

Grossesse extra-utérine : à propos de 98 observations à la maternité du Centre hospitalier universitaire Sanou Souro de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

M. Bambara¹, B. Dao¹, A. Dembélé¹, A. D. Somé¹, E. G. Da¹, A. J. Bazié¹,
J. Lankoandé², B. Koné²

Résumé

Objectif : Décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de cette affection dans notre service.

Méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective qui s'est déroulée à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou de Bobo-Dioulasso, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2004. Elle a concerné toutes les grossesses extra-utérines enregistrées dans le service au cours de la période d'étude.

Résultats : Durant la période d'étude, nous avons enregistré 4183 accouchements et 98 grossesses extra-utérines, soit une fréquence de 2,3 %. L'âge moyen et la parité moyenne étaient respectivement de 29 ans et 2,3 accouchements. Le tableau clinique était dominé par la douleur, les métrorragies, l'irritation péritonéale, et les vertiges. Parmi nos patientes, 9 avaient un antécédent de chirurgie pelvienne dont 5 pour une grossesse extra-utérine rompue. La laparotomie réalisée dans tous les cas, a mis en évidence un hémopéritoine avec une rupture dans 97 % des cas. La salpingectomie a été pratiquée dans 99 % des cas, et une annexectomie dans 3,1 % des cas. L'examen anatomopathologique réalisé dans 7 cas a mis en évidence la nidation ectopique avec des lésions de salpingite chronique dans 6 cas.

Conclusion : La grossesse extra-utérine reste une pathologie fréquente dans notre contexte. Le diagnostic est souvent tardif au stade d'inondation péritonéale. L'amélioration du pronostic passe par une prévention avec le traitement des maladies inflammatoires du pelvis, la sensibilisation des femmes en âge de procréer pour une consultation précoce en cas d'aménorrhée.

Mots-clés : grossesse extra-utérine, épidémiologie, diagnostic, traitement.

Ectopic pregnancy: descriptive analysis of case-series from the maternity unit of the Bobo-Dioulasso teaching hospital, Burkina Faso

Abstract

Objective: The aim of the study was to describe epidemiological, diagnosis and therapeutic aspects of ectopic pregnancy in our maternity unit.

Method: A one year retrospective study was conducted from January 1st through December 31st 2004 during which data were extracted from cases records of all diagnosed ectopic pregnancies.

1 Service de maternité du Centre hospitalier universitaire Sanou Souro, Bobo-Dioulasso, BP 676.

2 Service de maternité du Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, BP

Results: We recorded a total of 4183 deliveries and 98 ectopic pregnancies, (frequency = 2.3 %). The average age and average parity were respectively 29 years and 2.3. The clinical profile was characterized by pain, uterine haemorrhage, peritonitis and fainting. Prior conditions such as previous abdominal surgery, previous ruptured ectopic pregnancies were respectively encountered in 9.2 % and 5.1 % of the cases. Laparotomy had revealed a rupture in 97 % of the cases. The standard treatment was a salpingectomy applied in 99 % of cases and coupled with an annexectomy in 3.1 % of cases. An anatomopathologic exam conducted in 7 cases had revealed an ectopic nesting and chronic salpingitis lesions in 6 cases.

Conclusion: Ectopic pregnancy is quite frequent in our setting. The diagnosis is often late at rupture stage. Improvement in the prognosis will depend on prevention measures, treatment of pelvic inflammatory diseases, and awareness of all women in reproductive age for early screening upon amenorrhea.

Key words: Ectopic pregnancy, epidemiology, diagnosis, treatment.

Introduction

La fréquence des grossesses extra-utérines (GEU) a connu une augmentation considérable ces dernières années. Dans les pays développés, malgré les progrès diagnostiques et thérapeutiques (échographie, coelioscopie, bêta-HCG), la GEU reste la première cause de mort maternelle (ATRASH *et al.*, 1986 ; CHAVKIN., 1982). Ses conséquences sur la fertilité ultérieure ont été rapportées par plusieurs auteurs, avec 10 à 40 % de stérilité tubaire (CISSE *et al.*, 2002 ; GILLET *et al.*, 1987 ; HUGHES, 19982 ; MONNIER *et al.*, 1985 ; WESTROM, 1986).

Au Burkina Faso, le diagnostic de la GEU est souvent tardif, du fait du retard à la consultation. Notre étude se propose de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de la GEU en milieu africain.

Patientes et méthodes

Le service de maternité du Centre Hospitalier Universitaire Sanou Souro a constitué le cadre de cette étude rétrospective sur un an, du 1er janvier au 31 décembre 2004. Les données ont été recueillies à partir des dossiers cliniques, des registres du bloc opératoire et des comptes rendus anatomopathologiques. Les paramètres étudiés ont porté sur : l'âge, la parité, les antécédents obstétricaux et chirurgicaux, les signes cliniques et paracliniques, les aspects thérapeutiques et anatomopathologiques. La saisie et l'analyse des données ont été réalisées grâce au logiciel Epi info version 6.0.

Résultats

Epidémiologie

Fréquence

Au cours de la période d'étude nous avons enregistré 4183 accouchements dont 709 césariennes et 98 grossesses extra-utérines. La fréquence a été de 2,3 %, soit 1 GEU pour 42,6 accouchements.

L'âge et la parité

L'âge moyen était de 28,8 ans avec des extrêmes de 17 et 45 ans, la parité moyenne de 2,3 accouchements avec des extrêmes de 0 et 8. Dans notre étude la tranche d'âge 20-34 ans représentait 70,3 % de l'effectif, tandis que les pauci pares représentaient 33,7 %. (voir annexe I).

Les antécédents d'avortement

Dix sept patientes (17,3 %) avaient un antécédent d'avortement spontané, tandis que cinq patientes (5,1 %) avaient un antécédent d'avortement provoqué clandestin.

Les antécédents chirurgicaux

Cinq patientes (5,1 %) avaient un antécédent de GEU, trois patientes (3 %) un antécédent de plastie tubaire et une patiente (1 %) avait un antécédent de myomectomie.

Aspects cliniques

Les signes cliniques étaient diversement associés avec le plus souvent un retentissement sur l'état général et les constantes à l'admission. Ils sont répertoriés en annexe II. L'âge de la grossesse au moment du diagnostic variait entre 2 et 3 mois et demi avec une moyenne de 2 mois. La douleur pelvienne et les métrorragies étaient les signes les plus fréquents.

Siège de la GEU

Le siège a été tubaire dans 99 % des cas : Ampullaire 62 (63,3 %), Isthmique 26 (26,5 %), infundibulaire 6 (6,1 %), Interstitielle 3 (3,1 %), et abdominal dans 1 cas (1 %). La GEU était rompue dans 97 % des cas et non rompue dans 3 % des cas. Il y avait un hémopéritoine compris entre 500 et 2500 cc dans 95 cas (97 %).

Les Examens complémentaires

La réaction immunologique de grossesse

Elle a été pratiquée sur les urines dans 48 cas (49 %), avec 47 cas positifs.

Les dosages plasmatiques des bêta-HCG n'ont été pratiqués que dans 10 cas. Ils ont toujours été positifs à des taux variables.

La numération formule sanguine montrait une anémie dans 90 % des cas (taux inférieur à 11,5 g/dl). L'échographie a été pratiquée dans 38 cas (38,8 %). Dans tous les cas, elle a montré des éléments de suspicion dans 35 cas (35,7 %) par l'association d'un utérus vide (visualisation de la ligne de vacuité), d'une masse annexielle unilatérale avec un épanchement dans le douglas.

Anatomo-pathologie

Nous n'avons retrouvé que sept comptes rendus anatomopathologiques, qui ont confirmé la nidation ectopique, avec des lésions de salpingite chronique dans 6 cas et de salpingite aiguë dans 1 cas.

Aspects thérapeutiques

La réanimation pré et per-opératoire a comporté des solutés de remplissage et la transfusion iso groupe iso RH. La salpingectomie a été réalisée dans 97 cas (99 %) et une annexectomie dans 3 cas (3.1 %). La grossesse abdominale a été extraite avec une bonne hémostase locale. Les gestes complémentaires ont porté sur la libération d'adhérences pelviennes dans 65 cas (66,3 %) et la réalisation de plastie tubaire dans 3 cas (3,1 %). Les suites opératoires immédiates ont été favorables, hormis cinq cas de fièvre post-opératoire qui ont évolué favorablement sous traitement antipalustre.

Discussion

Aspects épidémiologiques

Notre fréquence de IGEU pour 42,6 accouchements est très élevée, comparativement aux chiffres rapportés par la plupart des auteurs (De CHERNEY *et al.*, 1981 ; SINDAYIRVANYA *et al.*, 1991 ; LANKOANDÉ *et al.*, 1999 ; MONNIER *et al.*, 1985 ; TAYLOR *et al.*, 2004). Cette situation est due au fait que notre maternité est une structure de référence qui reçoit toutes les urgences gynéco-obstétricales de l'ouest et du sud-ouest du Burkina.

Tableau III. Fréquence de la GEU selon les auteurs.

Auteurs	Année d'étude	Fréquence
(De CHERNEY <i>et al.</i> , 1981)	1981	1/67
(MONNIER <i>et al.</i> , 1985)	1985	1/105
(GILLET <i>et al.</i> , 1987)	1987	1/42
(TAYLOR, 1988)	1988	1/81
(LANKOANDÉ <i>et al.</i> , 1999)	1995	1/28
Notre étude	2005	1/42

L'âge moyen retrouvé dans notre série (28,8 ans) est comparable à celui relevé par la plupart des auteurs africains et européens (GILLET *et al.*, 1987 ; SINDAYIRVANYA *et al.*, 1991 ; LANKOANDÉ *et al.*, 1999 ; MONNIER *et al.*, 1985). Quant à la parité, notre moyenne de 2,3 est proche de celle de Sindayrwanya (SINDAYRWANYA *et al.*, 1991) au Burundi en 1991 qui est de 2,59 et supérieure à celles rapportées par Monnier (MONNIER *et al.*, 1985) en France en 1985 et Lankoandé (LANKOANDÉ *et al.*, 1999) à Ouagadougou en 1999 qui sont respectivement de 1,3 et 1,9. La GEU est classiquement associée à une faible parité (CHOW *et al.*, 1987 ; HUGHES *et al.*, 1980). Les nullipares représentaient 22,5 % de notre effectif de même que dans la série de Lankoandé (LANKOANDÉ *et al.*, 1999) et 27,5 % dans la série de Sagot (SAGOT *et al.*, 1989) en France.

Les antécédents d'avortement provoqué clandestin ont été relevés dans 5,1 % des cas contre 17,3 % pour les avortements spontanés. Ces avortements, surtout lorsqu'ils sont provoqués, favorisent la survenue de GEU (LEVIN *et al.*, 1982 ; POWERS, 1980).

La notion de chirurgie pelvienne antérieure a été retrouvée dans 4 cas (3 plasties tubaires et une myomectomie). Ces différentes circonstances de chirurgie pelvienne sont des facteurs favorisants de la GEU (BRENNER *et al.*, 1980 ; GILLET *et al.*, 1987 ; MICHELAS *et al.*, 1980).

Quant aux antécédents de nidation ectopique, ils ont été retrouvés dans 5,1 % des cas. Selon les études, ces antécédents sont retrouvés chez 8 à 14 % des femmes ayant une GEU (LEVIN *et al.*, 1982 ; WESTROM, 1986). Sherman (SHERMAN *et al.*, 1982), Gillet (GILLET *et al.*, 1987) et Monnier (MONNIER *et al.*, 1985), ont rapporté respectivement 3 %, 9,5 % et 13 %.

Les autres facteurs cités dans la littérature (COSTE *et al.*, 1988)), concernent les infections sexuellement transmissibles, la contraception (DIU, contraception hormonale, stérilisation tubaire), la fécondation *in vitro* (FIV), le tabagisme. Ces facteurs n'ont pu être analysés du fait des limites de notre étude rétrospective.

Aspects cliniques

Du fait du caractère souvent tardif de la consultation et de la non disponibilité constante de certains examens (coéloscopie, échographie, dosage des bêta-HCG), le praticien ne dispose souvent que de la clinique pour affirmer le diagnostic de la GEU.

La douleur pelvienne était au premier plan (100 % des cas) à prédominance hypogastrique. Ce signe est retrouvé dans 87 à 100 % des cas chez plusieurs auteurs (De CHERNEY *et al.*, 1981 ; HENRION *et al.*, 1982 ; MICHELAS *et al.*, 1980). Les métrorragies étaient relevées dans 93 % des cas dans notre série et entre 50 et 98 % pour d'autres auteurs (De CHERNEY *et al.*, 1981 ; LANKOANDÉ *et al.*, 1999). L'aménorrhée était présente dans 74,5 % des cas. Ce taux est proche de celui de Lankoandé (LANKOANDÉ *et al.*, 1999) qui est de 79 %. D'autres auteurs ont rapporté entre 55 et 89 % des cas (HENRION *et al.*, 1982 ; MICHELAS *et al.*, 1980). La matité déclive des flancs associée à une chute de la tension artérielle et un pouls filant était fréquemment retrouvée (84,7 %), signant le plus souvent un hémopéritoine abondant. Les signes de choc (chute de la tension artérielle, pouls filant, pâleur des conjonctives, extrémités refroidies) étaient retrouvés dans 30,6 % des cas, témoignant du caractère tardif du diagnostic. Dans un contexte d'urgence et devant l'absence de moyens paracliniques (échographie, coéloscopie, dosage plasmatique des bêta-HCG), l'obstétricien pose souvent son indication opératoire sur la base de l'anamnèse, des signes de choc et des signes physiques. La culdocentèse pratiquée ramenait fréquemment du sang lysé incoagulable (97 % des cas). Dans les pays développés le diagnostic de GEU se fait de plus en plus précocement avant la rupture, sur la base des éléments cliniques et de la triade paraclinique suivante (bêta-HCG plasmatiques, échographie, coéloscopie). Dans les pays sous-médicalisés où la coéloscopie n'est pas toujours accessible, le couplage de l'échographie et du dosage des bêta-HCG aiderait au diagnostic dans les cas difficiles (BOOG *et al.*, 1982).

Aspects thérapeutiques

La salpingectomie a été le mode thérapeutique dans 99 % des cas dans notre série, avec trois annexectomies. Le stade tardif du diagnostic et les délabrements tubaires expliquaient cette attitude thérapeutique. De nos jours, le traitement médical de la GEU non rompue est d'actualité, par l'administration de méthotrexate en IM ou *in situ* par laparoscopie (DILBAZ *et al.*, 2005 ; GERVAISE et FERNANDEZ, 2003 ; GERVAISE *et al.*, 2005 ; MONTEAGUDO *et al.*, 2005 ; SAVARY *et al.*, 2004). Ce traitement a l'avantage d'être

conservateur et ne compromet pas la fertilité ultérieure de la patiente. La laparotomie classique est de plus en plus abandonnée au profit de la laparoscopie (CORIC *et al.*, 1998 ; HSU *et al.*, 2005 ; THAKUR *et al.*, 2004 ; WONG *et al.*, 2005).

Aspects anatomo-pathologiques

Les comptes rendus anatomopathologiques des pièces opératoires n'ont été réalisés que dans 7,14 % des cas. Le coût élevé de cet examen d'intérêt capital (20 000F) et l'absence de spécialiste au CHUSS expliquent cette situation. Les nidations ectopiques ont été confirmées avec 6 cas de salpingite chronique et 1 cas de salpingite aiguë. L'analyse exhaustive des pièces aurait probablement apporté des précisions sur des affections telles que la tuberculose ou la bilharziose qui sont rares en Europe, mais fréquentes dans les pays en développement. Des voiles adhérentiels au niveau du pelvis ont été retrouvés dans 65 % des cas, et la réalisation d'une sérologie à Chlamydiae nous aurait situé la part de cette affection fréquente dans la survenue de la GEU.

Conclusion

Il ressort de cette étude que la fréquence de la GEU est élevée dans notre contexte. Le diagnostic est souvent tardif (stade de rupture), rendant difficile le traitement conservateur. La clinique reste souvent le principal moyen diagnostique.

Une action de prévention s'avère nécessaire chez les femmes en âge de procréer par la sensibilisation, le traitement des affections inflammatoires du pelvis, la promotion des méthodes contraceptives pour éviter les avortements provoqués clandestins et leurs conséquences. Tout retard des règles doit être un motif de consultation, surtout s'il est associé à d'autres anomalies constatées par la patiente.

Références bibliographiques

- ATRASH H. K., HUGHES J. M., HOGUE C. J. R., 1986. Ectopic pregnancy in the United States, 1970-1983, CDC surveillance summaries. *M M W R.*, 35, 29-37.
- BOOG G., CORNEILLO F et CAROFF J., 1982. Place de l'échographie et du dosage plasmatique de l'HCG-bêta dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine. *Rev Fr Gynecol Obstet.* 77, 5, 303-11.
- BRENNER P. F., ROY S., MISHILL D. R. Jr., 1980. Ectopic pregnancy. A study of 300 consecutive surgically treated cases. *JAMA.*, 243, 673-76.
- CHAVKIN W., 1982. The rise of ectopic pregnancy. Exploration of possible reasons. *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 20, 341-50.
- CHOW W. H., DALING J R., CATES W., CREENBERG R. S., 1987. Epidemiology of ectopic pregnancy. *Epidemiol. Rev.* 9, 70-94.
- CISSE M. L., MOREAU J. C., KOUEDOU D., FAYE E O., NIANG M., DIONNE P., DIADHIOU F., 2002. Fertilité après grossesse extra-utérine au C H U de Dakar. *Dakar Med.* 47, 1 : 1-4.
- CORIC M., BARISIC D., STRELEC M., 2004. Laparoscopic approach to interstitial pregnancy. *Arch. Gynecol. Obstet.* 270, 4: 287-9.
- COSTE J., JOB-SPIRA., 1988. Aspects épidémiologiques des grossesses extra-utérines (GEU). *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 17, 991-1001.
- De CHERNEY A H., ROMERO R., NAFTOLIN F., 1981. Surgical management of unruptured ectopic pregnancy. *Fertil. Steril.* 35, 21-24.

- DILBAZ S., KATAS B., DEMIR B., DILBAZ B., 2005.** Treating cornual pregnancy with a single methotrexate injection: a report of 3 cases. *J. Reprod. Med.* 50, 2: 141-4.
- GERVAISE A., FERNANDEZ H., 2003.** Le methotrexate dans le traitement médical des grossesses extra-utérines non rompues. Etude prospective : injection intra-musculaire versus injection in situ sous contrôle échographique. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 32 : 420-25.
- GERVAISE A., MASSON L., DE TAYRAC R., FRYDMAN R., FERNANDEZ H., 2005.** Reproductive outcome after methotrexate treatment of tubal pregnancies. *Obstet. Gynecol. Surv.* 60, 3: 175-6.
- GILLET J.Y., OLIVERO J. F., GABAUDE B., SIMON E., MOUREY C., GRIMALDI M., MARIGOT M., 1987.** Aspects épidémiologiques de la grossesse extra-utérine et attitude thérapeutique. A propos de 200 cas en série continue. *Rev. Fr. Gynecol. Obstet.*, 82, 7, 9, 465-69.
- HENRION R., DUBUISSON J. B., OURY J. T., 1982.** Actualités de la grossesse extra-utérine. Actualités gynécologiques, XV^e série. Masson, Paris.
- HSU S., MARTIN D., ALY A., 2005.** Operative laparoscopy in tubal pregnancy: preoperative ultrasonographic measurement of hemoperitoneum as a predictor of blood loss and outcome. *J. Reprod. Med.* 50, 2: 117-22.
- HUGHES G J., 1980.** Fertility and ectopic pregnancy. *Eur. J. Obstet Gynecol. Reprod. Biol.*, 10, 361-65.
- Sindayirwanya M. G., Harakeye G., Ninteretse T H Ruffyikiri. 1991. Aspects particuliers des grossesses extra-utérines au Burundi. *Med d'Afr. Noire.* 38 (5), 335-41
- LANKOANDÉ J., SANOU J., OUEDRAOGO C. M. R., OUEDRAOGO A., BONANE B., DAO B., TOURE B. KONE B., 1999.** Aspects particuliers de la grossesse extra-utérine en milieu Africain. A propos de 124 observations en 1995 a Ouagadougou, Burkina Faso. *Rev Afr. Anesth. Med. Urgence.* 4 (1): 35-39.
- LEVIN A. A., SCHOEN BAUM S. C., STUBBLEFIELD P. G., ZIMICKI S., MONSON A. R., RYAM K. 1982.** Ectopic pregnancy and prior induced abortion. *Am. J. Public Health.* 72, 253-56.
- MICHELAS S., CREATSON G., FAKAS G., KASKASELIS D. 1980.** Ectopic pregnancy: outcome of 152 cases. *Int. Surg.*, 65, 355-59.
- MONNIER J. C., VANTYGHM A., VANTYGHM-HAUDIQUET M. C., LANCIAUX B., VINATIER D., 1985.** La grossesse extra-utérine : aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 14, 67-75.
- MONTEAGUDO A., MINIOR V. K., STEPHENSON C., MONDA S., TIMOR-TRITSCH I. E., 2005.** Non-surgical management of live ectopic pregnancy with ultrasound-guided local injection: a case series. *Ultrasound. Obstet. Gynecol.* 25, 3: 282-8.
- POWERS O. N., 1980.** Ectopic pregnancy: a five years experience. *South Med. J.*, 73, 1012-1015.
- SAGOT P., DANTAL F., GABIELLE P., ANGER P., MARTIN Y., LOPEZ P., LERAT M. F., 1989.** Le diagnostic de la grossesse extra-utérine dans une étude rétrospective de 140 dossiers. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.*, 18, 403-4.
- SANDVEI R., ULSTEIN M., WOLLEN A. L., 1987.** Fertility following ectopic pregnancy with special reference to previous use of intra-uterine contraceptive device (I U D). *Acta. Obstet. Gynecol. Scand.*, 86, 131-135.
- SAVARY D., FERNANDEZ H., CANIS M., 2004.** Grossesse extra-utérine non rompue : quelles modalités thérapeutiques ? *Annales de Chirurgie* 129, 232-236.
- SHERMAN D., LANGER R., SUDOVSKY G., BUKOVSKY I et coll., 1982.** Improved fertility following ectopic pregnancy. *Fertil. Steril.* 1982, 37, 497-502.
- TAYLOR R N., 1988.** Ectopic pregnancy and reproductive technology. *JAMA* 259, 12, 1862-64.
- THAKUR Y., COKER A., MORRIS J., OLIVER R., 2004.** Laparoscopic and ultrasound-guided transcervical evacuation of cornual ectopic pregnancy: an alternative approach. *J. Obstet. Gynaecol.* 24, 7: 809-10.
- WESTROM L., 1986.** Infertilité et grossesse extra-utérine après salpingite aigue. In : *Recherches récentes sur l'épidémiologie de la fertilité, facteurs de risques, prévention.* Masson, Paris.
- WONG VV., HICKEY K., 2005.** Introducing laparoscopic management of ectopic pregnancy to a busy gynaecology. *Ir. Med. J.* 98, 1: 25-6.

Annexe I

Tableau I. Répartition des patientes selon l'âge et la parité.

Paramètres	Effectifs	Pourcentage
Age maternel (années)		
17-19	7	7,2
20-24	22	22,4
25-29	26	26,5
30-34	21	21,4
35-39	14	14,4
> 40	8	5,1
Parité		
Nullipares (0)	17	17,3
Primipares (1)	21	21,4
Paucipares (2-3)	33	33,7
Multipares (4-6)	25	25,5
Grandes multipares (> 7)	2	2

Annexe II

Tableau II. Répartition des patientes selon les signes cliniques.

Signes	Effectif	Pourcentage
Douleur pelvienne	98	100
Métrorragies	91	93
Hémopéritoine	83	84,7
Aménorrhée	73	74,5
Vertiges	65	66,3
Etat de choc	30	30,6
Vomissements	18	18,4