUINÉE 2005-2006	1,47
M.NAYAMA et al(7)	NIGER 1999-2001	2,32
ZAGHLOUL(8)	MAROC (CASABLANCA) 2000-2005	0,65
RAFIA(9)	MAROC (CASABLANCA) 2003-2005	0,92
<i>MEHDIQUI (3)</i>	<i>MAROC (Rabat)</i> <i>1994-1999</i>	<i>0,34</i>
<i>Notre série</i>	<i>MAROC (RABAT)</i> <i>2004-2009</i>	<i>0,29</i>

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.

Les changements liés à l'âge de la fonction tubaire exposent les patientes au risque de grossesse extra utérine. (10)

Dans notre étude, l'incidence maximale se situe entre 25 et 36 ans (63,25%), période maximale de fertilité dans celle de MEHDIOUI (3) elle se situe entre 31 et 40 ans soit (53,3%).

Nous remarquons que l'incidence maximale de la GEU se situe dans des tranches d'âge plus jeune.

Cependant le risque de GEU reste toujours lié à un âge avancé.

Par rapport à la littérature notre résultat rejoint ceux de la plupart des auteurs (5) (6) (7) (9).

Tableau 14 : Age des patientes dans la littérature et dans notre série.

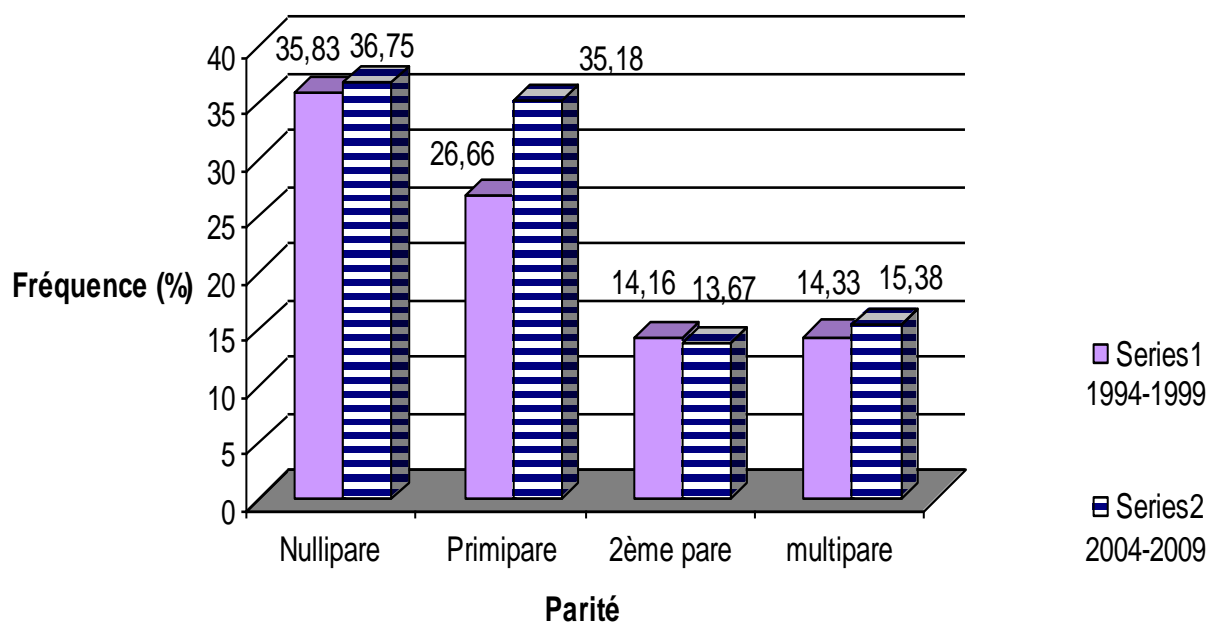
Auteurs	Lieu d'étude	Age moyen (années)	Agés extrêmes (années)	Age de l'incidence maximale (années)
BEN HMID RIM (5)	TUNISIE	31	25-40	25-29
K.BOUDARHAA (11)	TUNISIE	30,12	19-42	35-40
Sy T (6)	GUINÉE	28,97	15-42	25-29
M.NAYAMA et al (7)	NIGER	29,5	15-44	25-34
ZAGHLOUL(8)	MAROC (CASABLANCA)	31	-	30-34
RAFIA(9)	MAROC (CASABLANCA)	30	17-43	27-36
<i>Notre série</i>	MAROC (RABAT)	32	19-45	25-36

C. Parité :

La GEU est classiquement associée à une faible parité dans la plupart des études (5) (9) (11).

Dans notre série nous constatons que les nullipares représentent (36,75%) suivies des primipares (35,18%).

Ces résultats concordent avec ceux retrouvés par MEHDIOUI (3) dans sa série.



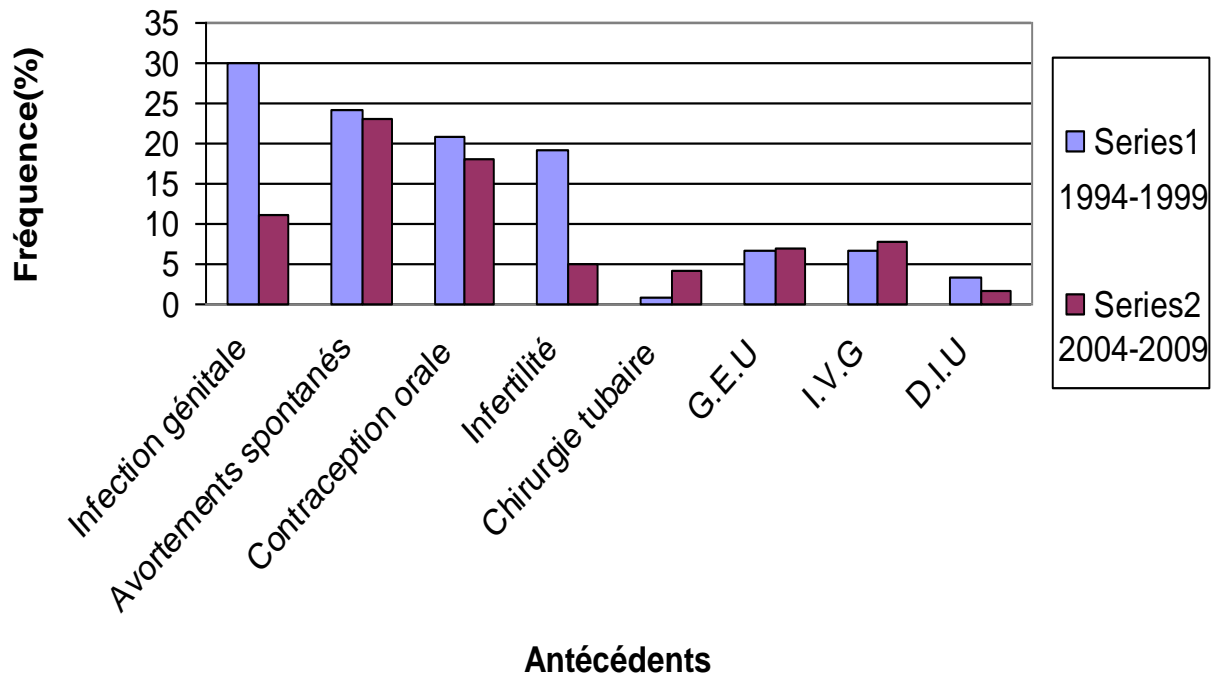
Comparaison de la Fréquence de la GEU en fonction de la parité

Tableau15 : Fréquence de la GEU en fonction de la parité selon les auteurs.

Auteurs	Nullipares (%)	Primipares (%)	Seconde Pare (%)	Multipare (%)
M.NAYAMA(7)	15,4	20,3	41,2	9,1
K.BOUDRHAA(11)	35,38	24,61	26,62	-
BEN HMID RIM(5)	35	-	-	-
RAFIA(9)	33,72	29,07	20,93	16,28
MEHDIQUI (3)	35,83	26,66	14,16	14,33
NOTRE SERIE	36,75	35,18	13,67	15,38

D-Antécédents :

Comparaison de la fréquence des principaux antécédents de notre série avec ceux de la série de MEHDIOUI(3)



1) Médicaux :

a) Les infections génitales :

Les MST et leurs complications (salpingites, pelvipéritonites) représentent le facteur de risque principal de GEU.

Le germe le plus fréquemment en cause semble être Chlamydia trachomatis.

Toutes les enquêtes cas témoins au cours desquelles une sérologie Chlamydiae a été pratiquée ont montré l'existence d'une liaison forte entre la positivité de ce test et le risque de GEU.

Les infections génitales expliqueraient 50% des cas de GEU par l'intermédiaire d'un mécanisme d'altération séquellaire de l'anatomie tubaire (12, 13).

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 (10).

Dans notre étude, le taux de salpingites et des IST représentait 11,11%, cela reflète probablement la méconnaissance et le retard diagnostique des salpingites dans notre contexte.

Cependant nos résultats sont nettement inférieurs à ceux de la série de MEHDIOUI (3) avec un pourcentage de 30%.

Tableau 16: Salpingites et IST selon les auteurs.

Auteurs (référence)	Salpingites et IST(%)
JOB-SPIRA N(4)	13
M.NAYAMA (7)	18,9
Sy T(6)	88,2
BOUDRHAA(11)	16,8
RAFIA(9)	16,27
MEHDIOUI(3)	30
Notre série	11,11

2-chirurgicaux :

Chirurgie abdomino-pelvienne:

Un antécédent de geste chirurgical représente un risque important de GEU ; ceci pouvant être expliqué par les adhérences péritonéales et péricubaires qui s'observent après laparotomie. (14,15)

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 4 patientes avaient un antécédent d'appendicectomie soit 3,41% contre 0,83 % dans la série précédente(3).

3-Gynéco-obstétricaux :

a)Avortement spontané et IVG :

AS : les résultats diffèrent selon les études.

Trois études de bonne qualité trouvent cependant une association avec le risque de GEU. (14)

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) (2).

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 (14,16).

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. (2)

Dans notre étude la fréquence des AS et des IVG est respectivement de 23% et 7,69 % concordant avec les résultats trouvés par MEHDIOUI(3) avec 24,16% pour les AS et 6,66% pour les IVG.

Tableau 17 : antécédents AS et IVG selon les auteurs.

Auteurs	AS et IVG	Fréquence (%)
M .Nayama (7)	AS	16,8
	IVG	-
A.Karaer et al (10)	AS	16,5
	IVG	22,2
Ben Hmid (5)	AS	28,5
	IVG	14
Sy T (6)	AS	-
	IVG	43,1
Zaghloul (8)	AS et IVG	16,92
MEHDIOUI(3)	AS	24,16
	IVG	6,66
Notre série	AS	23
	IVG	7,69

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 peuvent suffire à expliquer une récurrence.

Cette récurrence semble être très influencée par les facteurs intrinsèques qui ont contribué à générer la première GEU.(9,10)

Dans notre série 8 patientes avaient un antécédent de GEU soit 6,83%.

Le même résultat est retrouvé dans la précédente série(3).

Tableau 18 :antécédent de GEU selon les auteurs.

Auteurs	Récidive GEU (%)
JOB SPIRA (4)	9
Sy T (6)	7,8
BEN HMID (5)	6,4
M Nayama et al (7)	3,5
RAFIA (9)	3,48
MEHDIOUI (3)	6,66
Notre série	6,83

c)-Contraception orale :

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

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

Les progestatifs microdosés 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)

Dans notre série 21 patientes étaient sous contraception orale soit 17,94 % contre 25 cas dans la série de MEHDIOUI(3) soit 20,83%.

Tableau 19 : contraception orale et GEU.

Auteurs	Fréquence (%)
Sy T (6)	7,8
M.Nayama et al (7)	13,3
Zaghloul (8)	10,76
Rafia (9)	26,74
MEHDIOUI(3)	20,83
Notre série	17,94

d)-dispositif intra-utérin :

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 (2,19).

Dans notre série 2 patientes utilisaient le DIU comme moyen contraceptif soit 1,7%, résultat inférieur à celui retrouvé par MEHDIOUI(3) soit 3,33%.

Tableau 20 : DIU et GEU

Auteurs (référence)	DIU (%)
JOB-SPIRAN (4)	31
BEN HMID (5)	36,3
ERRERAGUI (20)	8,53
RAFIA (9)	4,65
<i>MEHDIOUI (3)</i>	<i>3,33</i>
<i>Notre série</i>	<i>1,7</i>

e)-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'interprétation de ce résultat pose deux types de 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 entre l'infertilité et la GEU sont complexes puisque la GEU est à la fois cause et conséquence d'infertilité. On peut donc supposer l'existence de facteurs communs à l'infertilité et au risque de GEU, qu'il serait intéressant d'identifier pour mieux connaître l'étiologie de l'une et de l'autre (2).

Dans notre série nous avons relevé 6 patientes soit 5,12 % contre 19,1% dans la série précédente MEHDIQUI(3).

Nos résultats sont nettement inférieurs par rapport à la série précédente (3) et par rapport à la littérature.

Tableau 21 : infertilité et GEU selon les auteurs

Auteurs	Stérilité (%)
JOB-SPIRA N (4)	19
Sy T (6)	11,7
BEN HMID (5)	11,5
RAFIA (9)	12,79
ERREGRAGUI (20)	16,44
<i>MEHDIQUI (3)</i>	<i>19,1</i>
<i>Notre série</i>	<i>5,12</i>

f)-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.

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. (21)

Dans notre série 5 patientes avaient un antécédent de chirurgie tubaire soit 4,27% des cas.

g)-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(22).

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 responsable 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 (23).

Dans notre série 2 patientes ont été traitées par inducteurs de l'ovulation soit 1,7 %.

h)-Stérilisation tubaire :

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).

i)-Endométriose:

C'est un facteur de risque indiscutable, elle entraîne des adhérences péri-annexielles produisant des coudures tubaires et un épaissement des franges (25,9).

4-Tabac:

C'est le second grand facteur de GEU, l'association est très forte avec une relation causale et de type dose-effet (2).

La tabac présente plusieurs action 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 oestro-progestérone qui influence le péristaltisme tubaire par un effet anti-oestrogénique (2, 10, 26).

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 (2,14).

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

1-Calculer le score (nombre de points) pour chaque facteur de risque:

Age(ans)	points	Tabac (cig./j)	points	Autres facteurs		
				points	points	oui
<35	0	0	0	ATCDS de GEU	10	0
35-39	3	1-20	2	Endométriose	9	0
≥40	6	>20	4	ATCDS d'infection	8	0
				Clomifene	7	0
				Chirurgie tubaire	4	0

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

Total des 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

Risque (%)

Echelle de risque de GEU d'après (COSTE) (2)

II. ETUDE CLINIQUE :

La symptomatologie est hétérogène allant de la forme symptomatique à la forme habituelle comportant la triade classique, retard des règles, algies abdomino-pelviennes et métrorragies jusqu'à l'état de choc hémorragique.

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.

Le tableau classique associe douleurs pelviennes, aménorrhée et métrorragies.

A-Signes fonctionnels :

1) Douleurs pelviennes :

Présente dans plus de 90% des cas. Les douleurs sont en général sus-pubiennes, le plus souvent unilatérales dans une des deux fosses iliaques.

Ces douleurs peuvent être absentes cependant la présence de scapulalgies qui appartiennent au syndrome péritonéal et correspondent à l'irritation diaphragmatique par l'hémopéritoine doivent faire suspecter une GEU rompue (26).

Dans notre série ce symptôme représente 91,5 % contre 87,5% dans la série précédente (3).

2) Métrorragies :

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

Elles sont la conséquence d'une stimulation hormonale de l'endomètre décidualisé.

Elles peuvent être absentes ou au contraire abondantes simulant une fausse couche (27).

Ce symptôme est retrouvé dans notre série chez 82 patientes soit 70 %, il est présent dans 79,16% des cas dans la série de MEHDIOUI (3).

3) L'aménorrhée :

Elle se rencontre chez 70 % des cas. Elle n'est parfois pas reconnue par la patiente (27).

Dans notre série on la retrouve chez 74 patientes soit 63,4%.

Dans la série précédente (3) ce symptôme est retrouvé dans 72,5% des cas.

4) Association douleurs pelviennes+aménorrhée+

Métrorragies:

Cette triade correspond selon plusieurs auteurs aux formes évoluées.

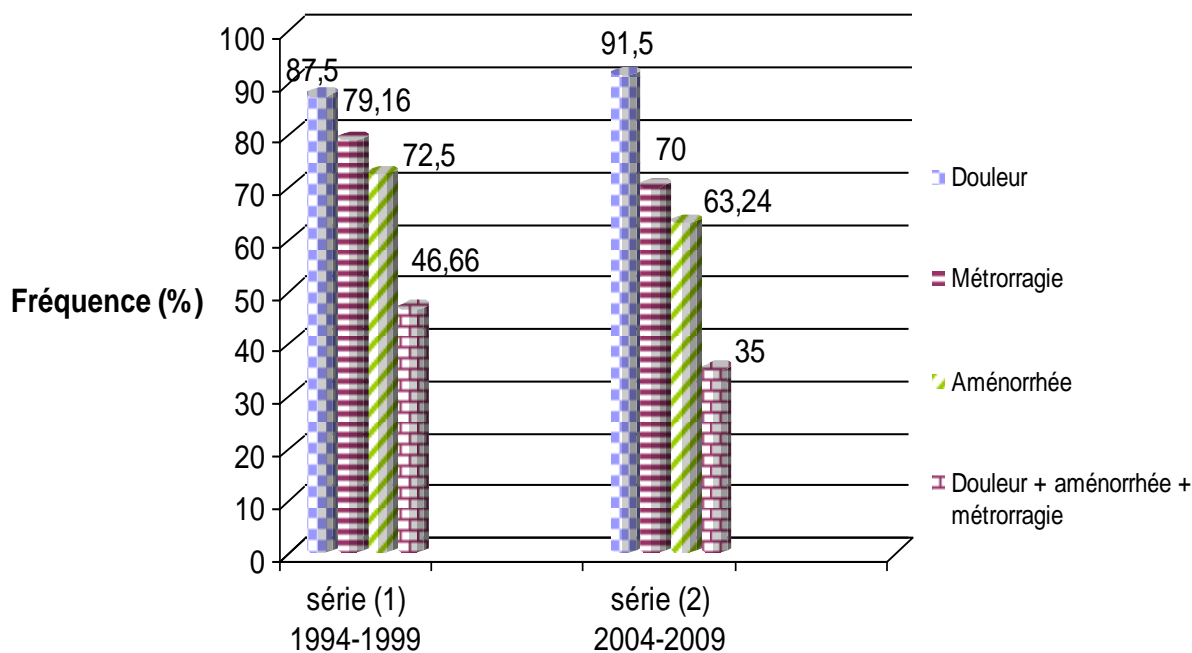
Dans notre étude cette association est retrouvée chez 41 patientes soit 35 % des cas.

Dans l'étude de MEHDIOUI(3) l'association est retrouvée chez 56 patientes soit 46,66%.voir tableau 22 et figure

Tableau 22: les signes fonctionnels de la GEU.

Auteurs	Algie	RDR	Métrorragies	Association
Ben Hmid (5)	79,2 %	72,7 %	79,2 %	-
Sy T(6)	92,2 %	98 %	62,7 %	-
M.Nayama et al (7)	100 %	89,5 %	80,4 %	-
Zaghloul (8)	90,76 %	70 %	70 %	-
Rafia (9)	88,37 %	66,28 %	77,90 %	44,18 %
MEHDIQUI (3)	87,5 %	72,5%	79,16%	46,66%
Notre série	91,5 %	63,24 %	70 %	35 %

Comparaison de la fréquence des signes fonctionnels



5-Autres signes fonctionnels :

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 hémipéritoine.

Des épisodes de douleurs de l'hypocondre droit doivent être recherchés et feront évoquer un syndrome de Fitz-Hug-Curtis (adhérences en corde de violon entre le foie et la paroi abdominale).

Les signes sympathiques de grossesse sont inconstants.

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

Lors d'une GEU, 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.

En effet l'aspect visuel macroscopique de la caduque peut être pris à tort pour un produit de fausse couche.

En cas de suspicion de fausse couche, les femmes doivent être incitées à conserver ce qui peut être expulsé et à l'emmener à leur médecin pour qu'un examen anatomopathologique puisse redresser le diagnostic (27).

B-Signes généraux :

1-Tension artérielle et fréquence cardiaque:

L'examen clinique est le plus souvent normal, rappelant que 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.

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

Dans notre étude, l'état de choc a été retrouvé chez 9% des cas contre 20% dans la série précédente(3).

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 ; 30,76 % avaient des conjonctives décolorées (36cas).

3- Température :

La température élevée peut errer le diagnostic de GEU en pensant à un problème infectieux (28).

Dans notre étude ; une fièvre supérieure à 38,5 °C a été constatée chez 11 patientes, soit 9 % des cas contre 20,8% dans l'étude de MEHDIQUI(3).

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 paraclinique nécessaire (29).

1) L'examen abdominal:

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

Deux signes semblent utiles sous l'abord positif, ce sont :(29)

- 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 34 % des patientes ont présenté une sensibilité sus pubienne 23% une douleur d'une fosse iliaque avec dans 7,69% des cas une défense abdominale. .

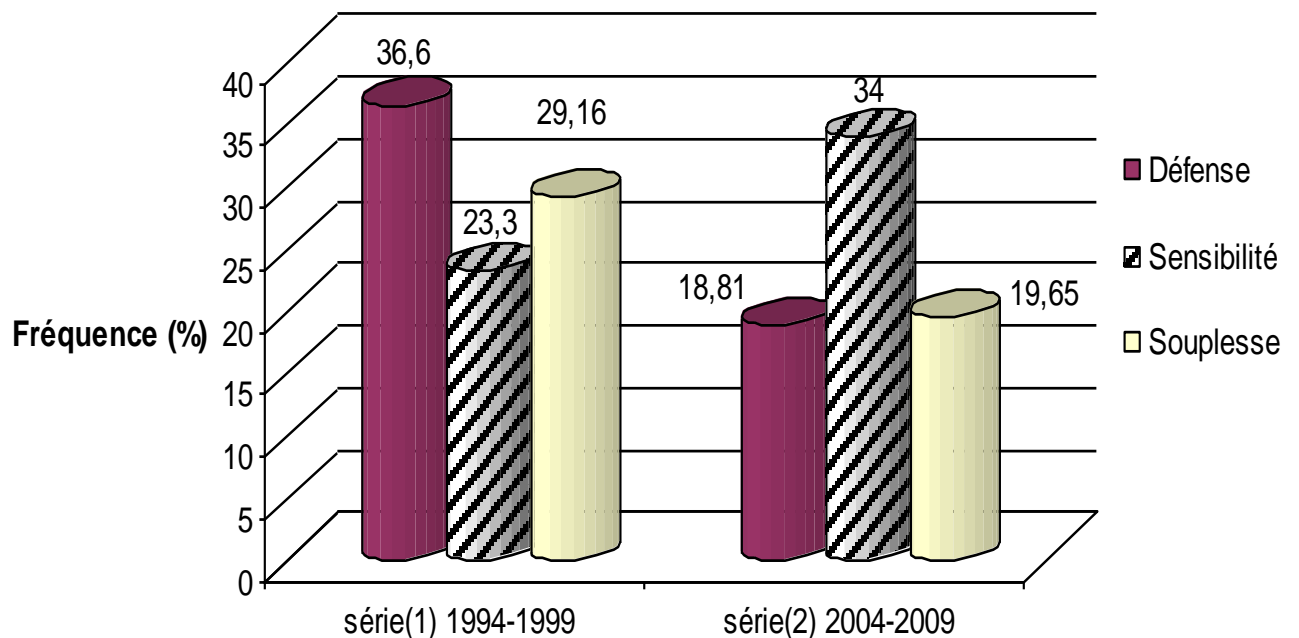
Dans la série de MEHDIOUI(3) les signes les plus retrouvés sont :

- une défense abdominale ou abdominopelvienne dans 36,6 % des cas.

- un abdomen sensible dans 23,3 % des cas.

- un abdomen normal à l'examen dans 29,16 %.

Comparaison de la fréquence(%) des principaux signes fonctionnels



2) L'examen obstétrical:

Examen au spéculum confirme l'origine endo-utérine des saignements, montre un col congestif de grossesse fermé et élimine donc le diagnostic de fausse couche en cours (27).

En effet dans notre série des métrorragies ont été observées chez 55,5% des cas et un col violacé chez 29% des cas.

Le toucher vaginal 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(30).

Dans notre série :

- L'augmentation de la taille utérine n'est retrouvée que dans 31% des cas.

Cependant l'état de l'utérus était non précisé chez 25% des cas.

- La MLU n'a été retrouvée que dans 6 % des cas.

- L'empatement annexiel dans 7 % des cas.

-Des CDS bombants et/ou douloureux dans 7 % des cas également.
(Résultats bien inférieurs à ceux retrouvés dans la littérature).

Tableau 23 : Examen obstétrical selon les auteurs.

Auteurs	MLU	Empattement annexiel	CDS bombants et/ou douloureux
Ben Hmid (5)	7,7 %	-	61 %
Sy T (6)	29,4 %	-	72,5 %
M Nayama et al(8)	-	-	41,95 %
Rafia (9)	20,93 %	27,90 %	33,72 %
Boudhraa (11)	15,38 %	-	-
Erregragui (20)	21,95 %	36,58 %	47.56%
MEHDIOUI (3)	25,8%	16,6%	43,3%
Notre série	6 %	7 %	7 %

Cri de Douglas au toucher rectal :

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

Le TR est pratiqué chez 30 patientes, et a révélé le cri de Douglas dans 25,64 % des cas.

Dans la série de MEHDIOUI (3) le toucher rectal a été pratiqué chez toutes les patientes et était douloureux dans 57,5%.

III. PARACLINIQUE :

En raison du risque vital lié au non diagnostic de la grossesse extra utérine, les examens complémentaires doivent combiner une très bonne spécificité avec la meilleure sensibilité possible.

Par une prescription raisonnée d'examens complémentaires, l'objectif est d'éviter les actes opératoires inutiles tout en limitant les ruptures tubaires et les interruptions à tort de grossesse intra utérines (31).

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 glycoprotéique produite par le blastocyste avant l'implantation.

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 beta est spécifique de chaque hormone.

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 8^{ème} jour post-ovulatoire.

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

Dosage qualitatif:

C'est 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 (27, 32).

Cinétique des β -hCG:

Elle a un intérêt diagnostique. 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.

Au total le profil des β -hCG mime la cinétique d'une GIU évolutive et d'une FCS dans presque 29 % des cas (27, 33).

A j4, une diminution de + de 50 % des β -hCG rend la FCS très probable, une élévation de + de 50 % des β -hCG rend la GIU possible.

Enfin une diminution ou une élévation de moins de 50 % rend le diagnostic de GEU plus probable.

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(31, 34).

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 (31,35).

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(27).

Dans notre série, ce dosage était réalisé chez 64 patientes avec des taux significatifs dans 54,70% des cas.

Dans la série précédente ce dosage a été réalisé chez 29 patientes soit 24,16%, il est revenu positif dans tous ces 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) (27).

La progestéronémie permet d'exclure le diagnostic de GEU avec une sensibilité de 97,4 % lorsque son dosage est supérieur à 25ng/ml. Elle permet également d'exclure le diagnostic de GIU évolutive lorsque son taux est inférieur à 5 ng/ml (9, 36).

Ainsi entre 5 et 25 ng/ml, la viabilité et la localisation de la grossesse doivent être confirmées par l'échographie(31).

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.

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.

Dans notre série, la NFS a révélé une anémie chez 64 patientes, parmi lesquelles 4 patientes ont nécessité une transfusion sanguine.

Dans l'étude de MEHDOUI (3) cet examen a été demandé chez toutes les patientes et a révélé une anémie dans 42 cas soit 35%.

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.

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(27).

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(27).

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.

En cas d'anomalies au niveau de la zone d'insertion placentaire ou au niveau des membranes, la fibronectine augmente dans les sécrétions vaginales (31).

Cependant sa détection donne de médiocres sensibilité et spécificité en matière de GEU, ce qui limite son utilisation par la plupart des auteurs.

B- Echographie :

Les progrès de l'imagerie avec notamment l'échographie vaginale ont bouleversé le diagnostic de la grossesse extra utérine et permettent un diagnostic de plus en plus précoce : les 2/3 des GEU sont actuellement diagnostiquées avant la rupture tubaire contre un ¼ seulement avant les années 1980 (37, 38).

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.

1-Échographie 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 (27, 39).

2-Échographie endo-vaginale:

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

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

Localisation :

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(Fig1).

La GEU apparait souvent comme une masse annexielle anormale située près de l'ovaire(27).

Description:

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).

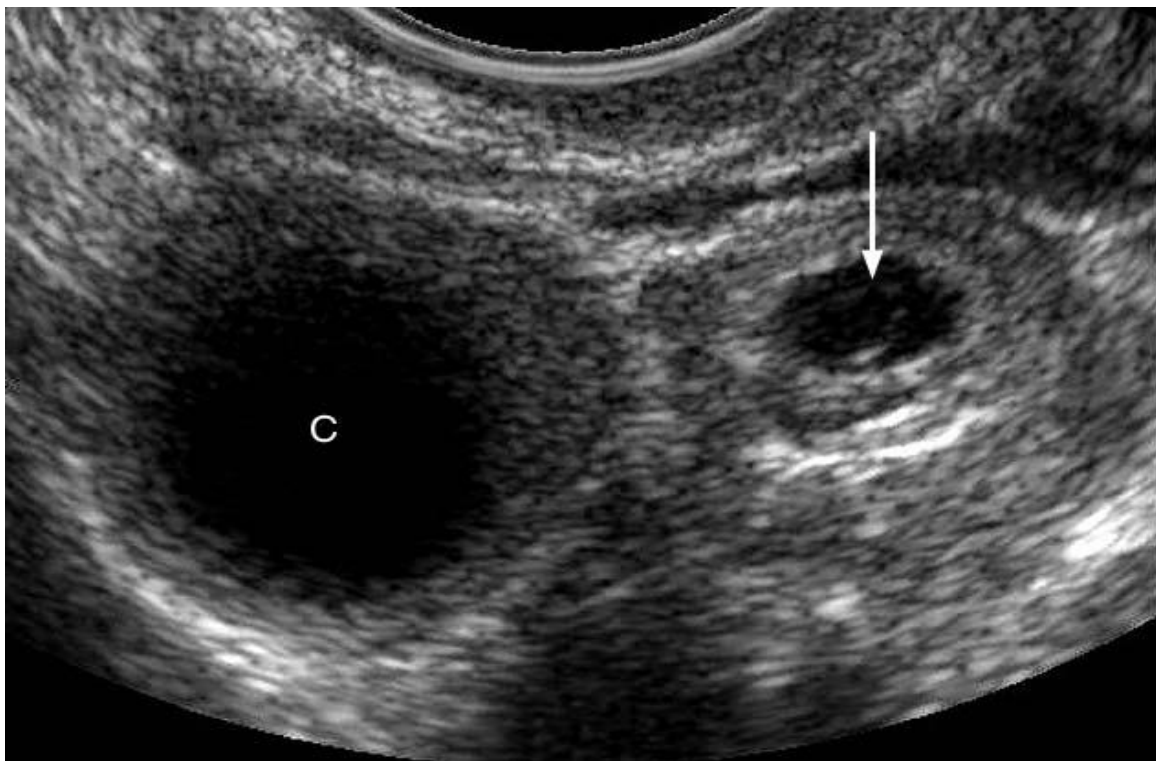


Figure 1 : Grossesse extra-utérine. Au sein de l'annexe gauche, on retrouve le sac ovulaire ectopique (flèche) et le corps jaune(c)(39).

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 correspondant à un hématosalpinx (Fig.2).

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).

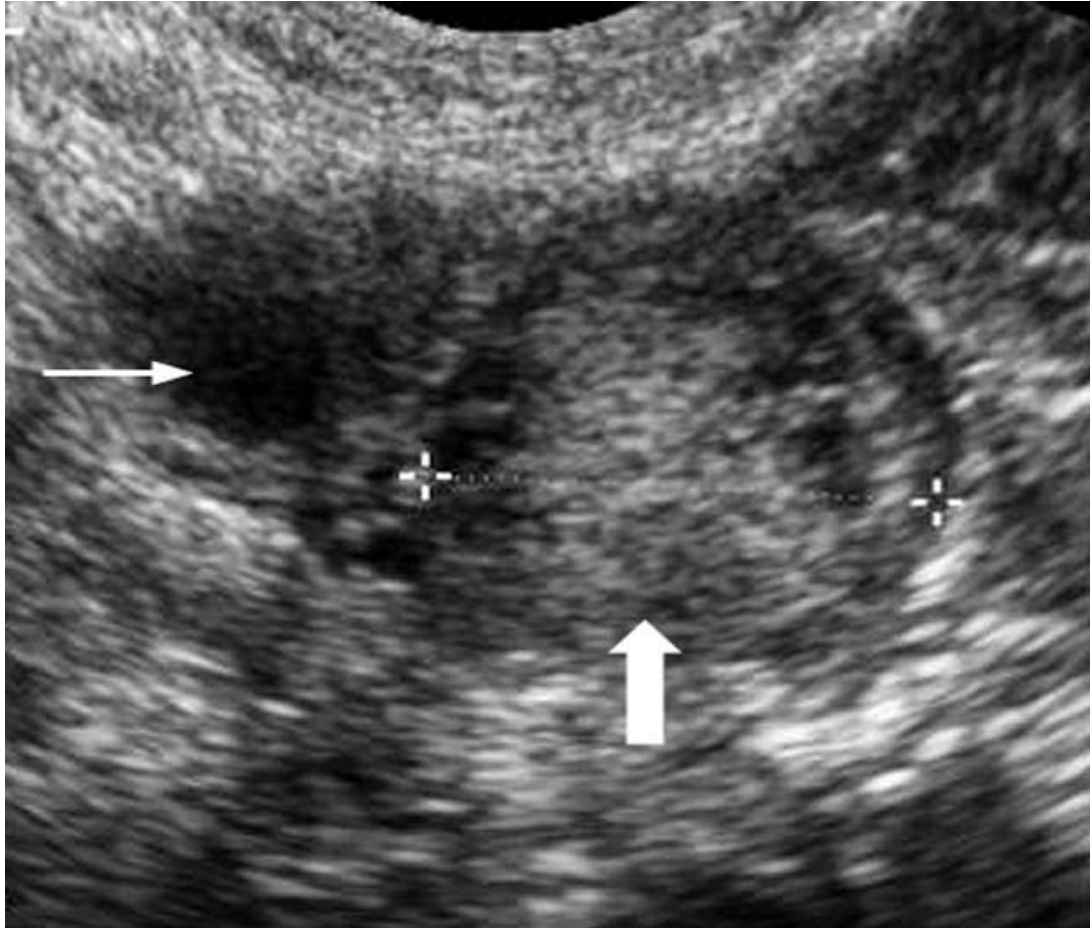


Figure 2 : Hémosalpinx (grosse flèche) à côté de l'ovaire (flèche) (39).

b-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) (27).

Cependant l'épanchement n'est pas pathognomonique de la GEU rompue il peut se retrouver dans tout processus d'irritation péritonéale (39).

Dans les 2 séries aussi bien la notre que celle de MEHDIOUI(3) ces deux signes sont les plus retrouvés en plus de la masse latéro-utérine.

C- Association échographie et β HCG :

L'échographie combinée au dosage d'hCG a profondément bouleversé l'approche diagnostique de la GEU.

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 (9, 40).

L'association échographie et β HCG plasmatique était notée chez 64 cas soit 54,70 %.

Tableau 24: 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 (37).

L'association échographie et β HCG plasmatique était notée chez 64 cas soit 54,70 %.

D- Culdocentèse:

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 (31).

La culdocentèse a deux intérêts : elle permet d'une part, de vérifier la nature de l'épanchement du Douglas c'est à dire 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 (27, 31).

Dans notre série la culdocentèse a été positive chez 11 patientes soit 9,4% contre 97,05% dans la série précédente (3).

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.

Une cœlioscopie normale n'élimine pas une GEU: il peut s'agir d'une GEU précoce sans hémopéritoine ni hématosalpinx (27).

Dans notre série ainsi que dans celle de MEHDIOUI (3)

1 patiente a bénéficié de cet examen.

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).

Le traitement de la GEU a beaucoup évolué avec l'avènement de la coeliochirurgie et les traitements médicamenteux (41).

Toutefois quelques soient les modalités thérapeutiques instituées, elles doivent répondre à 5 objectifs (9):

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

A- Traitement chirurgical :

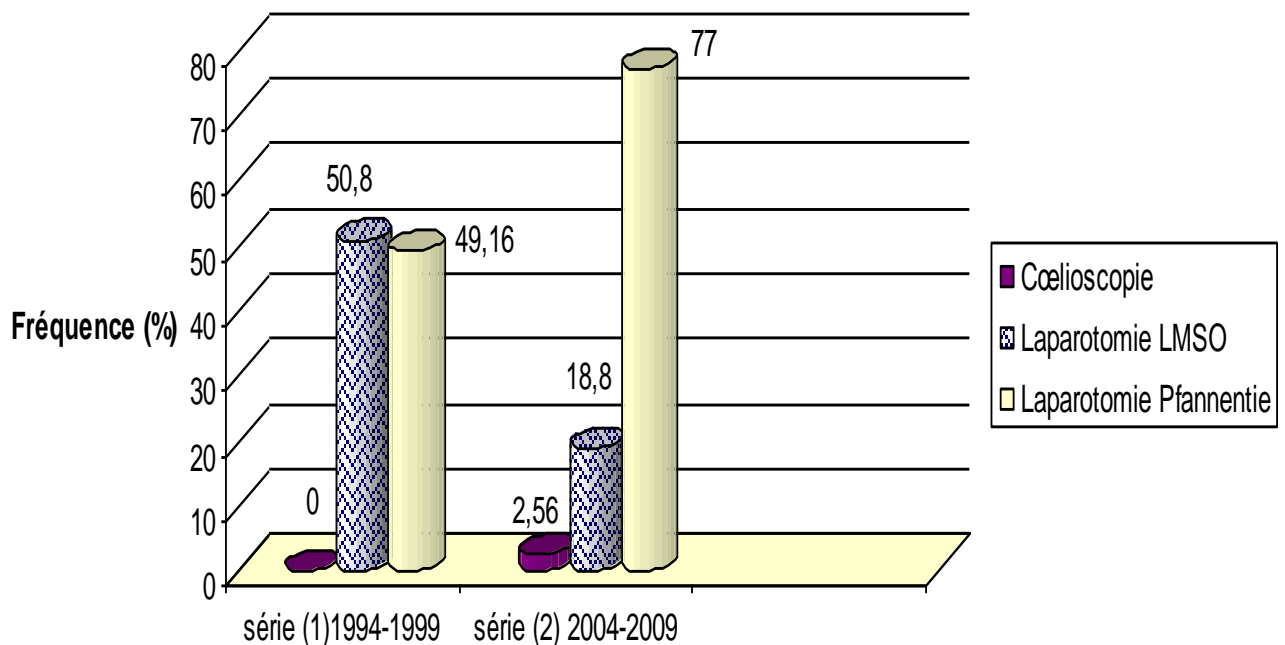
1- Voie d'abord:

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 (9).

Dans notre série, la voie la plus utilisée était l'incision de Pfannentiel dans 77 % des cas contre 18,80 % pour LMSO.

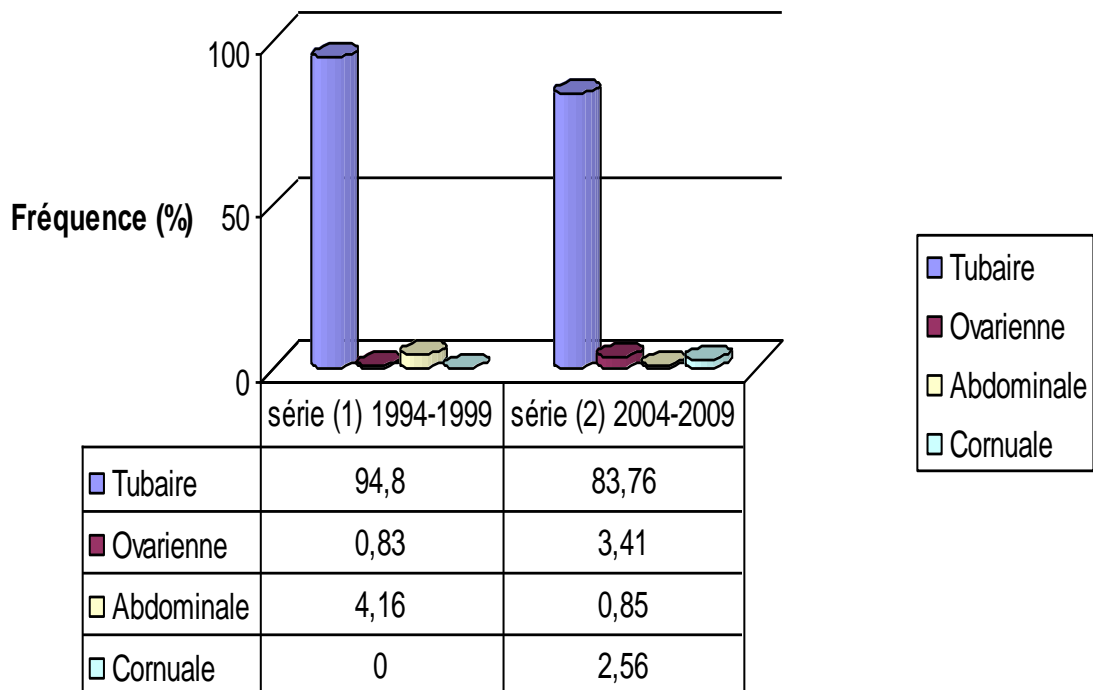
Dans l'étude précédente (3) la voie la plus utilisée était la LMSO avec une fréquence de 50,8%.

Comparaison de la fréquence(%) de la voie d'abord



2-Situation anatomique:

Comparaison de la fréquence(%) des situations anatomiques de GEU.



a-GEU TUBAIRE :

La localisation tubaire est de loin la plus fréquente

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. (9)

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.

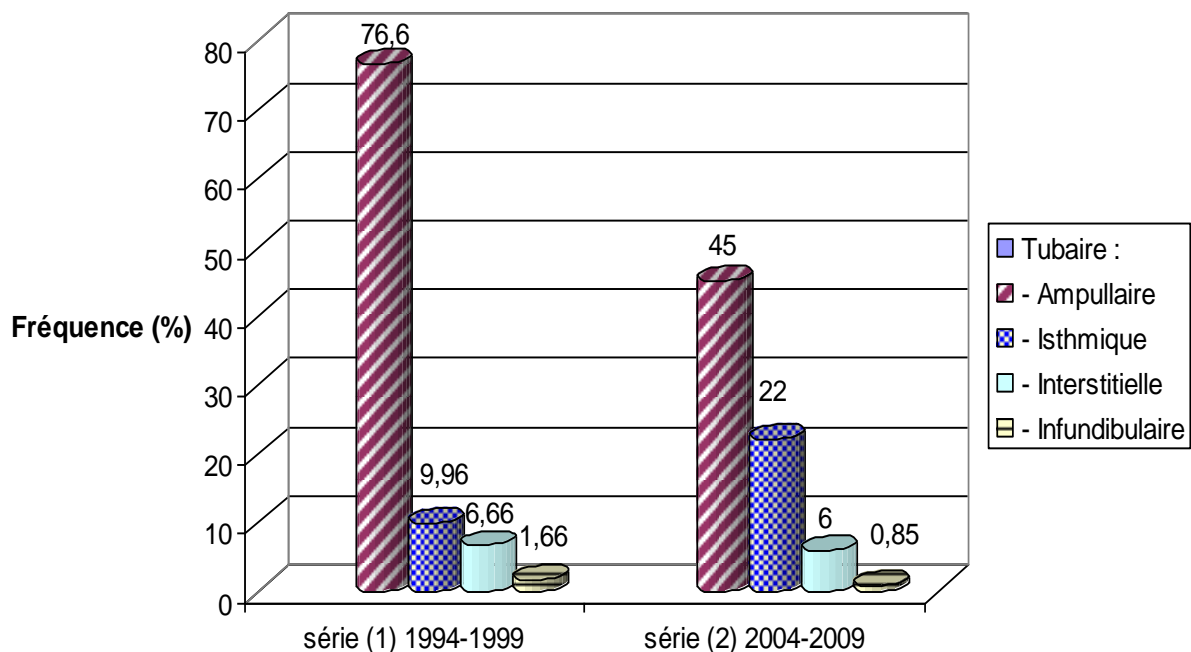
-En cas de localisation pavillonnaire, la trompe n'est pas distendue, le risque de rupture est faible, ce sont des GEU qui guérissent spontanément (9).

Dans notre série la localisation tubaire est la plus fréquente et représente 83,76 % des cas.

Dans la série de MEHDIQUI (3) la localisation tubaire est aussi la plus fréquente 94,8%.

Dans les 2 séries il y a une prédominance de la localisation ampullaire.fig

Comparaison de la fréquence (%) des GEU tubaires.



b-GEU autres ectopies

b-1Grossesse cervicale :

Il s'agit d'une grossesse implantée dans le canal endocervical, connue depuis 1960 et décrite pour la première fois en 1911. (42, 43).

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 (43).

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 (43).

b-2 Grossesse abdominale:

Elle se définit par une implantation et développement de l'œuf fécondé dans la cavité abdominale.

C'est une éventualité rare dans l'évolution d'une grossesse puisqu'elle ne représente que 1,3% (27).

Ces ectopies abdominales peuvent être soit secondaires par un phénomène de greffe après un avortement tubo-abdominal, soit primitives par une implantation directe de l'œuf fécondé sur le péritoine ces dernières semblent être exceptionnelles (43).

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

Allibone (43,44) 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) se doit être rapide après la confirmation diagnostique en raison du pronostic vital engagé (43).

Une seule grossesse abdominale a été diagnostiquée dans notre étude soit 0,85% contre 5 cas dans la série de MEHDIOUI(3) soit 4,16 %.

Par rapport à la littérature nos résultats rejoignent ceux de M.Nayama (7) 0,7% et de Boudhraa (11) 1,5%.

b-3 Grossesse ovarienne:

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

Sa fréquence est de 3,2 % (27,45).

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.

Les patientes sont plus souvent vues dans un contexte d'urgence en état de choc.

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 suivant 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 (46).

Le diagnostic est souvent coelioscopique et tardif.

Le traitement chirurgical coelioscopique est préconisé dans la mesure où l'état hémodynamique de la patiente est stable.

En fonction des cas seront réalisés: une resection 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 (46).

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.

Dans notre série la grossesse ovarienne a été retrouvée chez 4 patientes soit 3,41% des cas contre 0,83% dans la série précédente (3).

Par rapport à la littérature nos résultats se rapprochent de ceux trouvés par Boudrhaa 3% (11) et Rafia 2,77% (9), et nettement inférieurs à ceux de SyT(6) 7,84% .

b-4 Grossesse hétérotopique:

La grossesse hétérotopique est définie par la présence simultanée d'une grossesse intra-utérine et d'une grossesse extra-utérine.

Sa fréquence a augmenté ces dernières années avec la procréation médicalement assistée.

Le premier cas rapporté date de 1708 (47).

Le diagnostic de la GH est difficile car la symptomatologie est déroutante.

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 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).

b-5 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-unicorne, cette implantation peut succéder à la migration trans-péritonéale des spermatozoïdes ou à une communication entre les deux cornes (9, 49).

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 (9,49,50).

Dans notre série, nous avons noté 3 cas d'une GEU sur une corne rudimentaire, soit 2,56% contre 1,16 % dans la série de RAFIA (9).

Aucun cas n'a été retrouvé dans la série précédente (3).

3- Chirurgie radicale :

a. Salpingectomie totale :

La salpingectomie consiste en l'exérèse de la trompe réalisée par voie antérograde ou rétrograde avec ligature coagulation ou section des vaisseaux du mésosalpinx au ras de la trompe pour préserver la vascularisation ovarienne(51).

Dans notre série, La salpingectomie totale était réalisée dans 89,74% des cas ce qui rejoint les résultats de la série précédente(3) 89,16%.

Tableau 25: Fréquence de la salpingectomie totale selon les auteurs:

Auteurs (référence)	Salpingectomie totale (%)
Sy T (guinée) (6)	80,3
Benhmid (tunisie) (5)	52
Zaghloul (casa) (8)	56,52
Rafia (casa) (9)	65,27
M .Nayama (niger) (7)	86
MEHDIQUI (Rabat) (3)	89,16
Notre série	89,74

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(51).

Dans notre série, l'annexectomie était réalisée dans 4,27 % des cas ce qui rejoint les résultats de la série précédente (3) soit 5%.

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 métrorragie sous l'effet de l'hormonothérapie substitutive(20).

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

4- Chirurgie conservatrice :

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

Tableau : Les différentes techniques chirurgicales du traitement chirurgical conservateur selon le siège de la GEU (27).

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 (27).

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(27).

Ce geste n'a été réalisé chez aucune de nos patientes.

Dans la série de MEHDIOUI(3) 1 patiente a bénéficié de ce traitement soit 0,83% des cas.

Dans les autres séries on retrouve des taux variables de 32,30% pour Boudhraa (11); 7,7% pour M.Nayama (7); 48% pour Ben Hmid R(5) et 16,66% pour Rafia(9).

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 post opératoire 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 comparée à la salpingotomie (52).

c-Résection tubaire segmentaire:

La salpingectomie partielle est rarement indiquée.

Elle a été proposée essentiellement pour les localisations isthmiques.

En l'absence de rupture et/ou de saignements importants, elle n'est pas indiquée.

En cas de rupture s'accompagnant d'une hémorragie incontrôlable, plutôt que de réaliser une salpingectomie une résection segmentaire est possible.

Cette résection doit être économe sur le plan tubaire et vasculaire permettant une anastomose soit immédiate, soit plus fréquemment différée afin d'être réalisée sur du tissu sain en l'absence d'œdèmes et d'imprégnation gravidique.

L'inconvénient majeur de cette technique réside dans la nécessité d'une laparotomie secondaire pour l'anastomose microchirurgicale (52).

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

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

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 (9).

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(53).

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(9,54).

5-Suites opératoires :

Dans notre série les suites post-opératoires étaient simples chez 83 patientes soit (70,94%) contre 93,3% dans la série de MEHDIOUI (3).

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 (27).

b-Traitement conservateur:

La surveillance tant clinique que biologique se bornera à objectiver la complication la plus fréquente du traitement conservateur qu'est l'échec dont le taux avoisine, en fonction des séries 3 à 15 %.

Il est important donc de doser le taux des β hCG plasmatiques, nous utilisons le diagramme prévisionnel de Pouly dans le cadre de cette surveillance.

Celui ci se base sur le dosage de l'hormone de grossesse à partir du deuxième jour post opératoire.

Un taux résiduel inférieur à 12,5 % du taux initial signe la guérison alors que si celui ci s'avère supérieur à 35%, l'échec paraît hautement probable.

C'est alors que le recours au traitement médical adjuvant par méthotrexate peut être nécessaire en complément du traitement chirurgical (52).

B- Traitement médical :

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 en effet Tanaka a été le premier en 1982 à rapporter le traitement d'une grossesse interstitielle par MTX (55, 56).

Dans notre série une seule patiente a bénéficié du traitement médical par MTX soit 0,85%.

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 (27, 56).

En réalisant une étude immunohistochimique , 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 (57).

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 (27, 57).

b) Voie d'abord:

b.1 la voie parentérale:

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

Les modalités d'administration ont variés avec le temps:

4mg/jr pendant 5 jours, 25mg/jr pendant 3 jours, 0,4 mg/kg/jr pendant 5 jours, 1mg/kg/jr 1jour sur 2 pendant 8 jours.

Cette modalité thérapeutique présentait deux inconvénients : la nécessité d'une hospitalisation longue et un taux élevé d'effets secondaires systémiques.

Afin de remédier à ces inconvénients STOVAL(58) a proposé d'administrer 50mg/m² de méthotrexate avec un taux de réussite 96,7% et ceci sans effets secondaires systémiques (56).

b.2 La voie orale:

Une étude récente de LIPSCOMB(59) a retrouvé un taux de succès de 86 % (19/22 patientes) par méthotrexate par voie orale à la dose de 60 mg/m² en deux administrations à deux heures d'intervalle.

La voie orale a été peu étudiée et il n'y a pas assez d'éléments pour préférer cette voie qui a pour seul avantage d'éviter une injection (56).

b.3 La voie locale:

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 (13).

Le sac amniotique est d'abord repéré, vidé puis on injecte le méthotrexate.

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 de méthotrexate au sein de la GEU, tout en diminuant des 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 (13, 56).

LINDBLOM utilise la voie locale per coelioscopique dans le site de la GEU et PANSKY est le premier à injecter du métotrexate.

Le taux de succès est en moyenne de 82 % (13).

Les résultats sont comparables à ceux de l'injection échoguidée mais elle présente l'inconvénient majeur de nécessiter l'anesthésie générale (56).

2-Association MTX mifepristone:

La mifépristone (RU486, Mifégyne®) est un antiprogéstéronique 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 (27).

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 (60).

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-Les autres thérapeutiques médicales:

a) Prostaglandines:

Elles sont après méthotrexate les plus fréquemment utilisées par injection per coelioscopique ou par voie vaginale, peu utilisée en raison de ses effets secondaires cardiovasculaires (56).

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 échoguidée.

Ils sont dénués d'effets secondaires graves et sont particulièrement indiqués en cas de grossesse hétérotopique ou en cas de stagnation des β -hCG après un traitement par MTX pour éviter des doses itératives de celui-ci.

L'efficacité du chlorure de potassium est de 60 % et celle du glucose hyperosmolaire de 80 %.

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 (13, 27).

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 (9, 61).

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 (62).

A noter qu'une augmentation de β HCG durant les 2 à 3 premiers jours est habituelle (9,61).

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 (9).

C-L'abstention thérapeutique:

De nombreux auteurs se sont intéressés à cette prise en charge. En 1955 Lund à 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.

En termes d'indication les critères sont variables en fonction des séries.

Les critères constamment retrouvés sont:

- 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 (56, 63).

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 (63).

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

D-Indications:

1-Choix entre traitement médical ou chirurgical:

Le diagnostic plus précoce des GEU a permis successivement le développement du traitement coelioscopique puis du traitement médical.

De nombreuses études prospectives ont comparé ces deux méthodes et concluent que le traitement médical est une alternative valable du traitement chirurgical conservateur.

Le traitement médical est recommandé dans les situations suivantes:

- patiente multi opérée.
- syndrome adhérentiel majeur.
- obésité morbide.
- contre-indication à l'anesthésie.
- GEU angulaire ou interstitielle.
- échec 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 a 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 (64).

Tableau 26: score pour le traitement médical de la GEU d'après Fernandez. (56)

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

Le traitement chirurgical est recommandé dans les situations suivantes :
(65)

- hémodynamique instable.
- β -hCG > 10000 mUI/ml.
- hématosalpinx ≥ 4 cm a l'échographie.

- présence d'une activité cardiaque.
- contre-indication au méthotrexate.
- impossibilité d'un suivi ambulatoire.

2-Choix entre traitement conservateur ou radical:

Le choix entre traitement conservateur et radical est encore difficile.

En effet si certaines situations sont quasi synonymes de salpingectomie:

- Patiente âgée non désireuse de grossesse ultérieure.
- Geste conservateur impossible chirurgicalement (trompe très altérée, hémostase impossible).

Dans d'autres cas les choses sont moins établies.

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 (66).

Pour aider mieux le choix entre les deux types un score était établi par BRUHAT et coll. tenant compte des facteurs affectant la fertilité (66).

Tableau 27: 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

De nos jours le traitement coelioscopique est la voie d'abord privilégiée.

Les bénéfices de la cœlioscopie sont nets (27) :

- la durée opératoire est plus courte.
- les pertes sanguines sont plus faibles.
- la durée de séjour postopératoire est réduite.
- la convalescence est plus rapide.

Classiquement on ne retient plus que trois indications de la laparotomie:

- L'inexpérience de l'opérateur en coeliochirurgie.
- Les contre indications chirurgicales de la coelioscopie (antécédents de syndrome adhérentiel pelvien majeur, patientes multi opérées).
- Les contre indications anesthésiques de la coelioscopie (patientes en état de choc hypovolémique) (27).

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 (67).

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 % (65).

Le taux de récurrence de GEU oscille entre 10 et 30% selon la durée du suivi (65).

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 (65).

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 (68, 69).

Après chirurgie conservatrice, le taux de grossesse est de 35 % 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 (69).

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



CONCLUSION



La GEU occupe une place privilégiée dans la littérature médicale et demeure une pathologie fréquente dans le monde.

Au terme de notre étude nous avons comparé nos résultats avec ceux d'une étude étalée sur 6 ans récoltés au même service 10 ans auparavant (entre 1994 et 1999) ;voici les points les plus importants qui marquent l'évolution du diagnostic et de la prise en charge de la GEU :

Épidémiologie:

-Diminution de l'incidence de la GEU 0,34% contre 0,29%.

-Age de l'incidence maximale a diminué par rapport aux années précédentes, 31 et 40 contre 25 et 36.

-La GEU reste toujours associée à une faible parité.

-Concernant les antécédents les plus fréquemment retrouvés sont en chef de file les infections génitales avec toutefois une diminution de la fréquence du fait d'une meilleure information et prise en charge des IST actuellement.

Puis viennent la contraception orale, les avortements spontanés la chirurgie tubaire et enfin l'infertilité dont la fréquence a également diminué du fait du progrès des traitements de la stérilité.

Clinique:

-Sur le plan clinique les trois principaux signes d'appel sont par ordre décroissant: les douleurs pelviennes, les métrorragies et l'aménorrhée.

-Les signes physiques les plus retrouvés sont la sensibilité abdominopelvienne, la défense abdominopelvienne et un abdomen souple.

-Dans les deux séries on retrouve des métrorragies et un col violacé lors de l'examen au spéculum .

Paraclinique:

-La ponction du cul de sac de Douglas n'a pas été réalisée chez toutes les patientes dans notre étude.

Seulement 11 patientes ont bénéficié de cet examen chez qui il s'est révélé positif, concernant la série de 1994-1999 (3) cet examen a été réalisé chez plus de la moitié des cas et s'est révélé positif chez presque toutes les patientes.

-L'échographie abdomino-pelvienne ou endo-vaginale a été réalisée chez 95% des cas dans notre série contre 85,8% dans la série précédente; dans les deux études les signes les plus retrouvés sont la masse latéro-utérine et l'épanchement liquidien péritonéal.

-Concernant les bilans biologiques dans les deux séries toutes les patientes ont bénéficié d'une NFS.

Seulement 24,16% des cas ont réalisé un dosage des β HCG plasmatiques dans la série précédente contre 54,70 % des cas dans notre série.

- Le groupage sanguin a été réalisé chez toutes nos patientes dans l'autre série seulement 30,8% des cas ont bénéficié de cet examen.

-Dans les 2 études la coelioscopie a été réalisé chez seulement une patiente devant le doute diagnostique.

Traitement:

- Dans notre étude 116 patientes ont bénéficié d'un traitement chirurgical et une seule patiente a bénéficié d'un traitement médical.

Dans l'autre série (3) toutes les patientes ont été traitées chirurgicalement.

-La voie d'abord la plus utilisée est celle de Pfannentiel alors qu'il y a dix ans on pratiquait beaucoup plus la LMSO.

-La localisation tubaire de la GEU est la plus fréquente avec des taux 83,76% dans notre série contre 94,88% il y a 10 ans.

- Le traitement chirurgical le plus utilisé est le traitement radical avec le même taux de 94%.

-Les suites opératoires étaient simples dans la majorité des cas



RESUME



Résumé

Titre : Grossesse extra-utérine à propos de 117 cas

Auteur : Ferkous Ghizlane

Mots clés : GEU, épidémiologie ,facteurs de risque, diagnostic, traitement, pronostic.

Au terme de notre étude qui a concernée 117 cas de GEU diagnostiqués et traités au service de gynécologie obstétrique M1 à la maternité Souissi de Rabat durant une période de 6 ans, nous avons conclu que :

- La fréquence de cette affection est de 1/338, l'âge moyen est de 32 ans, avec un maximum de fréquence entre 25 et 36 ans, les nullipares et les primipares sont les plus atteintes.

-Les facteurs de risques fréquemment retrouvés sont: les avortements spontanés 23%, la contraception orale 17,94%, salpingites et IST 11,11 %, IVG 7,69 % et les antécédent de GEU 6,83%, cliniquement la triade ; retard de règles (63,24%), métrorragies (70%) et douleurs pelviennes (91,5%) 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'écographie permettant ainsi une prise en charge thérapeutique avant le stade de rupture.

-Le traitement reste généralement chirurgical radical avec une fréquence élevée de la salpingectomie totale 89,74% 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'aux formes diagnostiquées précocement, c'est-à-dire encore une fois l'intérêt du diagnostic précoce de cette affection.

Summary

Title : Ectopic pregnancy about 117 cases.

Author: Ferkous Ghizlane

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

At the end of our retrospective study about 117 cases of ectopic pregnancy diagnosed and treated in the département of obstetrics and gynecology M1 at the lying hospital SOUISSI of RABAT during 6 years (2004-2009) we would concluded that:

- The frequency of this affection is 1/338.
- The mean age is 32 years old, with a maximum frequency between 26 and 36 years old.
- The frequent risks factors are spontaneous abortions (23%) the oral contraception (17,94%). The miscarriages (7,69%), salpinzitis and the pelvic genital infections (11,11%), prior ectopic pregnancy (6,83%).
- Clinically, the three elements, amenorrhea (63,24%) métrorrhagies (70%), and pelvic pains (91,5%) 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 89,74% 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, that is to say once again, the importance of a precious diagnosis of this affection.

ملخص

العنوان: الحمل خارج الرحم بصدد 117 حالة.

من طرف: فركوس غزلان.

الكلمات الأساسية: الحمل خارج الرحم؛ التردد؛ عناصر الخطورة؛ التشخيص؛ العلاج.

عند نهاية دراستنا الاستيعادية حول 117 حالة حمل خارج الرحم شخصت و عولجت بمصلحة أمراض النساء والولادة بمستشفى الولادة سويسبي بالرباط .

خلال 6 سنوات 2004-2009 استخلصنا ما يلي.

- تردد هذه الإصابة يبلغ 338/1 حمل .

- متوسط السن يساوي 32 سنة مع أقصى تردد بين سن 25 و 36 سنة .

- عديمات الولادة وقليلات الولادة هن المصابات بكثرة.

- عناصر الخطورة الملاحظة كثيرة تتمثل في الإجهاض التلقائي (23%) ، أقراص منع الحمل (17.97%) ، تعفن الجهاز التناسلي الحوضي (11.11%) ، الإنهاء الطوعي للحمل (7.69%) وحالة حمل خارج الرحم سابقة (6.83%) .

- سريريا الثلاثي المتمثل في تأخر العادة الشهرية (63.24%) , نزيف الدم

(70%) , والآلام بالحوض (91.5%) تشكل العلامات الأساسية المعبرة عن الحمل خارج الرحم .

PHCG التشخيص المبكر للحمل خارج الرحم يمكن أن يتحقق باستعمال جرعات مصورات مع القيام بالفحص بتخطيط الصدى وبدلك سيمكن من التكفل بالعلاج قبل مرحلة التمزق.

- لقد ظل العلاج في أغلب الحالات جذريا كما أصبح الاستئصال التام للبق الأثر استخداما وطبق في (89.74%) من الحالات.

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

- طرق العلاج الحديثة ترمي إلي تحسين الخصوبة بعد الحمل خارج الرحم، لكن لا يمكن اقتراحها إلا في الحالات المشخصة مبكرا، هما يدفع إلى التأكيد مرة أخرى على أهمية التشخيص المبكر لهذه الإصابة.



BIBLIOGRAPHIE



- [1] **Collège national des gynécologues et obstétriciens français :**
Gynécologie obstétrique.
Paris : Elsevier ; 2007,437pages.p :305
- [2] **J Bouyer :**
Epidémiologie de la grossesse extra-utérine : incidence, facteurs de risque et conséquences.
J. Gynecol. Obstet. Biol.Reprod., 2003; 32 supp7: 3S8-3S17.
- [3] **Mehdioui aïcha:**
Gravité de la grossesse extra-utérine a la maternité de rabat.
Thèse de Méd. Rabat, 2000.
- [4] **JOB-SPIRA N; 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 et al :**
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] Zaghloul Mouna :

Aspects actuels de la grossesse extra-utérine (A propos de 130 cas).

Thèse .Med.Casa 2006.

[9] 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.

[10] Karaer Avsar Batioglu:

Risk factors of ectopic pregnancy.

Australian and New Zealandjournal of obstetrics A,2006,46:521-527.

[11] K.Boudhraa,N Bensalah,S Yousfi,A.Triki,R.Ouerhani,N.Ben Aissia,M.F. Gara:

Grossesse extra-utérine:diagnostic et prise en charge thérapeutique a propos de 107 cas.

La lettre du gynécologue,2008,337.

[12] Jean-Marie Antoine:

Grossesse extra-utérine

De la conception a la naissance,2002,207pages,p42.

[13] Bernard Blanc,Charles Sultan,Christian jamin:

Grossesse extra-utérine

Traité de ynécologie médicale,2004,608 pages,p304.

Springer,octobre 2004.

[14] 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 Epidemiol 2003;157:185-94.

[15] Nadine JOB_SPIRA, Joel COSTE, Hervé Fernandez:

La grossesse extra-utérine une pathologie multifactorielle résultats d'une enquête cas témoins.

Bulletin épidémiologique hebdomadaire 1999, n°40, p171.

[16] 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.

[17] Jacques Lansac, Pierre Lecomte, Henri Marret:

Grossesse extra-utérine .

Gynécologie.

Paris Masson 2007, 574 pages, p163.

[18] Furlong Lesley-Anne:

Ectopic pregnancy risk when contraception fails.

Journal of Reproductive medicine, 2002, 47, n°11, pp 881-885.

[19] Bouyer.J, Rachou.E, Gerain.E, Fernandez.H, Coste .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.

[20] ERREGUAGUI.L:

Aspects actuels de la grossesse extra-utérine : A propos 82 cas.

Thèse .Med.Casa.2003, 203.

[21] Pr HervéFernandez:

Grossesse extra-utérine:Etiologie,diagnostic,évolution,traitement.

La revue du praticien 2000,5.

[22] C.Forveille,D.Bouliou:

Grossesse extra-utérine apres fécondationin vitro.

J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod,1997,26,374-378.

[23] Sergent.F,Verspyck.E,Marpeau.L:

Prise en charge de la grossesse extra-utérine apres fécondation in vitro.

J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod.2003,32:256-260.

[24] Peterson HB,Xia Z,Hughes JM,Wilcox LS,Tylor LR,TrussellJ:

The risk of pregnancy after tubal sterilization.

AM J Obstet Gynecol,1996 174:1161-70.

[25] COSTE . J,JOB SPIRA.N:

Les facteurs de risque de la grossesse extra-utérine.

Pathologie Biologie.1991,39(10):15-16.

[26] J.Dekeyser-Boccaro 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.

[27] O Depuis,J Clerc,P Madelenat ,F Golfier,D Raudrant:

Grossesse extra-utérine.

Encycl. Méd. Chirurg.Gynécologie obstétrique.2009.

[28] LANZAC.J,LECOMTE.P:

Grossesse extra-utérine.

Collection pour le praticien ,5eme édition,1999.

[29] 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.

[30] Matthieu Talagas - Joséphine Leduc:

Grossesse extra uterine.

Module de la conception à la naissance 2004

Paris: ESTEM,2004

[31] 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.

[32] Barnhart K :

Prompt diagnosis of ectopic pregnancy in an emergency department setting.

Obstet Gynecol 1994;84:1010-5.

- [33] **Silva C,Sammel MD,Zhou L,Gracia C, Hummel AC, Barnhart K:**
Human chorionic gonadotrophin profile for women with ectopic pregnancy.
Obstet Gynecol 2006;107:605-10.
- [34] **Kadar N:**
Discriminatory hCG zone : its use in the sonographic evaluating for ectopic pregnancy.
Obstet Gynecol 1981 ;58:156-61.
- [35] **Mol BW:**
Serum HCG measurement in the diagnosis of ectopic pregnancy when transvaginal sonography is inconclusive.
Fertil steril 1998;70:972-81.
- [36] **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.
- [37] **Atri M, Valenti DA, Bret PM, Gillet P:**
Effect of transvaginal sonography on the use of invasive procedures for evaluating patients with a clinical diagnosis of ectopic pregnancy
J Clin ultrasound 2003; 31: 1-8). (pubmed)
- [38] **Y. Ardaens, B. Guérin, N. Perrot, F. Legoeff :**
Apport de l'échographie dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine.
J .Gynecol. Obstet.Biol.Reprod 2003;32, N° S7 ,p :28-38.

[39] P. Bourgeot ,Y. Robert :

Échographie du premier trimestre.

Encycl. Méd. Chirurg. Radiologie 1, Obst, 68-97, 2004.

[40] 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.

[41] J.Lansac,P.Lecomte ,H.Marret :

Collection pour le praticien gynécologie 6eme édition

Paris Masson, 2002, page 155-167.

[42] Stovall TG,Ling FW:

Single -dose of methotrexat : an expanded clinical trial.

Am J Obstet Gynecol 1993; 168 : 1759-62.

[43] 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.

[44] 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.

[45] SALMON.L, DANOY.X, DARBOIS.Y:

Traitement de la grossesse extra-utérine par le méthotrexate.

Rev Prat 2001,51 : 5-7.

- [46] 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.
- [47] 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.
- [48] M. Canis, D. Savary, J.-L. Pouly, A. Wattiez, G. Mage:** Grossesse
extra-utérine :criteres de choix du traitement médical ou du traitement
chirurgical
J. Gynecol.Obstet.Biol.Reprod 2003 Vol 32, N° S7 pp. 54-63
- [49] Pr P. Madelenat :**
Prise en charge de la grossesse extra-utérine (2003)
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003; 32 suppl. n°7:3S6-3S112.
- [50] G.Orazi, M.Cosson:**
Traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine.
J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod 2003 ; 32 suppl.au n°7 : 3S75-3S82.
- [51] Dessolle L, Detchev R et Daraï E:**
Chirurgie de la grossesse extra-utérine
Encycl.Méd.Chir (paris) Tech chir - Gynécologie, 41-530, 2002,11 p.
- [52] Gérard Mage:**
Chirurgie coelioscopique en gynécologie.
Parris, Elsevier Masson, 2007,192 pages,p53.

- [53] 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.
- [54] LOFFREDO.V, TESQUIER.L, PARIS F.X, DEBRUX.J:**
La grossesse extra-utérine.
Encycl. Méd. Chir. 1984, 700- A10, 20p.
- [55] Tanaka T:**
Treatment of interstitial ectopi pregnancy with methotrexate report of a
sUCCESSFUL case .
Fertil Steril 1982 ; 37 :851-2.
- [56] A.Gervaise:**
Conduite a 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.
- [57] Deloia JA:**
Effects of methotrexate on throphoblast proliferation and local immune
reponses.
Hum Reprod 1998; 13 : 1063-9.
- [58] stovall TG,Ling FW:**
Single -dose of methotrexat : an expanded clinical trial.
Am J Obstet Gynecol 1993; 168 : 1759-62.

- [59] 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.
- [60] 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.
- [61] SALMON.L, DANOY.X, DARBOIS.Y:**
Traitement de la grossesse extra-utérine par le méthotrexate.
Rev Prat 2001,51 : 5-7.
- [62] 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.
- [63] 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.
- [64] M. Canis, D. Savary, J.-L. Pouly, A. Wattiez, G. Mage:** Grossesse extra-utérine :criteres de choix du traitement médical ou du traitement chirurgical
J. Gynecol.Obstet.Biol.Reprod 2003 Vol 32, N° S7 pp. 54-63

[65] Pr P. Madelenat :

Prise en charge de la grossesse extra-utérine (2003)

J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003; 32 suppl. n°7:3S6-3S112.

[66] G.Orazi, M.Cosson:

Traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine.

J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod 2003 ; 32 suppl.au n°7 : 3S75-3S82.

[67] 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.

[68] 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.

[69] Jacques Lansac, Pierre Lecomte, Henri Marret:

Collection pour le praticien :Gynécologie.

Paris Elsevier Masson, 2007 - 574 pages,p161

Serment

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 أبقر اط

بسم الله الرحمان الرحيم

أقسم بالله العظيم

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

- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
 - ◀ وأن أحترم أساندي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
 - ◀ وأن أمارس مهنتي بوازع من ضميري وشرفي جاعلا صحة مريض هدي 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 بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقبت من تهديد.
 - ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشرفي.
- والله على ما أقول شهيد.

الحمل خارج الرحم

بصدد 117 حالة

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم:

من طرف

السيدة : غزلان فركوس

المزداة في: 26 ماي 1983 بالحرش (الجزائر)

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: الحمل خارج الرحم – التردد – عناصر الخطورة – التشخيص – العلاج.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس و مشرف

أعضاء

السيدة: عائشة خرباش

أستاذة في طب النساء والتوليد

السيدة: أمينة لخضر

أستاذة في طب النساء والتوليد

السيد: رشيد برادة

أستاذ في طب النساء والتوليد

السيدة: نجية زرايدي

أستاذة ف في طب النساء والتوليد