

Research Article

Grossesse Extra-Utérine à l'Hôpital Régional de Bafoussam : Aspects Épidémiologiques, Cliniques et Thérapeutiques

J. S. Dohbit,¹ P. Foumane,¹ M. D. Kapche,² E. T. Mboudou,¹ M. Doumbe,³ et A. S. Doh¹

¹Yaounde Gynaeco-Obstetric and Pediatric Hospital/Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1, Cameroun

²Institut Supérieur des Sciences de la Santé, Université des Montagnes, Bangangté, Cameroun

³Hôpital Régional de Bafoussam, Cameroun

Address correspondence to J. S. Dohbit, dohbit@yahoo.com

Received 16 April 2010 ; Accepted 17 June 2010

Résumé La grossesse extra-utérine (GEU) constitue une pathologie grave en premier trimestre de grossesse. Elle est la première cause de la mortalité maternelle en premier trimestre. Son diagnostic et la prise en charge précoce éviterait les complications. Notre objectif était d'évaluer les grossesses extra-utérines à l'Hôpital Régional de Bafoussam depuis dix ans. Nous avons mené une étude rétrospective de dix ans, du 30 novembre 1998 au 30 novembre 2008 au service de gynécologie-obstétrique. Les informations ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire anonymée préétablie. Un total de 416 cas de GEU pour 17 918 accouchements ont été enregistrés, soit une fréquence globale de 2,3%. La prise en charge était essentiellement chirurgicale par laparotomie, radicale dans 63,86%. Le taux de survie était de 100%. La GEU reste une pathologie fréquente dans notre milieu, avec une fréquence hospitalière de 2,3% des naissances vivantes. La prise en charge est essentiellement chirurgicale par laparotomie. Aucun cas de décès n'a été retrouvé.

Mots Clés grossesse extra-utérine ; épidémiologie ; clinique ; thérapeutique

1 Introduction

La grossesse extra-utérine (GEU), correspond à l'implantation de l'œuf fécondé hors de la cavité utérine, le plus souvent au niveau tubaire, plus rarement au niveau ovarien ou abdominal [11,16]. La GEU constitue l'une des principales complications de début de grossesse. Sa prévalence est plus élevée dans les pays en développement, où les données sont beaucoup plus rares (2% en France contre 1 à 4% en Afrique), cette élévation est due à la recrudescence des facteurs de risque tels que : les infections sexuellement transmissibles (IST), le tabac, la pathologie tubaire, la chirurgie tubaire, et le dispositif intra-utérin [5]. Malgré une triade clinique caractéristique (aménorrhée, douleur pelvienne, saignements), les symptômes sont très variables d'une patiente à l'autre : de la forme totalement

asymptomatique malgré un épanchement péritonéal, à l'état de choc hémorragique mettant en jeu le pronostic vital [7]. La GEU, ses facteurs de risque et sa prise en charge [4, 5,7,11], ont fait l'objet de nombreuses études dans la littérature internationale. Cependant, le problème n'est plus essentiellement lié à la mortalité maternelle, mais également au risque d'infertilité. Les données sur l'incidence des GEU dans les pays en voie de développement sont disponibles, mais à l'Ouest du Cameroun spécifiquement, elles n'existent pas. L'objectif de notre étude était de déterminer sa fréquence hospitalière, d'identifier les profils sociodémographiques des patientes, de décrire les aspects cliniques et thérapeutiques, en vue de proposer des actions qui pourraient améliorer la prise en charge et le pronostic dans une région où aucune étude n'a encore été réalisée.

2 Methodologie

Nous avons mené une étude rétrospective sur dix ans, du 30 novembre 1998 au 30 novembre 2008 dans le service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Régional de Bafoussam. Étaient incluses toutes les patientes avec GEU (rompue ou non) retrouvées dans la période d'étude, dont les dossiers étaient complets. Le recrutement des patientes a été fait à partir des registres du bloc opératoire et les dossiers des patientes au niveau des archives de l'hôpital. Les données contenues dans les dossiers ont été collectées à partir d'une fiche de questionnaire anonymée pré-établie et analysées avec les logiciels SPSS data entry 4.0 et Excel 2007.

3 Resultats

Un total de 416 cas de GEU pour 17 918 accouchements ont été enregistrés, soit une incidence globale de 2,3% (Tableau 1).

Deux cent deux patientes ont rempli les critères d'éligibilité pour être incluses dans l'analyse finale. Notre population d'étude était âgée de 18 à 44 ans avec un âge moyen de $29,6 \pm 5,7$ ans (Figure 1).

Années	Nombre de grossesses extra-utérines	Nombre d'accouchements	Incidence (%)
1998	6	358	1,68
1999	51	1715	2,97
2000	46	1612	2,85
2001	45	1583	2,84
2002	43	1750	2,46
2003	45	2155	2,09
2004	41	1678	2,44
2005	31	1700	1,82
2006	36	1548	2,33
2007	40	1786	2,24
2008	32	2033	1,57
Total	416	17918	2,32

Tableau 1: Evolution de l'incidence des grossesses extra-utérines ces dix dernières années.

Facteurs de risque	Nombre de cas	%
Antécédent de PID	50	24,75
Age maternel \geq 35 ans	36	17,82
Chirurgie abdomino-pelvienne	20	9,9
Antécédent de GEU	12	5,94
Tabagisme (actif ou passif)	1	0,49
Non mentionné	83	41,08
Total	202	100

Tableau 2: Répartition des patientes en fonction des facteurs de risque.

Antécédent chirurgical	Nombre de cas	%
GEU opérée	12	5,94
Myomectomie	3	1,48
Césarienne	3	1,48
Kystectomie	1	0,49
Drainage d'abcès pelvien	1	0,49
Pas d'antécédent chirurgical	160	79,20
Non mentionné	22	10,89
Total	202	100

Tableau 3: Répartition des patientes selon le type d'antécédent chirurgical.

Les paucipares étaient les plus fréquentes avec 57,41% des cas (Figure 2). Les facteurs de risque les plus fréquemment retrouvés dans notre étude étaient : l'antécédent de maladie inflammatoire du pelvis, l'âge maternel \geq 35 ans et la chirurgie abdomino-pelvienne (Tableau 2).

Parmi les antécédents chirurgicaux de notre série, la GEU opérée était le plus fréquent des antécédents chirurgicaux avec 5,94%, 160 patientes n'avaient pas d'antécédent chirurgical (Tableau 3).

Les signes fonctionnels classiques ont été retrouvés dans notre étude : aménorrhée à 100%, douleurs pelviennes dans 98,3% des cas et saignements vaginaux dans 31,3%

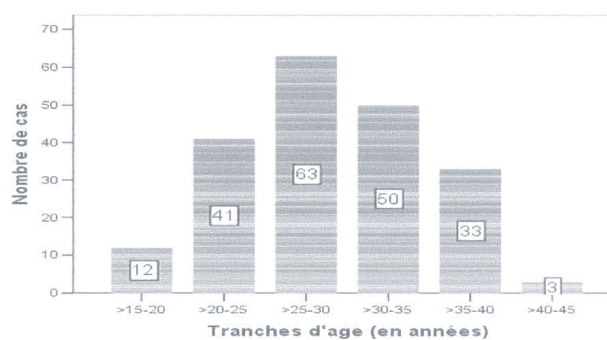


FIGURE 1: Répartition des patientes en fonction de l'âge.

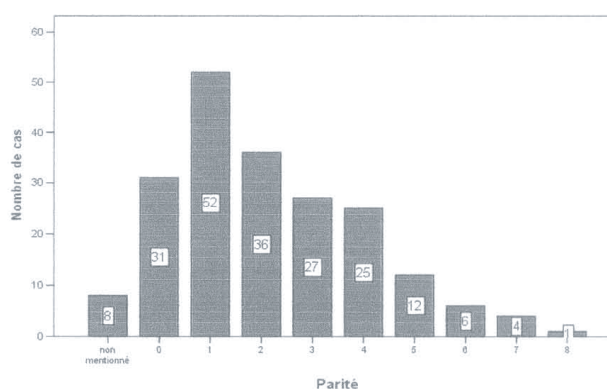


FIGURE 2: Répartition des patientes en fonction de la parité.

Type de chirurgie	Nombre de cas	%
Onservatrice	56	27,72
Radicale	129	3,86
Non mentionné		3,46
Total	202	100

Tableau 4: Type de chirurgie.

des cas. La tension artérielle est normale dans 97% (196 cas) et seules trois patientes (1,48%) ont présenté un état de choc. Les conjonctives sont colorées dans 74,1% des cas. Le toucher vaginal est douloureux chez 157 patientes, soit 90,8%. Les annexes présentent un empatement dans 97,7% des cas et le col est fermé dans 100% des cas. La culdocentese est positive dans 84,09%. L'échographie a été pratiquée chez 178 patientes (88,11%). La GEU est rompue dans 87,62% et 46 patientes (22,77%) présentent un hémopéritoine massif compris entre 700 et 1500 mL. Seules dix patientes ont reçu une transfusion sanguine. La localisation ampullaire est la plus fréquente avec 47,02%. La complication la plus fréquente dans notre série est l'infection dans 1,48% des cas. Aucun décès n'a été recensé dans la période d'étude. Deux cas de grossesses hétérotopiques et un cas de GEU bilatéral ont été retrouvés. La prise en charge était essentiellement chirurgicale par laparotomie (Tableau 4).

Pathologie associée	Nombre de cas	%
Adhérences pelviennes	12	5,94
Kyste ovarien	9	4,45
Hydrosalpinx	5	2,47
Myome	3	1,48
Ovaires polykystiques	1	0,49
Appendicite	1	0,49
Endométriose	1	0,49
Lésion intestinale	1	0,49
Abcès du Douglas	1	0,49
Aucune pathologie associée	40	19,8
Total	202	100

Tableau 5: Répartition des patientes en fonction des pathologies associées.

La localisation ampullaire était la plus fréquente avec 95 patientes (47,02%). La chirurgie était radicale chez 129 patientes (63,86%) et la pathologie associée la plus fréquemment retrouvée était les adhérences pelviennes avec 12 patientes soit 5,94% (Tableau 5).

4 Discussion

L'incidence hospitalière de la GEU est de 2,3%, ceci confirme le taux élevé des GEU retrouvé dans la littérature dans les pays en voie de développement [6,9,10,15]. Le taux élevé des GEU dans notre série peut être associé à la fréquence des facteurs de risque de la littérature retrouvés dans notre étude : les infections pelviennes (maladie inflammatoire du pelvis), la chirurgie abdomino-pelvienne, les antécédents de GEU.

Dans notre série, l'âge varie entre 18 et 44 ans, avec une moyenne de $29,69 \pm 5,76$ ans. La majorité des patientes se trouve dans la tranche de $> 25-30$ ans (âge de la pleine activité génitale) soit 31,2%. Cette tranche d'âge est identique à celle trouvée par Kouam et al. [6] et Tumenta [15]. Rafia [12] en 2006 au Maroc retrouve une moyenne d'âge de 30 ans avec une majorité entre 32 et 36 ans [12]. La majorité de nos patientes sont ménagères ou cultivatrices, résultats similaires à ceux obtenus par Thonneau et al. en 2002 avec 55,9% [14].

Dans la plupart des études, la GEU est associée à une parité faible [3,9,15]. Dans notre série la moyenne de la parité est $2,24 \pm 1,8$ et varie entre 0 et 8. Selon la littérature, l'âge maternel supérieur à 35 ans constitue un facteur de risque, cependant la tranche d'âge la plus représentée dans notre étude est de $>25-30$ ans (31,2%) par contre l'âge maternel supérieur à 35 ans représente 17,82%. L'augmentation du risque de GEU avec l'âge pourrait s'expliquer par l'augmentation du temps d'exposition aux facteurs de risque.

La tension artérielle est normale dans 97% et les conjonctives colorées dans 74,1% des cas. Majhr et al. [8] retrouvent des conjonctives colorées dans 87,8% des cas. Seules 3 patientes (1,48%) ont présenté un état de choc. Par contre, Rafia [12] retrouve un état de choc dans 19,76% alors que Sindyirwanya et al. [13] retrouve un taux de choc de 36%. Notre taux très faible serait du aux informations manquantes dans les dossiers de nos patientes.

Les signes fonctionnels classiques ont été retrouvés dans notre étude : aménorrhée à 100%, douleurs pelviennes dans 98,3% des cas et saignements vaginaux dans 31,3% des cas. Majhi et al. [8] retrouvent une aménorrhée dans 76,1%, des douleurs pelviennes dans 86,1% et des saignements vaginaux dans 42,2% des cas. Sindyirwanya et al. [13] a des résultats similaires : douleurs pelviennes 82,5% et saignements vaginaux 59%.

Le toucher vaginal est douloureux chez 157 patientes, soit 90,8%. Majhi et al. [8] retrouvent un toucher vaginal douloureux dans 82,2% des cas. Dans notre série, les annexes présentent un empattement dans 97,7% des cas et le col est fermé dans 100% des cas. La culdocentese est positive dans 84,09%. Ce résultat se rapproche de celui de Nayama et al. [10] qui trouvent 80%, Majhi et al. [8] 73,3%, et Sindyirwanya et al. [13] qui trouve 90%. L'échographie a été pratiquée chez 178 patientes (88,11%), Majhr et al. trouvent 66,6%.

La GEU est rompue dans 87,62% et 46 patientes (22,77%) présentent un hémopéritoine massif compris entre 700 et 1500 mL. Seules dix patientes ont reçu une transfusion sanguine. Rafia [12] trouve la majorité des patientes avec un hémopéritoine égal ou inférieur à 500 mL. Dans la série de Kouam et al. [6], l'hémorragie représente la principale complication et est évaluée à 1 L dans 65 cas (45,1%) et la transfusion a été réalisée dans 25 cas.

La chirurgie radicale est plus fréquente avec 63,86% contre 27,72% pour le traitement conservateur, ceci est dû à l'état des trompes à l'intervention chirurgicale, les patientes arrivant au stade rompu dans 87,62% des cas. Tumenta en 2006 [15] retrouve 54,4% de GEU rompue. Sindyirwanya et al. [13] retrouvent un traitement radical dans 89,9%. Le traitement conservateur expose à un risque plus élevé de persistance trophoblastique qui peut être rattrapé par le traitement médical. Cependant la salpingectomie ne met pas à l'abri des récives [2]. La localisation ampullaire est la plus fréquente avec 47,02%, ces résultats sont similaires à ceux de Tumenta (61,9%), Rafia (60%) et Bouyer et al. (70%) [15,12,1].

La complication la plus fréquente dans notre série est l'infection post opératoire dans 1,48% ; dans la série de Tumenta [15] elle est dominée par la persistance de la GEU. D'après Bouyer et al. [1], les complications dépendent du site de la GEU. Aucun décès n'a été recensé dans la période d'étude.

5 Conclusion

La GEU reste une pathologie assez fréquente à Bafoussam avec une incidence hospitalière de 2,3%. Elle concerne surtout les femmes jeunes (25–30 ans) et 64,85% de nos patientes sont à leur première ou seconde grossesse, la majorité étant paucipare. L'antécédent de PID (24,75%), est le principal facteur de risque retrouvé. Le statut hémodynamique des patientes est stable dans la majorité des cas. La prise en charge, essentiellement chirurgicale, est radicale dans 63,86% des cas. Le taux de survie est de 100% dans notre série.

Bibliographie

- [1] J. Bouyer, J. Coste, T. Shojaei, J. C. Pouly, H. Fernandez, L. Gerbaud, et al., *Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case-control, population – based study in France*, *Am J Epidemiol*, 157 (2003), 185–194.
- [2] C. Chapron, H. Fernandez, and J. B. Dubuisson, *Treatment of ectopic pregnancy in 2000*, *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 29 (2000), 351–361.
- [3] A. Cheikh, C. Tidiane, L. Bernis, O. F. El Hadj, and F. Diadhiou, *Grossesse extra-utérine au Sénégal*, *Cahiers d'études et de recherches francophones*, 12 (2002), 271–274.
- [4] J. Coste, J. Bouyer, and N. Job-Spira, *Epidémiologie de la grossesse extra-utérine: incidence et facteurs de risque*, *Contracept Fertil Sex*, 24 (1996), 135–139.
- [5] P. Kimata, N. Amar, J. L. Benifla, and P. Madelenat, *Diagnostic des grossesses extra-utérines: Pathologie tubulaire*, *Rev Prat*, 52 (2002), 1781–1788.
- [6] L. Kouam, J. Kamdom Moyo, A. S. Doh, and P. Ngassa, *Traitement des grossesses extra-utérines par laparotomie en pays sous équipé. A propos d'une série de 144 cas au CHU de Yaoundé*, *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 25 (1996), 804–808.
- [7] J. Lansac, P. Lecomte, and H. Marret, *Gynécologie pour le Praticien*, Masson, Paris, 1998. 122–125.
- [8] A. K. Majhi, N. Roy, K. S. Karmakar, and P. K. Banerjee, *Ectopic pregnancy – an analysis of 180 cases*, *J Indian Med Assoc*, 105 (2007), 308–310, 312.
- [9] J. F. Meyé, A. Sima-Zue, B. Sima Olé, E. Kendjo, and T. Engongah-Béka, *Aspects actuels de la grossesse extra-utérine à Libreville (Gabon): à propos de 153 cas*, *Cahiers d'études et de recherches francophones*, 4 (2002), 405–408.
- [10] M. Nayama, A. Gallais, N. Ousmane, N. Idi, A. Tahirou, M. Garba, 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*, *Gynecol Obstet Fertil*, 34 (2006), 14–18.
- [11] J. Nizard, *Grossesse extra-utérine*. Disponible au: <http://www.laconferencehippocrate.com/>, 2005.
- [12] M. Rafia, *Prise en charge de la grossesse extra-utérine au service de gynéco-obstétrique "B" (A propos de 86 cas)*, thèse, Université Hassan II, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Casablanca, 2006.
- [13] J. B. Sindayirwanya, M. G. Harakeye, G. Ninteretse, and T. H. Rufyikiri, *Aspects particuliers des grossesses extra-utérines au Burundi: à propos de 249 cas*, *Med Afr Noire*, 38 (1991), 335–341.
- [14] P. Thonneau, Y. Hijazi, N. Goyaux, T. Calvez, and N. Keita, *Ectopic pregnancy in Conakry Guinea*, *Bull World Health Organ*, 80 (2002), 365–370.
- [15] T. S. Tumenta, *Clinical and therapeutic aspects of ectopic pregnancy in Yaounde*, thèse, Faculte de Medecine et des Sciences Biomedicales, 2006.
- [16] V. Vequeau-Goua and F. Pierre, *La grossesse extra-utérine*, *Impact internat*, (1999), 201–206.