

Aspects épidémiologiques, diagnostics, thérapeutiques et pronostics des grossesses extra utérines (GEU) au Centre Hospitalier Universitaire Mère et Enfant Fondation Jeanne Ebori (CHUMEFJE)

Assoumou Obiang P¹, Bang Ntamack JA¹, Minkobame ZMUP¹, Makoyo Komba O¹, Ngou Mve Ngou K J¹, Minto'o E J¹, Eya'Ama Mve R¹, Ntsame Mezui EJ¹, Meye JF¹.

¹ Service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Mère et Enfant Fondation Jeanne Ebori

Auteur correspondant : Dr ASSOUMOU OBIANG Pamphile ; Pôle Mère au CHUMEFJE. BP 1421 Libreville-Gabon ;

Résumé

Objectifs : Déterminer les aspects épidémiologiques, diagnostics, thérapeutiques et pronostics de la GEU.

Patientes et Méthodes : il s'est agi d'une étude rétrospective, descriptive du 1^{er} Janvier 2019 au 31 Juillet 2020 dans le service de gynécologie du pôle mère du CHUMEFJE. Ont été incluses dans l'étude, toutes les patientes admises dans le service pour une GEU confirmée. Les variables étudiées étaient constituées par l'âge, le statut matrimonial, les antécédents gynécologiques, le motif de consultation, le siège de la GEU, le stade de la GEU, le traitement, les complications et la morbi-mortalité.

Résultats : Au cours de cette période, nous avons recensé 110 cas de GEU pour un total de 8488 accouchements, soit une prévalence de 1,3%. L'âge moyen des patientes était de 31,8 ans avec des extrêmes de 19 et 42 ans, avec un pic de fréquence se situant entre 30 et 35 ans. Parmi les patientes, 55 (50%) avaient un antécédent d'infection génitale haute à chlamydia trachomatis et 38 (34,5%) d'avortements provoqués clandestins. Lors de la consultation initiale, 109 (99%) patientes avaient une aménorrhée, 69(62,7%) des métrorragies et 58 (52,7%) des algies pelviennes. Nous relevons que 110 (100%) patientes avaient une GEU de localisation tubaire dont 61(55,4%) étaient ampullaires et 77(70%) rompues. La prise en charge était chirurgicale et médicale. Ainsi, 85(83,3%) patientes ont eu une salpingectomie dont 80 (78,4%) par laparotomie.

Conclusion : le diagnostic de la GEU se fait souvent au stade de rupture. Son traitement reste chirurgical par laparotomie, compromettant la fertilité ultérieure.

Mots clés : GEU- Diagnostic tardif- laparotomie.

Date of Submission: 08-01-2022

Date of Acceptance: 23-01-2022

I. Introduction

La grossesse extra utérine (GEU) correspond à l'implantation et au développement de l'œuf fécondé en dehors de la cavité utérine [1]. C'est une complication précoce de la grossesse potentiellement mortelle et l'une des principales causes de morbidité et de mortalité maternelles au cours du premier trimestre de la grossesse [2, 3]. Son incidence continue d'augmenter dans le monde, en raison de divers facteurs, notamment la forte prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST), La septicémie post abortive, puerpérale, un accès accru à des installations de diagnostic amélioré et de technologies de procréation assistée [2-4]. Dans les pays à revenu élevé, la mortalité due aux grossesses extra-utérines a diminué grâce à plusieurs protocoles diagnostiques et thérapeutiques améliorés qui facilitent le diagnostic et le traitement précoces [2]. Ce diagnostic précoce permet d'utiliser des modalités thérapeutiques conservatrices, ce qui réduit la morbidité associée et améliore les perspectives de fertilité futures [2]. En revanche, la morbidité et la mortalité liées aux grossesses extra-utérines sont plus élevées dans les pays à revenu faible et intermédiaire, car la majorité des femmes se présentent tardivement à l'hôpital pour des grossesses extra-utérines rompues associées d'instabilité hémodynamique [2]. Pour cela, elle doit être diagnostiquée au moindre signe d'appel car elle met en jeu le pronostic vital et peut entraver le pronostic de fertilité ultérieure [1,4]. L'objectif de ce travail était de déterminer les aspects épidémiologiques, diagnostics, thérapeutiques et pronostics de la GEU au CHUMEFJE de Libreville.

II. Patientes et méthode

Il s'est agi d'une étude rétrospective, descriptive sur une période de 19 mois, allant du 1^{er} janvier 2019 au 31 Juillet 2020. Elle a été réalisée dans le service de Gynécologie du pôle-mère du CHUMEFJE. Elle portait sur une série de 110 cas de GEU reçus dans le service durant la période d'étude. Ont été incluses dans l'étude, toutes les patientes admises dans le service pour une GEU confirmée. Les dossiers des patientes reçues dans le service pour GEU ont été analysés. Les variables étudiées étaient constituées par les données épidémiologiques (l'âge, le statut matrimonial, les antécédents gynécologiques), le motif de consultation, le siège de la GEU, le stade de la GEU, le traitement, la durée du séjour hospitalier, les complications et la morbi-mortalité. Le recueil des données a été fait sur Excel 2013 et l'analyse de celles-ci à l'aide du logiciel Epi Info 6.04.

III. Résultats

Au cours de cette période, nous avons recensé 110 cas de GEU pour un total de 8488 accouchements, soit une prévalence de 1,3%. L'âge moyen des patientes était de 31,8 ans avec des extrêmes de 19 et 42 ans, et un pic de fréquence se situant entre 30 et 35 ans. Nous avons retrouvé 55(50%) patientes célibataires et 53(48,1%) avaient un antécédent d'infection génitale haute à chlamydia trachomatis (tableau 1). Nous relevons que 109 (99%) patientes ont consulté pour aménorrhée secondaire, 69(62,7%) pour métrorragie et 58(52,7%) pour algies pelviennes. Onze (10%) femmes ont consulté pour lipothymie voire syncope. Nous avons réalisé une échographie pelvienne à toutes nos patientes. Cet examen a montré que 106(96%) patientes avaient une image latéro-utérine pouvant évoquer une GEU et 77(70%) présentaient un épanchement intra péritonéal en rapport avec un hémopéritoine. La prise en charge des patientes a été soit chirurgicale ou médicale. Ainsi, 85(83,3%) ont eu une salpingectomie, 7(6,2%) un traitement médical à base de méthotrexate et 31(28,2%) une transfusion sanguine. (Tableau 1). Les suites opératoires ont été simples dans 79 (71,8%) cas. La durée moyenne de séjour hospitalier était de 3 jours pour les patientes ayant bénéficié d'une laparotomie versus 2 pour celles ayant bénéficié d'une cœlioscopie. Aucun cas d'infection post-opératoire ni de décès maternel n'a été noté.

Tableau I : Répartition des patientes selon les paramètres socio-démographiques, cliniques et thérapeutiques

Paramètres	n	%
Tranche d'âge :		
< 30 ans	56	50,9
≥ 30ans	54	49,1
Situation matrimoniale :		
Célibataires	55	50
Concubinage	41	37
Mariée	14	13
Facteurs de risque :		
IST à chlamydiae	53	48,1
Avortements clandestins	38	34,5
Césarienne	17	15,4
GEU	6	5,4
Tabac	9	8,1
Progestatifs micro dosés	4	3,6
Motif de consultation :		
Aménorrhée	109	99,0
Algies pelviennes	58	52,7
Métrorragie	69	62,7
Lipothymie	11	10
Asymptomatique	1	0,9
Localisation de la GEU :		
Pavillonnaire	11	10
Ampullaire	61	55,4
Isthmique	25	22,7
Interstitielle	13	11,8
Stade de la GEU :		
Non rompue	33	30
Rompue	77	70
Traitement :		
Chirurgical	102	93
Laparotomie	80	78,4
Cœlioscopie	22	21,5
Médical	7	6
Abstention	1	1
Technique chirurgicale :		
Salpingectomie	85	83,3
Salpingotomie	12	11,8
Autres	5	4,9

IV. Discussion

Les limites de cette étude sont celles d'une étude rétrospective, car concernant des dossiers médicaux mal conservés, mal archivés, des registres mal tenus avec parfois plusieurs valeurs manquantes de certaines variables, les rendant le plus souvent difficile à exploiter.

Le CHUMEFJE est une structure médicale de niveau tertiaire qui existe depuis 3 ans (Octobre 2018). Ce travail qui est un premier du genre dans notre structure, rapporte notre expérience dans la prise en charge de la GEU. Elle demeure une affection fréquente dans nos services de Gynécologie. Notre étude a trouvé une prévalence de 1,3%. Ce taux est inférieur à celui trouvé par Meye et *al* (2,5%) à la Maternité Joséphine Bongo de Libreville en 2003 [5], et à ceux trouvés par certaines séries africaines [6-8]. Cette tendance à la réduction pourrait être liée à une meilleure connaissance des facteurs de risque de la GEU et à sa prévention. L'âge moyen de nos patientes était de 31,8 ans avec un pic de fréquence se situant entre 30 et 35 ans. Cette tranche d'âge est relevée par de nombreux auteurs [4,9-11]. Il s'agit de la période de forte activité génitale dans nos pays en voie de développement, source d'infections sexuellement transmissibles (IST) et d'interruption volontaire de grossesse (IVG) qui font le lit de la GEU. Le facteur de risque le plus souvent incriminé était la salpingite chronique à *Chlamydia trachomatis* (48,2%), suivi de la chirurgie abdomino-pelvienne (15,4%). Ces résultats sont proches de ceux de Balde et Diallo avec respectivement 57,6% et 51,5% d'infection à *chlamydia trachomatis* [4, 12]. Les IST et la chirurgie abdomino-pelvienne sont sources d'inflammation chronique du pelvis et d'adhérences pelviennes entraînant une altération de la trompe. Le motif de consultation le plus fréquemment retrouvé était l'aménorrhée secondaire (99%), suivi des métrorragies (62,7%), et les algies pelviennes (52,7%). Ces signes fonctionnels apparaissent dans plusieurs travaux sur la GEU [4, 9, 10]. Ils confortent l'existence d'une triade symptomatique qui doit faire évoquer la GEU et susciter la réalisation d'examen complémentaires en urgence. Le pourcentage de GEU rompue dans notre étude a été de 70% versus 30% de GEU non rompue. Ces résultats sont inférieurs à ceux rapportés par Kenfack [6] au Cameroun (92%), Bamouni [13] au Burkina-Faso (90,6%), et Mayi Tsonga [14] au Gabon (80,4%). Ce taux élevé de GEU rompue est lié au retard du diagnostic de cette pathologie. En effet, très peu de femmes en Afrique consultent devant une présomption de grossesse pour diagnostiquer et localiser celle-ci, préférant attendre plus tard pour démarrer le suivi pré natal. De même, beaucoup de patientes dans nos pays en voie de développement vont d'abord consulter dans des officines, ou des centres de santé périphériques, ce qui entraîne un long retard dans le diagnostic et le traitement [3]. La réalisation d'un dosage de beta HCG et d'une échographie pelvienne par voie sus pubienne ou trans vaginale ont permis de conforter le diagnostic de GEU dans 99% des cas. Ces résultats sont quasi similaires à ceux rapportés par d'autres séries [15, 16]. La disponibilité 24h/24 d'un échographe performant et d'un laboratoire d'analyses médicales pour un diagnostic rapide dans notre structure médicale pourrait expliquer ces résultats. L'échographie réalisée aux urgences gynécologiques a un impact dans le diagnostic en urgence de la GEU [16]. La localisation préférentielle de la GEU était tubaire (96%) avec une prédominance ampullaire (61%). Ces données corroborent avec celles de nombreux auteurs [2, 4, 17, 18]. Dans notre cohorte, la prise en charge de la GEU était chirurgicale (93%) et médicale (6,7%). Ces résultats concordent avec plusieurs séries Africaines [2, 4, 7, 19]. Par contre elles sont nettement en dessous de ceux rapportés par les études occidentales. En effet, Anguenot et al rapportent dans leur série que 25% des patientes ont bénéficié d'un traitement à base de Méthotrexate contre 75% d'un traitement chirurgical [20]. Dans les pays développés, le diagnostic de la GEU se fait souvent à un stade précoce, permettant de faire un traitement médical par méthotrexate [2, 21]. Ce traitement tant à devenir une alternative au traitement chirurgical [2, 21]. En plus, les études ont montré qu'il est moins coûteux et ne semble pas altérer la fertilité [21]. A la différence de nos pays en voie de développement, le diagnostic de la GEU se fait souvent au stade de rupture, à cause du retard à la consultation observée à cause de nos pratiques. Ce retard diagnostic contre-indique ainsi une prise en charge médicale malgré la disponibilité du Méthotrexate dans nos officines. Aussi, il peut expliquer pourquoi la majorité de nos patientes comme dans d'autres pays africains [2, 4, 6, 19] a bénéficié d'un traitement radical (83,3%) versus 16,7% du traitement conservateur. Dans notre étude, la voie d'abord chirurgicale était la laparotomie dans 78,4% des cas versus 21,6% des cas de laparoscopie. La laparotomie reste la voie d'abord prépondérante dans la prise en charge chirurgicale de la GEU en Afrique sub-saharienne à cause du diagnostic fréquent de la maladie au stade de rupture, du manque de compétence et l'absence d'installations pour le traitement laparoscopique [2]. Cependant, Edjo Nkilly et *al* au Gabon rapportent un abord laparoscopie dans 61,4% des cas versus 33,3% des cas de laparotomie [22]. La seule complication retrouvée au cours de notre étude est l'anémie pour laquelle 28,2% de nos patientes ont bénéficié d'une transfusion iso groupe iso rhésus. Nous n'avons enregistré aucun décès lié à cette pathologie au cours de cette période. La rapidité du diagnostic de la GEU, la disponibilité permanente de produits sanguins labiles et la prise en charge multidisciplinaire pourraient expliquer l'absence de décès au cours de cette période dans notre structure médicale. Cependant, la fertilité ultérieure de ces patientes reste à évaluer.

V. Conclusion

La GEU demeure un problème de santé publique majeur dans nos pays en voie de développement du fait de sa fréquence élevée et du retard de sa prise en charge. Les conséquences peuvent être graves car elles engagent le pronostic vital. Cette complication du premier trimestre de la grossesse concerne les femmes jeunes aux antécédents d'infections génitales hautes. Son diagnostic se fait souvent au stade de rupture suscitant une salpingectomie par laparotomie. La fertilité ultérieure reste compromise. Il convient donc de mener des politiques de santé adéquates adressées à cette catégorie de la population, notamment sur la sensibilisation des IST et des IVG, afin de réduire la prévalence de survenue de cette pathologie.

Références

- [1]. J Lansac, P Lecomte, H Marret. Gynécologie pour le praticien Masson 2010 ; 7:162
- [2]. J A Olamijulo, B O Okusanya, A A Muisi et al. Ectopic pregnancy at lagos University Teaching Hospital, Lagos, south-western Nigerian : Temporal trends, clinical presentation and management outcomes from 2005 to 2014. Niger Postgrad Medical Journal 2020; 27: 177-183.
- [3]. N Goyaux, R Lake, N Keita et al. Ectopic pregnancy in Africa developing countries. Acta Obstet Cynecol Scand 2003; 82: 12-305
- [4]. IS Baldé, FB Diallo, I Conté et al. Grossesse extra utérine dans la clinique de Gynécologie-Obstétrique Ignace Deen du CHU de Conakry. Aspects épidémiologique, sociodémographique, thérapeutique et pronostique. Med Santé trop 2014 ; 24 :297-300
- [5]. JF Meyé, ASima Zué, B Sima Olé et al. Aspects actuels de la grossesse extra utérine à Libreville (Gabon). Cahiers d'étude et de recherche francophone/ santé 2003;12:405-8
- [6]. B Kenfack, M Noubom, A Bongoe et al. Grossesse extra uterine dans une region semi-rural en Afrique : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à propos d'une série de 74 cas traités à l'hôpital de District de Sangmelima au Sud-Cameroun. The Pan African Medical Journal 2012;13:71
- [7]. JS Dohbit, P Foumane, MD Kapche et al. Grossesse extra utérine à l'hôpital régional de Bafoussam : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Clinics in Mother child health 2010 ; 7 :1-4
- [8]. A Sépou, MC Yanza, E Nguembi et al. Aspects épidémiologiques et cliniques de 116 cas de grossesse extra utérine à l'hôpital communautaire de Bangui. Med Af Noire 2003 ; 50 : 405-12
- [9]. SF Buamba-Bamanga, P Oyere-Moke, F Babiessa et al. La grossesse extra utérine. Etude de 139 cas colligés au centre hospitalier universitaire de Brazzaville. Med Af Noire 2010 ; 7-205-8
- [10]. T Cissé, L De Bernis, O El Hadj et al. Grossesse extra utérine au Sénégal. Cahiers d'étude et de recherches francophones/ Santé 2002 ; 12 :271-4
- [11]. J A Bang Ntamack, J P Ngou Mve Ngou, B S Olé et al. Grossesse abdominale à Libreville de 1999 à 2009. J de Gynecol Obstét et Biol de la Reprod 2012. 41 : 83-87.
- [12]. Y Diallo, A Touré, FB Diallo et al. Prise en charge de la grossesse extra utérine à Conakry (Guinée). Med Trop 2009 ; 69 :565-8
- [13]. Y A Bamouni, B Dao, A J Bazié et al. Grossesse extra utérine au Niamey. Santé trop 119 ; 6 :17-22
- [14]. S Mayi Tsonga, JF Meyé, A Tagne et al. Audit de la morbidité obstétricale grave (near miss) au Gabon. Cahiers d'étude et de recherches francophones/ Santé 2007;17:111-5
- [15]. E Kirk, T Bourne. Diagnostic of ectopic pregnancy with ultrasound. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2009; 23: 501-8
- [16]. Y Athiel, H-T Nguyen-Xuan, C Huchon, et al. Impact of quality of ultrasound scan performed in gynecological emergencies in the diagnosis of ectopic pregnancy. Gynecol Obstet fertile Senol 2019; 47: 337-341.
- [17]. B Courbière, X Carcopino. KB Gynécologie Obstétrique ECN 2016: 5:107
- [18]. T Youssouf, S Keita, S Koumaré et al. Fertility after endoscopic for ectopic pregnancy management in point « G » teaching hospital, Bamako-Mali. Afr J Santé Reproductive 2020; 24 ; 115-120.
- [19]. K Nikodijevic, A Bricou, A Benbara et al. Grossesse extra-utérine cornuale :prise en charge,fertilité ultérieure et devenir obstétrical. Gynecol Obstet et Fertil 2016.44:11-16.
- [20]. J.-L. Anguenot, S. Bretones, P. Dumps et al. Traitement médical des grossesses extra utérines par méthotrexate. In Aldo Campana éd ; Fondation Génèvoise pour la formation et la recherche médicale ; Genève ; 2017 : 1-3.
- [21]. M lesavre, S Curinier, P Capmas et al. Treatment of tubal ectopic pregnancy by methotrexate. Gynecol Obstet Biol Reprod 2015; 44: 9-212
- [22]. G Edjo Nkilly, R Okoué Ondo, A Matsanga et al. Prise en charge des grossesses extra utérine rompues : coelochirurgie versus laparotomie. The Journ of Med and Health Sc 2020 ; 21 :6

Assoumou Obiang P, et al. "Aspects épidémiologiques, diagnostics, thérapeutiques et pronostics des grossesses extra utérines (GEU) au Centre Hospitalier Universitaire Mère et Enfant Fondation Jeanne Ebori (CHUMEFJE)." *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 21(01), 2022, pp. 27-30.