

Case report/Cas clinique

## Manœuvre Abortive sur Grossesse Extra-Uterine Meconnue : A Propos d'un Cas

Belley Priso E<sup>1,2</sup>, Nana Njamen T<sup>1</sup>, Nguemgne C<sup>3</sup>, Egbe Obenchemti T<sup>1</sup>, Mouné A<sup>4</sup>

- (1) Service de Gynécologie-Obstétrique Hôpital Général de Douala
- (2) Département de Gynécologie-Obstétrique FMSB Yaoundé
- (3) Service d'Imagerie Médicale HGD
- (4) Service d'Anatomopathologie HGD

### RESUME :

Les auteurs rapportent un cas de manœuvre abortive sur une grossesse extra-utérine (GEU) méconnue. Leur but est d'insister sur la rigueur à avoir dans la démarche diagnostique, clinique et paraclinique ( $\beta$ -hCG plasmatique, échographie, coelioscopie) auprès des professionnels de santé, mais bien plus, de sensibiliser à large échelle sur tout élément de surveillance post-abortum pouvant justifier un transfert auprès d'une formation sanitaire mieux équipée pour une meilleure prise en charge

**Mots clés :** *Avortement provoqué, Grossesse extra-utérine.*

### SUMMARY:

The authors report a case of abortion maneuver on an unknown ectopic pregnancy.

The goal is to emphasize the importance of proper management (plasma  $\beta$ -hCG assay, sonography, laparoscopy) by health personnel, and to raise awareness on post-abortum monitoring for early referral of patients to well equipped centers for better management.

**Keys words:** Induced abortion, ectopic pregnancy.

### Correspondance et tiré à part :

Dr Eugène Belley Priso

Service de Gynécologie Obstétrique Hôpital Général de Douala, Cameroun

Emails: [robelsogene@yahoo.fr](mailto:robelsogene@yahoo.fr)

[mzambou@yahoo.fr](mailto:mzambou@yahoo.fr)

### INTRODUCTION

La grossesse extra-utérine est l'une des causes de mortalité maternelle au Cameroun [1].

Dans un contexte où l'insuffisance et l'indisponibilité des moyens diagnostiques sont réels, doublées d'une clandestinité des gestes abortifs récurrente, nous souhaitons à travers ce cas clinique, contribuer à la prévention de l'une des complications des avortements provoqués qui doit être bien plus fréquente dans nos contrées que les données de la littérature ne le font croire.

Au-delà de la rigueur dans la démarche clinique et thérapeutique que doivent avoir les professionnels de la santé concernés, la vulgarisation des éléments de surveillance post-abortum permettant d'apprécier l'indication d'un transfert nous semble indispensable dans un environnement où les auteurs de ces avortements n'ont pas toujours les capacités requises

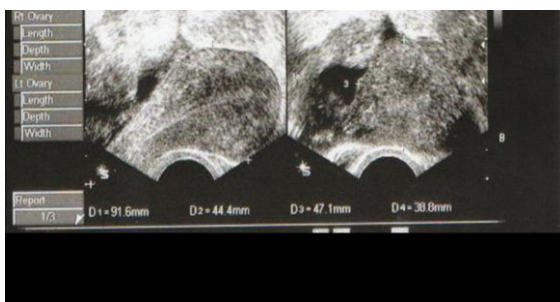
### CAS CLINIQUE

Madame LM, 31 ans, mariée, infirmière, multipare consulte le service de Gynécologie et d'Obstétrique de l'Hôpital Général de Douala au mois de septembre 2009 pour douleur à la fosse iliaque droite et métrorragie, depuis deux semaines, à la suite d'une manœuvre abortive sur une amenorrhée de sept semaines pour laquelle le seul examen paraclinique demandé avait été un dosage immunologique de l'hormone choriogonadotrophique (hCG) revenu positif.

L'examen physique montrait un bon état général, une défense à la fosse iliaque droite et une métrorragie de faible abondance sans lésion cervicale. A L'échographie endovaginale on trouve une masse annexielle droite hétérogène (Figure 1).



Une coelioscopie pratiquée en urgence montre un volumineux hématosalpinx droit (60mm× 40mm) fissuré et encastré dans le cul de sac de Douglas par des adhérences tubo-ovaro-péritonéales a et b selon la classification de la société Américaine d'Infertilité [2], ce qui oblige à une laparotomie de conversion au cours de laquelle une adhésiolyse complète et une salpingectomie totale sont pratiquées.



L'annexe controlatérale présente quelques adhérences vélamenteuses tubo-ovariennes qui sont extirpées. La pièce opératoire est envoyée en anatomopathologie où la confirmation de grossesse extra-utérine tubaire est faite. Les suites opératoires ont été bonnes.

## DISCUSSION

En terme de type de complication la littérature ne décrit pas des cas de morbidité voire de mortalité maternelle à la suite de manœuvre abortive sur une grossesse extra-utérine méconnue dans notre environnement [3,4,5,6,7,8,9]. Cependant, compte tenu de l'insuffisance des moyens diagnostiques fiables, il s'agit d'une complication probablement bien plus fréquente surtout dans un contexte où les avortements clandestins sont nombreux. La certitude d'une grossesse intra-utérine repose sur le couple échographie- $\beta$ -hCG plasmatique. Au plan échographique, il est important de faire le diagnostic différentiel entre un moule de caduque (image de pseudo-sac gestationnel) et un vrai sac gestationnel intra-utérin en cas de  $\beta$ -hCG positif. Ce

risque d'erreur doit pousser tout opérateur en cas d'IVG à s'intéresser particulièrement à l'aspect macroscopique des débris ovulaires qui doivent être systématiquement envoyés en anatomopathologie. Cette démarche n'est malheureusement pas fréquente y compris chez les professionnels de santé.

En effet les complications des avortements provoqués demeurent une préoccupation d'actualité en Afrique au sud du Sahara et au Cameroun où très souvent les auteurs n'ont pas le niveau de compétence requis, ou alors sont en manque de renforcement de capacité :

Thonneau et col [10] montrent sur une étude à Abidjan que les auteurs des avortements provoqués compliqués ne sont pas des professionnels de la santé dans 60% de cas, et le personnel de santé dans 40% de cas. Sur une série de 87 cas de complications des avortements provoqués à la maternité principale de Yaoundé, Nkwabong [3] montre que les auteurs sont : dans 40,2% (35 cas) les infirmiers, dans 10,4% (9 cas) les médecins, dans 1,2% (1 cas) un étudiant en médecine et dans 41,3 % (36 cas) des personnes ni du corps médical, ni du corps paramédical. Ces chiffres témoignent la responsabilité du personnel de santé, et des personnes n'appartenant ni au corps médical, voire paramédical dans la survenue des complications des avortements provoqués; dans notre cas l'auteur est un infirmier.

Pour réduire la fréquence des erreurs diagnostiques, les formations post-universitaires, l'utilisation de l'échographie endovaginale et le recours rapide au dosage de la  $\beta$ hCG s'avèrent indispensables [11]. Cela permet un diagnostic précoce de GEU, augmentant ainsi les chances d'un traitement médical ou coeliochirurgical avec un avantage indéniable en terme de fertilité ultérieure [12,13,14].

## CONCLUSION

Les complications des avortements provoqués constituent un véritable problème de santé publique dans nos régions. Au Cameroun, les auteurs ne sont pas des professionnels de santé dans plus de 40% des cas. Nous recommandons dans le cadre d'une prévention certes multidimensionnelle, d'insister particulièrement sur le renforcement des connaissances et des capacités auprès des professionnels de santé, et la vulgarisation des paramètres de surveillance post-abortum, sur la base desquels devraient être opérés des transferts vers des formations sanitaires plus aptes à assurer une meilleure prise en charge tout en reconnaissant le rôle limitant de la clandestinité.

## REFERENCES

- 1- Enquête Démographique et de Santé du Cameroun 2004.
- 2- American Fertility Society. The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Müllerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil Steril* 49:944-955, 1988.
- 3- Nkwabong E. Complications des interruptions volontaires de grossesse à l'Hôpital Central de Yaoundé. Mémoire d'obtention du diplôme de spécialiste en Gynécologie-obstétrique. Faculté de Médecine et de Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I; 1999.
- 4- Nana PN, Fomulu JN, Mbu RE, Ako SN, Leke RJI. A four- year retrospective review of postabortal surgical complications at the Central maternity Yaounde, Cameroon. *Clin Mother Child Health* 2(2): 359-363, 2005.
- 5- Nji-Ako S, Mbu RE, Nana PN, Tonye R, Eteki N, Leke RJI. Complications of first and second trimester pregnancy among adolescents admitted in the maternity of Yaounde Central Hospital, Cameroon. *Health Sciences and disease* 2: 12-15, 2002.
- 6- Leke RJI, Awah PK, Forgewei G, Amin Martin E. Complications of abortion and post abortal care in rural district hospitals in the Centre and South provinces of Cameroon. *Health Sciences and disease* 2: 33-37, 2000.
- 7- Leke RJI. Outcome of unwanted pregnancy in the central maternity , Central Hospital Yaounde. *Ann Univ Sc Santé* 4 (1 ): 332-330, 1987.
- 8- Leke RJI. Commentary on unwanted pregnancy and abortion complications in Cameroon. *Int J Gynecol Obstet suppl* 3: 33-35, 1989.
- 9- Kouam L, Kamdom-Moyo J, Ngassa P, Doh AS, Salihu M. Management of ectopic pregnancy by laparotomy and subsequent fertility. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 18 (2):169-170, 1998.
- 10- Thonneau P, Matsuda T, Goyaux N, Djauhan Y, Yace-Soumah F, Wellfens C. Determinants of maternal deaths in induced abortion complications in Ivory Coast. *Contraception* 60 : 107-109, 1999.
- 11- Bamouni YA, Cissé R, Kaboré A, Lougue/Sorgho LC. Valeur de l'échographie sus-pubienne dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine au CHUYO de OUAGADOUGOU. *J Afr Imag Med* 2(4) :241-148), ???
- 12- Darai E, Sitbon D, Benifla JL, Sebban E, Renoleau C, Madelenat P. Indications actuelles du traitement médical de la grossesse extra-utérine. *Rev Fr Gynecol Obstét* 90(12) : 552-557, 1995.
- 13- Pouly JL, Chapron C, Manhès H, Canis M, Wattiez A, Bruhat MA. Multifactorial analysis of fertility after conservative laparoscopic treatment of ectopic pregnancy in a series of 223 patients. *Fertil Steril* 56: 453-60, 1991.
- 14- Mboudou E, Ndoumba A, Foumane P, Ze Minkande J, Belley Priso E, Nnang GM et al. Traitement médical de la grossesse extra-utérine par utilisation de methotrexate intra-musculaire en milieu Africain. *J Afr Imag Méd* 2(4):234-240, 2007.