



Article Original

Aspects Épidémiologiques, Cliniques et Anatomopathologiques de la Grossesse Extra- Utérine à Segou (Mali)

Epidemiology, clinical presentation and histopathological features of ectopic pregnancy in Segou (Mali)

T Traoré^{*1}, SZ Dao³, S Traoré², R Diarra¹, A Sidibé¹⁰, K Sidibé¹, B Donigolo¹, B Traoré¹, F Kané⁴, A Coulibaly¹, A Diarisso¹, A Sidibé⁵, A Camara⁶, Y Dembélé⁷, TB Bagayoko¹, A Sanogo¹, A Bah¹, A Kassogué¹, HToungara¹, M Sima⁸, C.B Traoré⁸, A Théra⁸, Y Traoré⁹, I Teguété⁹, N Mounkoro⁹, A Dolo⁹

RÉSUMÉ

Introduction. La grossesse extra-utérine (GEU) constitue un problème de santé majeur, en particulier en Afrique subsaharienne où une présentation tardive entraîne souvent des urgences mettant la vie en danger. Cette étude visait à évaluer les aspects épidémiologiques, cliniques et histopathologiques de la GEU au Mali. **Méthodologie.** Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale et analytique avec collecte prospective des données qui s'est déroulée sur la période allant du 1er Avril 2021 au 31 mars 2022 au service de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital Nianankoro FOMBA de Ségou. **Résultats.** Sur une période de 12 mois, 30 cas de GEU ont été analysés parmi 3832 grossesses, ce qui correspond à une incidence de 7,8 pour 1000 grossesses. L'âge moyen des patientes était de 28,33 ans. Les facteurs de risque les plus courants étaient les antécédents de GEU (50%), les antécédents d'infections sexuellement transmissibles (IST) (46,67%) et l'utilisation de dispositifs intra-utérins (26,67%). La rupture tubaire était la principale complication, survenant dans 66,67% des cas, et la laparotomie était le traitement le plus fréquemment utilisé (90%). La morbidité maternelle était élevée, avec 40% des patientes présentant une anémie sévère et 26,67% nécessitant des transfusions sanguines. **Conclusion.** La GEU demeure un problème de santé maternelle important au Mali. L'étude a identifié des facteurs de risque clés, notamment les antécédents de GEU, les IST et l'utilisation de dispositifs intra-utérins. La rupture tubaire est apparue comme la principale complication, soulignant la nécessité d'une intervention précoce. La laparotomie était l'option de traitement privilégiée, malgré les risques associés. L'étude met en évidence l'importance d'une prise en charge appropriée et en temps opportun pour atténuer les complications maternelles et réduire les taux de mortalité.

ABSTRACT

Introduction. Ectopic pregnancy (EP) is a significant health concern, particularly in sub-Saharan Africa where late presentation often leads to life-threatening emergencies. This study aimed to evaluate the epidemiological, clinical, and histopathological aspects of EP in Mali. **Methods.** This was a descriptive, cross-sectional study with prospective data collection which took place over a period from April 1, 2021 to March 31, 2022 in the Gynecology-Obstetrics department of the Nianankoro FOMBA hospital in Ségou. **Results.** Over a 12-month period, 30 cases of EP were analyzed out of 3832 pregnancies, resulting in an incidence of 7.8 per 1000 pregnancies. The average age of the patients was 28.33 years. The most common risk factors were a history of EP (50%), a history of sexually transmitted infections (STIs) (46.67%), and the use of intrauterine devices (26.67%). Tubal rupture was the primary complication, occurring in 66.67% of cases, and laparotomy was the most frequently employed treatment (90%). Maternal morbidity was high, with 40% of patients experiencing severe anemia and 26.67% requiring blood transfusions. **Conclusion.** EP remains a significant maternal health issue in Mali. The study identified key risk factors, including a history of EP, STIs, and the use of intrauterine devices. Tubal rupture emerged as the primary complication, emphasizing the need for early intervention. Laparotomy was the preferred treatment option, despite its associated risks. The study underscores the importance of timely and appropriate management to mitigate maternal complications and reduce mortality rates.

Affiliations

- 1) Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou, Mali ;
- 2) Centre de santé de référence de Koutiala, Mali ;
- 3) Centre de santé de référence commune II de Bamako, Mali ;
- 4) Centre de santé de référence de Bla, Mali ;
- 5) Centre de santé de référence de Kayes, Mali ;
- 6) Centre de santé de référence commune V de Bamako, Mali ;
- 7) Centre de santé de référence de Sikasso, Mali ;
- 8) Centre Hospitalier Universitaire du Point G, Mali ;
- 9) Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré, Bamako, Mali.
- 10) Centre de santé de référence de Kayes, Mali.

Auteur correspondant :

tidiobongosso@yahoo.fr

Tel : (223) 76 18 17 28

Mots clés : grossesse extra-utérine, Segou, Mali

Keywords : ectopic pregnancy, Segou, Mali

POINTS SAILLANTS DE L'ÉTUDE**Ce qui est connu du sujet**

Les grossesses extra-utérines (GEU) sont un problème de santé publique au Mali, avec des conséquences graves pour les femmes enceintes.

La question abordée dans cette étude

L'incidence des GEU, les facteurs de risque associés et les complications chez les femmes maliennes.

Apport de cette étude

L'étude révèle une incidence élevée de GEU au Mali, avec une prévalence plus élevée dans les zones rurales. Les facteurs de risque identifiés incluent l'âge avancé, la multiparité et l'infection génitale

Les implications

Cette étude apporte de nouvelles données sur l'épidémiologie des GEU au Mali, mettant en évidence l'importance de la sensibilisation, du dépistage précoce et de la prise en charge appropriée.

INTRODUCTION

La grossesse extra-utérine (GEU) est une pathologie fréquente et grave, constituant l'une des principales causes de décès maternel au premier trimestre de la grossesse. Elle se définit comme étant la nidation et le développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine ; la localisation la plus fréquente étant tubaire. Son incidence continue d'augmenter dans le monde, en raison de divers facteurs, notamment la forte prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST) [1]. Elle a doublé ou triplé au cours des dernières années dans les pays industrialisés. L'estimation de son incidence selon les pays est 12 à 14 pour 1000 grossesses. Cette incidence est estimée à 20 pour 1000 grossesses en France [2]. En Afrique subsaharienne son incidence se situe entre 0,5 à 3,5% [2] où elle constitue un problème crucial à cause du retard de consultation (au stade de rupture), ce qui fait d'elle une extrême urgence avec un pronostic maternel souvent décevant. Au Mali, au CHU Gabriel TOURE de Bamako, la GEU représentait 9,3% des laparotomies réalisées en urgence, avec une incidence de 0,8 pour 1000 grossesses [3]. Compte de sa fréquence élevée, de sa gravité et en l'absence d'étude dans notre service nous avons initié cette étude pour apprécier les aspects épidémiologiques, cliniques et anatomopathologiques de la grossesse extra utérine en vue d'améliorer sa prise en charge.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale et analytique avec collecte prospective des données qui s'est déroulée sur une période de 12 mois allant 1^{er} Avril 2021 au 31 mars 2022 au service de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou. Les variables d'intérêt étaient les aspects épidémiologiques, cliniques et anatomopathologiques de la grossesse extra utérine. L'échantillonnage était exhaustif correspondant à nos critères d'inclusions. Il s'agissait de toutes les patientes consentantes chez qui une grossesse extra-utérine avait été

diagnostiquée soit à l'examen clinique, au test biologique de la grossesse (βHCG qualitatif) et/ou l'échographie ou l'examen anatomopathologique et prises en charge dans le service de gynécologie obstétrique pendant la période d'étude. N'étaient pas retenues dans cette étude : les cas de GEU non consentantes à participer à l'étude ; les cas de laparotomie dont le diagnostic per opératoire n'était pas une GEU. Le traitement des données a été faite sur Word 2016 et analysées par SPSS version 25. Les tests de Fisher et de Khi² ont été utilisé avec un seuil de signification $p < 0,05$

RÉSULTATS

Durant la période d'étude nous avons colligé 30 cas de GEU sur 3832 grossesses soit une fréquence de 0,78%. L'âge moyen des patientes était de 27 ans avec des extrêmes de 18 et 40 ans. La tranche d'âge de 20-35 ans était la plus concernée avec 53,33% (16/30). Dans notre étude 73,3% (22/30) des patientes résidaient en milieu rural contre 26,7% (8/30) en milieu urbain. La majorité des patientes était mariées soit 77% (23/30) et 73,5% (22/30) s'occupait du ménage. Parmi elles 33,3% (10/30) des patientes n'étaient pas scolarisées.

Tableau I: Répartition des patientes selon les caractéristiques sociodémographiques (n=30)

Caractéristiques sociodémographiques	Effectif	%
Age (ans)		
16 - 19	5	16,7
20 - 35	16	53,3
> 35	19	30,0
Statut matrimonial		
Mariée	23	77
Célibataire	7	23
Profession		
Ménagère	22	73,3
Fonctionnaire	1	03,3
Élève/Étudiante	4	13,3
Artisane	1	03,3
Vendeuse	2	06,7
Niveau de scolarisation		
Primaire	12	40
Secondaire	1	03,3
Supérieure	7	23,3
Non scolarisée	10	33,3

Dans notre série 23,3% (7/30) des patientes avaient un antécédent de chirurgie abdomino-pelvienne. Un antécédent d'infection génitale était retrouvé chez 63,3% (19/30) des patientes et 50% (15/30) des patientes avaient un antécédent d'avortement. La nulliparité et la primiparité représentaient 50% (15/30) de cas de notre série.

L'utilisation de contraceptifs était retrouvée chez toutes les patientes (pillule œstroprogestative 26,7% (8/30) ; progestatif microdosé 30% (9/30) ; progestatif injectable 3,3% (1/30) ; Jadelle 36,7% (11/30) et la pilule de lendemain 3,3% (1/30).

Dans notre série 93,3% (28/30) des patientes étaient référées pour GEU contre 6,7% (2/30) de douleur pelvienne. La plupart était référée par un personnel

qualifié soit 83,3% (25/30) sur l'ensemble des admissions 53,3% (16/30) étaient référées par des médecins, 20% (6/30) par des sage-femme et 10% (6/30) par des infirmières) et 16,7% (5/30) des patientes étaient venues consulter d'elle-même. Aucune patiente n'était admise par un moyen de transport médicalisé. C'est ainsi que 46,7% (14/30) étaient venues par un moyen de transport en commun (taxi), 26,6% (8/30) (par un véhicule personnel) et 26,6% (8/30) par une motocyclette.

L'aménorrhée et la douleur pelvienne étaient retrouvées chez toutes les patientes suivies métrorragies dans 70% (21/30) des cas.

Les signes généraux étaient marqués par une instabilité hémodynamique avec 33,3% (10/30) d'hypotension artérielle, la pâleur des muqueuses chez 53,3% (16/30) et l'état de choc dans 3,3% (1/30) de cas.

Le dosage de béta-hCG plasmatique était compris entre 500 et 1000UI chez 60% (20/30) des patientes et supérieur à 1000UI dans 40% (12/30) des cas. Toutes les patientes présentaient un tableau d'anémie avec un taux moyen d'hémoglobine de 7g/dl et des extrêmes variant de 4 à 10 g/dl.

Les signes échographiques les plus fréquemment rencontrés étaient l'hémopéritoine 17,2% (5/30), l'hémopéritoine associée à une masse latéro-utérine 72,4% (21/30) et la masse latéro-utérine avec activité cardiaque 10% (3/30).

Dans notre étude, la laparotomie était réalisée systématiquement chez toutes les patientes après une réanimation hydro électrolytique. Une transfusion sanguine était réalisée chez 50% (15/30) des patientes. La salpingectomie était réalisée dans 90% (27/30) des cas contre 10 % (3/30) d'annexectomie. La GEU était ampullaire dans 63,4% (19/30) ; isthmique 13,3% (4/30), le siège ovarien et interstitiel représentait respectivement 10% (3/30) et la GEU abdominale avec 3,3% (1/30). Elle était unilatérale dans 90% (27/30) des cas, bilatérale dans 6,3% (2/30) et une association GEU et grossesse intra utérin dans 3,3% (3/30).

La GEU était rompue dans 96,7% (29/30) contre 3,3% (1/30) d'avortement tubo-abdominal. L'annexe controlatérale était saine dans 90% (27/30) et adhérentiel dans 6,7% (2/30). Une trompe unique a été retrouvée chez 3,3% (1/30) des patientes.

Une endométriose tubaire était retrouvée dans 17,2% (3/22) des pièces opératoires à l'examen anatomopathologique et une salpingite chronique dans 75,9% (17/22) des cas.

Tableau II : Résultat de l'examen anatomopathologique (n=30)

Résultat anatomopathologistes	Effectif	%
Salpingite chronique	17	75,9
Endométriose tubaire	3	17,2
Sans étiologie	2	6,9
Total	22	100

Les suites postes opératoires étaient simples dans 97% (29/30) des cas contre un cas d'occlusion intestinale 3% (1/30).

La durée moyenne d'hospitalisation était 4,5j liée aux besoins de transfusion avec des extrêmes de 2 à 7 jours. 97% (29/30) de nos patientes sont sorties guéries contre 3% (1/30) de perdu de vue.

Tableau III : Aspects cliniques (n=30)

Aspects cliniques	N	%
Qualification de l'agent référent		
Médecin	6	53,3
Sage-femme	16	20
Infirmière	3	10
Venu d'elle même	5	16,7
Motif d'admission		
GEU rompue	25	83,3
GEU non rompue	3	10
Douleur pelvienne	2	6,7
Moyen de transport		
Taxi	14	46,7
Motocyclette	8	20,
Véhicule personnel	8	23,3
Signes cliniques		
Aménorrhée	30	100
Douleur pelvienne	30	100
Métrorragie	21	70
Nausée-vomissement	19	63,3
TA < 10/6	10	33,3
Etat de choc	1	3,3
Pâleur des muqueuses	16	53,3
Cri de l'ombilic	26	86,7
Cris du Douglas	29	96,2
Résultats biologiques		
Dosage de BHCG plasmatique		
500- 1000 UI	18	60
> 1000 UI	12	40
Taux d'Hb (g/dl)		
4-7	4	13,3
8-10	26	86,7
Résultats échographiques		
Hémopéritoine	5	17,2
Hémopéritoine + Masse latéro-utérine	21	72,4
Masse latéro-utérine + Activité cardiaque	3	10,4

DISCUSSION

Notre fréquence hospitalière de la GEU qui était de 0,78% (30/3832) se rapprochait de celle des pays développés variant entre 1% et 2% [4] et de Traoré S et col. [5] à l'hôpital de Sikasso au Mali avec 1,6%. Elle était en deçà de celle du Cameroun avec 3,45% [6], du Congo Brazzaville (0,98%) [7]. Notre différence avec ces auteurs pourrait s'expliquer par la petite taille de notre échantillon mais aussi notre fréquence a été calculée avec l'ensemble des grossesses contrairement à ces études où la fréquence est déterminée en rapportant les cas de GEU sur les naissances vivantes. Notre moyenne d'âge des patientes

de 27 ans était proche de celle rapportée par Kenfack B et al au Cameroun [4], de Traoré S et col. [5] au Mali avec respectivement $26,46 \pm 5,42$ ans et 28,38 ans.

Dans notre étude 73,3% (22/30) des patientes résidaient en milieu rural contre 26,7% en milieu urbain. Ce constat pourrait expliquer l'inaccessibilité géographique aux structures de soins de qualité leur permettant le dépistage et le traitement des facteurs de risque notamment les infections sexuellement transmissibles. La plupart de nos patientes avaient un bas niveau socio-économique, elles étaient des femmes mariées dans 77% (23/30) sans profession dans 73,3% (22/30), chose qui pourrait être s'expliquer par le fait qu'elles sont les plus nombreuses de la population générale d'une part et plus exposées aux facteurs de risque de GEU notamment aux IST. Contrairement à notre étude, au Cameroun c'était les femmes célibataires/concubinage avec 56,76 et les cultivatrices avec 39,19 % qui étaient les plus représentées contre 13,51% de sans emploi [4]. Nos patientes étaient moyennement scolarisées avec une prédominance du cycle primaire 40,0% (12/30) et les non scolarisés représentaient 33,3% (10/30). La même tendance a été rapportée dans la série Camerounaise avec 40,54% de niveau primaire et 20,27% non scolarisées [4]. Contrairement à notre série dans une étude cas-témoin non appariée au Congo Brazzaville parmi les femmes présentant la GEU, une proportion de 65,5% avait un niveau d'étude secondaire [7]. Notre fréquence élevée d'analphabètes pourrait s'expliquer par le faible taux de scolarisation des filles (24%) au Mali mais aussi au mariage précoce.

Dans notre série 23,3% (7/30) des patientes avaient un antécédent de chirurgie abdomino-pelvienne. Notre résultat était inférieur à celui du Tchad avec 27% [8].

Ces résultats attestent que la chirurgie abdomino-pelvienne peut être considérée comme facteur de risque de GEU, en raison des adhérences péritonéales et péritubaires qu'elle peut entraîner. Il peut s'agir de chirurgie digestive (appendicectomie, sigmoïdectomie), ou pelvienne (endométriectomie, chirurgie de la stérilité notamment la chirurgie tubaire, kystectomie).

La grossesse extra utérine est une pathologie multifactorielle qui peut être due aux antécédents d'infections génitales, de chirurgie tubaire ou le tabac. Dans notre étude l'antécédent d'infection génitale représentait le principal facteur de risque avec 63,3% (19/30) de cas ce qui était largement supérieur à celui du Tchad avec 34,6% de cas [8], cela est le reflète la méconnaissance probable et du retard diagnostique des salpingites dans notre contexte.

Quant à l'antécédent d'avortement il était retrouvé chez 50% (15/15) des patientes sans pouvoir élucider les circonstances de survenue de ces avortements. Au Mali 21% d'avortements spontanés ont été rapportés Traoré S et col. [5] contre 13,5% d'interruption volontaire de grossesse chez les patientes ayant fait une grossesse extra utérine. Au Congo Brazzaville le risque de développer la GEU était multiplié par 6,4 parmi les femmes qui avaient d'antécédent d'avortement provoqué. Dans leur étude

cette association s'expliquerait par le fait que la plupart des avortements sont illégaux et sont généralement pratiqués dans de mauvaises conditions, sans asepsie rigoureuse, favorisant la survenue des infections (salpingites) à l'origine des anomalies tubaires [7].

Les nullipares et les primipares ont représenté 50% (15/30) de cas de notre série ce qui corrobore avec le résultat de Essiene Obono AM et al [7] qui avait révélé que les femmes nullipares et primipares avaient respectivement environ 34,6 fois plus de chance de développer une GEU et parmi ces nullipares il y'aurait des femmes qui ont eu des avortements ou des cas d'infertilité. La micropilule progestative est un facteur de risque de la GEU en raison de son action inhibitrice sur les contractions musculaires de la trompe et de l'atrophie de l'endomètre par la coagulation de la glaire cervicale. C'est ainsi que dans notre étude la notion de prise de contraceptifs était retrouvée chez toutes nos patientes.

Bien que la majorité de nos patientes étaient référées par un personnel qualifié dont 53,3% (16/30) par des médecins et 30% (9/30) par des sage-femmes et infirmières, aucune d'entre elles n'était admise à l'aide d'un moyen de transport médicalisé. C'est ainsi que 46,7% (14/30) étaient venues par un moyen de transport en commun (taxi), 26,6% (8/30) (par un véhicule personnel) et 26,6% (8/30) par une motocyclette. Ces moyens de transport non médicalisés quand bien même que compromettant pour le pronostic vital des patientes restent la seule alternative à cause de la mauvaise organisation du système de référence évacuation. Face à l'urgence les parents empruntent les moyens de bord afin de minimiser le retard d'accès aux structures de soins de qualité. Contrairement à notre étude dans la série de Traoré S et col. [5] à Sikasso au Mali 68% des patientes étaient évacuées par ambulance et 32% amenées par les parents par un moyen non médicalisé.

La douleur pelvienne, le retard des règles parfois méconnu par les patientes car les métrorragies peuvent être prises pour des règles représentaient les signes les plus prédominants leur association étaient présente chez toutes nos patientes (100%) (30/30) et les métrorragies chez 70% (21/30). Notre résultat est en accord avec celui de Kenfack B et al [4] qui avait rapporté le même tableau clinique avec 81,08% de douleurs pelviennes, 93,24 % d'aménorrhée et 54,05% de saignement vaginal.

Dans les séries tchadiennes et tunisiennes les principaux signes fonctionnels étaient des métrorragies avec respectivement 69,2% et 88% de cas, une aménorrhée avec respectivement 100% et 84,5% de cas et une douleur pelvienne avec 94,2% et 76,5% des cas [8, 9].

Il est important de rechercher les signes d'instabilité hémodynamique, qui font craindre la rupture tubaire avec inondation péritonéale comme cela était le cas de notre étude avec 83,3% (25/30) de GEU rompues. Chose qui pourrait expliquer l'hypotension artérielle en dessous de 100/60 mm hg chez 33,3% (10/30) de nos patientes la pâleur des muqueuses dans 53,3% (16/30) des cas, et l'état de choc dans 3,3% (1/30) de cas. Notre taux de patientes admises dans un état de choc était comparable à celui de

la Tunisie avec 3,5% de cas [9]. Contrairement à notre étude dans la série Tchadienne la tension artérielle était normale dans 80,7% mais leur taux de patientes qui ont présenté un état de choc hémorragique était supérieur au nôtre avec 11,5% de cas [8].

De nombreuses affections gynécologiques, peuvent évoquer le tableau clinique de GEU, d'où la nécessité d'un certain nombre d'examen complémentaires pour faire le diagnostic de GEU, mais aussi pour décider de la prise en charge thérapeutique la mieux adaptée à chaque patiente. C'est pourquoi le test de β HCG qualitatif et le dosage de β éta-hCG plasmatique ont été réalisés chez toutes nos patientes et ils étaient revenus positifs dans tous les cas avec un taux de β éta-hCG compris entre 500 et 1000UI chez 60% (18/30) des patientes.

Au Tchad [8] seul le test biologique de β -hCG qualitatif était réalisé chez toutes les patientes et le résultat était similaire au nôtre avec 100% de positif. L'intérêt de la numération formule sanguine était d'apprécier le degré de l'anémie, et de guider les indications pour la transfusion sanguine. Dans notre cas un taux d'hémoglobine réalisé chez toutes les patientes avait révélé une anémie, avec un taux moyen de 7g/dl et des extrêmes de 4 et 10 g/dl.

L'échographie sus-pubienne a été pratiqué chez 97% (29/30) de nos patientes. La seule patiente admise en état de choc a été directement acheminée au bloc opératoire, sans réalisation d'examen échographique. Les signes échographiques les plus fréquemment rencontrés étaient l'hémopéritoine 17% (5/30), l'hémopéritoine associée à la masse latéro-utérine 73,3% (22/30) et la masse latéroutérine avec activité cardiaque 10% (3/10). Beaucoup d'autres études africaines ont rapporté des signes échographiques en faveur de la GEU comme l'hémopéritoine avec 64,5% en Tunisie [9] ; la présence d'un embryon dans un sac ovulaire extra utérin (13,3 %), la vacuité utérine (66,66%) et l'épanchement liquidien dans le Douglas (60 %) en Guinée Conakry [10], l'association de la vacuité utérine, une masse latéro-utérine avec un épanchement dans le Douglas dans 35,7% de cas à Bobo-Dioulasso au Burkina-Faso [11].

Dans notre étude le retard diagnostique et l'absence de colonne de coelioscopie ont conduit à la laparotomie systématique chez toutes les patientes après une réanimation hydro électrolytique. La transfusion sanguine a été indiquée chez 50% (15/30) de nos patientes à cause l'intolérance de leur anémie. Tout comme notre étude dans l'optique de restaurer l'état hémodynamique, la transfusion sanguine a été nécessaire chez 50% des patientes au Tchad [8]. Quant au Burkina-Faso la réanimation pré et per opératoire a comporté des solutés de remplissage et la transfusion iso rhésus [11].

Dans notre série le traitement chirurgical avait consisté à une salpingectomie chez 90% (27/30) des patientes et une annexectomie chez 3 patientes à cause de la nécrose de celle-ci. La même attitude thérapeutique a été rapportée dans beaucoup d'études Africaines à cause de la consultation tardive des patientes, associée aux pertes sanguines importantes. C'est ainsi qu'au Mali la salpingectomie a été réalisée par Traoré S et col. [5] dans

94% des cas et une annexectomie dans 2 cas due aux adhérences. Au Tchad il s'agissait d'une salpingectomie dans 90,4% de cas, la salpingotomie et l'expression tubaire a concerné 3,8% des patientes chacune [8]. Dans la banlieue d'Abidjan (Côte d'Ivoire) toutes les patientes avaient subi une laparotomie avec 65,6 % de salpingectomie et les patientes dont le diagnostic a été posé au stade de GEU non rompu (34,4 %) ont bénéficié d'un traitement conservateur (salpingotomie) [12]. Concernant la situation anatomique la localisation tubaire de la GEU est la plus fréquente. Dans notre série elle était tubaire dans 97% des cas (29/30) et abdominale dans 3% des cas (1/30). La variété ampullaire était prédominante avec 63,3% (19/30) de cas.

La prédominance de la variété ampullaire a été rapportée par plusieurs auteurs africains avec respectivement : 90%, 86,5%, 66,7%, 63,3%, 85,48 %, 83,2% [5, 8, 10, 13, 14, 15].

Pour le type de GEU elle était unilatérale dans 90% (27/30) et nous avons rapporté un cas de grossesse hétérotopique dont la GEU a été opérée avec succès et la grossesse intra utérine a évolué jusqu'à terme avec un accouchement par voie basse d'un nouveau-né et d'une mère biens portants.

A l'exploration chirurgicale nous avons retrouvé une GEU rompue dans 96,7% (29/30) des cas contre 3,3% (1/30) d'avortement tubo-abdominal ; quant à l'annexe contre latérale elle était macroscopiquement saine dans 90% (27/30) des cas et adhérentielle dans 6,7% (2/30) des cas. Des lésions similaires avaient été retrouvées au Tchad avec 59,6% de GEU rompues, les formes fissurée et d'avortement tubo-abdominal représentaient 5,7% chacune [8].

L'examen anatomopathologique réalisé chez 73,3% (22/30) de nos patientes avait conclu à une salpingite chronique dans 75,9% (17/22) de cas, une endométriose tubaire dans 17, 2% (3/22) de cas. Aucune étiologie n'avait été retrouvée dans 6,9% (2/22) des cas.

A Sikasso dans la série de Traoré S et col [5], cet examen a été réalisé chez toutes les patientes et le compte rendu anatomopathologie avait rapporté 78% de salpingites chroniques, l'endométriose et la bilharziose dans 6% de cas chacune. Sept comptes rendus anatomopathologiques ont confirmé la nidation ectopique avec des lésions de salpingite chronique dans 6 cas et de salpingite aigue dans un cas dans la série Burkinabé [11].

Les suites post opératoires étaient simples et dénuées de complications post opératoires pour la majorité de nos patientes sauf pour 1 cas qui a présenté une occlusion dont la prise en charge avait été faite avec succès en collaboration avec le service de chirurgie.

La durée moyenne d'hospitalisation dans notre étude était de 4,5 jours, liée aux besoins de transfusion.

Nous n'avons enregistré aucun décès maternel cependant un cas de perte de vue a été notée sortie de l'hôpital sans avis médical.

Le même résultat a été observé au Cameroun [4] par contre un cas de décès maternel a été rapporté respectivement dans la série de Traoré S et col. [5] et du

Tchad [8] imputé à un état de choc hémorragique qui n'a pas pu être transfusé par manque de produit sanguin

CONCLUSION

La GEU est relativement fréquente à Ségou, avec une incidence hospitalière de 0,78 pour 100 grosses. Le facteur de risque le plus retrouvé est l'antécédent d'IST. La majorité des patientes arrivent en état de rupture tubaire, avec pour conséquence un traitement chirurgical radical et le pronostic maternel était favorable. Savoir y penser devant toute femme en âge de procréer reçue pour douleurs abdominales, saignement vaginal ou hypotension artérielle voire syncope, doit être un réflexe pour tout médecin. Des efforts doivent être faits pour amener les patientes à adopter un comportement sexuel responsable et à consulter tôt en cas de signes évoquant une IST ou une GEU.

CONFLIT D'INTÉRÊT

Aucun

RÉFÉRENCES

1. Assoumou Obiang P, Bang Ntamack JA, Makoyo Komba O, Minkobame ZMUP, Ngou Mve Ngou K J, Minto'o EJ et al. Prise en Charge de la Grossesse Extra-Utérine au CHU Mère et Enfant Fondation Jeanne Ebori de Libreville. *Health Sci. Dis* : Vol 23 (2) February 2022 pp 129-132 Available free at www.hsd-fmsb.org
2. Diarra Lassény et col : Grossesse Extra-Utérine Rompue de Diagnostic Tardif *Health Sci. Dis* : Vol 21 (4) April 2020 Available free at www.hsd-fmsb.org
3. Sangaré. B. Etude clinique, thérapeutique et anatomopathologique de la GEU au CSRéf commune IV 2020. Thèse de médecine page 3 ; 8 ; 14 ; 19 ; 27 ; 31 ; 32
4. Bruno Kenfack, Michel Noubom, Adamo Bongoe, Faustin Atemkeng Tsatedem, Modeste Ngono, Georges Nguéack Tsague, Emile Mboudou : La grossesse extra-utérine dans une région semi-rurale en Afrique : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à propos d'une série de 74 cas traités à l'Hôpital de District de Sangmélina au Sud-Cameroun ; *Pan African Medical Journal*. 2012. 13 ; 71
5. Traoré S, Sylla M, Samaké A, Cissouma A, Touré O, Cissé A et al : aspects épidémiologiques cliniques anatomopathologiques et thérapeutiques à l'hôpital de Sikasso. *Jaccr Africa* ; 2021 5(3) : 410- 415
6. Huguier M, BoellePY : *Biostatistiques pour le clinicien*, ISBN 978-2-8178-0463-7 Springer Paris Berlin Heidelberg New York c Springer-Verlag France, Paris, 2013.
7. Essiene Obono AM, Anki Y, Niama AC, et al. : Facteurs de Risque de la Grossesse Extra-Utérine à l'Hôpital de Référence de Talangaï (Brazzaville) de 2018 à 2019 ; *HealthSci. Dis*: Vol 23 (5) May 2022 pp 15-24 Available free at www.hsd-fmsb.org.
8. Gabkika Bray M, Saleh A, Serge R I. Wilfried, Tchari A, Kolomso D, Grossesse extra-utérine: Aspects épidémiologiques et Pronostic maternel à l'Hôpital de district de N'Djamena sud (Tchad), *Kisangani Médical Juin 2015*, Vol 6 (1) :111-116.
9. Mathlouthi N., Slimani O., Fatnassi A., Ben Temime R., Makhoulouf T., Attia L, Chachia A: Diagnostic échographique des grossesses extra-utérines : Etude prospective à propos de 200 cas la tunisie medicale - 2013 ; Vol 91 (n°04) : 254-257.
10. Sy T, Diallo Y, Toure A, Diallo FB, Baldé AA, Hyjazi Y, Diallo MS : Prise en charge de la grossesse extra utérine à Conakry (Guinée) *Med Trop* 2009 ; 69 : 565-568.
11. Bambara M, Dao B, Dembélé A, Somé A.D, Da E.G, Bazié A.J, Lakoandé J, Koné B : Grossesse extra utérine à propos de 98 observations à la maternité du centre hospitalier universitaire de SanouSouro de Bobo-Dioulasso (Burkina-Faso). *Revue burkinabé de la recherche science et technique science de la santé* Vol 27, n° 2 juillet- Décembre 2004 Publiée : 15-10-2020.
12. Kouamé N, N'goan-Domoua AM, Méité A, Konan AN, Sétchéou A, Koné D, N'gbesso RD, Kéita AK : Profil échographique et épidémiologique des grossesses extra-utérines dans une banlieue d'Abidjan (Côte d'Ivoire) *Med Trop* 2011 ; 71 : 481-483
13. B. Rabischong, X Registre des grossesses extra-utérines en Auvergne. Tran, J. Bouyer, C. Lasnier, J.L Pouly, J. Coste, B. Aublet-Cuvelier, P. Jaffeux, A. Abisleiman, H. Manhes, N. Jobsira, H. Fernandez Farceurs de risque des GEU survenant lors d'un échec de contraception par stérilet. *GEU contact*. 1999 ; 12 :4-5 15
14. Belley Priso E, Nana Njamen T, Mboudou E, DohSama A : identification de certains facteurs cliniques de risque des grossesses extra- utérines à l'hôpital général de Douala ; *HealthSci. Dis* : Vol 10 (3) (September 2009)
15. Mounkoro N., Téguété I., Traore Y., Théra A., Sissoko A., Diallo A., Kallé S., Wane A., Traoré M., Dolo A : la Grossesse extra utérine au CHU Gabriel Touré de 2003 à 2007 ; *SAGO* 2008