



Article Original

Prise en Charge de la Grossesse Extra-Utérine au CHU Mère et Enfant Fondation Jeanne Ebori de Libreville

Management of ectopic pregnancy at the Centre Hospitalier Universitaire Mère et Enfant Fondation Jeanne Ebori of Libreville

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

RÉSUMÉ

Objectifs. Évaluer la fréquence de la grossesse extra utérine (GEU) et déterminer les aspects diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques de la GEU dans notre milieu. **Patientes et méthodes.** Il s'agit d'une étude transversale rétrospective, descriptive de tous les cas de GEU reçus du 1^{er} Janvier 2019 au 31 Juillet 2020 dans le service de gynécologie du pôle mère du Centre Hospitalier Universitaire Mère Enfant Fondation Jeanne Ebori de Libreville (CHUMEFJE). **Résultats.** Au cours de cette période, nous avons recensé 110 cas de GEU sur 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. Les antécédents gynécologiques ont retrouvé une infection génitale haute à Chlamydia trachomatis chez 55 (50%) patientes, suivie de 38 (34,5%) cas d'avortements. Le motif de consultation retrouvait la triade aménorrhée, métrorragies et algies pelviennes respectivement chez 109 (99%), 69 (62,2%) et 58 (52,7%) patientes. La GEU était de localisation tubaire chez toutes les patientes et 61 (55,4%) étaient de siège ampullaire. La prise en charge a été chirurgicale chez 102 patientes (92,7%). Une laparotomie a été pratiquée chez 80 (78,4%) patientes versus 22 (21,6%) coelioscopies. Quarante-vingt et cinq femmes (83,3%) ont bénéficié d'un traitement radical. Nous n'avons noté aucun cas d'infection post-opératoire ni de décès maternel. **Conclusion.** La GEU est une pathologie fréquente dans notre pratique. Son diagnostic se fait au stade de rupture. Sa prise en charge reste chirurgicale.

ABSTRACT

Objectives. To assess the frequency of ectopic pregnancy (EP) and describe its diagnostic, therapeutic and prognostic features of EUP in our setting. **Patients and Methods.** This was a retrospective, descriptive cross-sectional study of all cases of EP received from January 1, 2019 to July 31, 2020 in the gynecology department of the mother unit of the University Hospital Mother Child Foundation Jeanne Ebori of Libreville (CHUMEFJE). **Results.** During this period, we recorded 110 cases of EP out of a total of 8488 deliveries, i.e. a prevalence of 1.3%. The average age of the patients was 31.8 years with extremes of 19 and 42 years, and a peak of frequency between 30 and 35 years. The gynecological history revealed upper genital infection with Chlamydia trachomatis in 55 (50%) patients, followed by 38 (34.5%) cases of abortion. The reason for consultation was amenorrhoea, metrorrhagia and pelvic pain in 109 (99%), 69 (62.2%) and 58 (52.7%) patients respectively. The EP was tubal in all patients and 61 (55.4%) were ampullary. Management was surgical in 102 patients (92.7%). Laparotomy was performed in 80 (78.4%) patients versus 22 (21.6%) laparoscopies. Eighty-five women (83.3%) underwent radical treatment. There was no case of postoperative infection or maternal death. **Conclusion.** EP is a frequent pathology. It is diagnosed at the stage of rupture. Its management is largely surgical.

¹. Pôle mère du Centre Hospitalier Universitaire Mère et Enfant Fondation

Auteur correspondant :

Dr Assoumou Obiang Pamphile
BP 1421 Libreville-Gabon
Mail : assoumobiang@yahoo.fr

Mots-clés : GEU- Diagnostic tardif- traitement chirurgical
Keywords: EP - late diagnosis - surgical treatment

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, la septicémie

puerpérale, un accès accru à des installations de diagnostic améliorées et de technologies de procréation assistée [2, 3,4]. 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 ultérieur [1,4]. L'objectif de ce travail était d'évaluer la fréquence de la GEU dans le service, de déterminer les aspects épidémiologiques, diagnostics, thérapeutiques et évolutifs de la GEU au CHUMEFJE de Libreville.

PATIENTES ET MÉTHODES

Il s'est agi d'une étude transversale 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 de l'étude, toutes les patientes admises dans le service pour une GEU confirmée. Les variables étudiées étaient constituées par les données épidémiologiques (l'âge, le statut matrimonial, la catégorie socioprofessionnelle, 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.

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. Le statut de célibataire a été retrouvé chez 55 (50%) femmes. Toutes les catégories socioprofessionnelles étaient concernées. Nous avons trouvé comme antécédents gynécologiques une infection génitale haute à Chlamydia trachomatis chez 55 (50%) patientes, suivi des avortements (provoqués et spontanés) avec 38 (34,5%) cas. Comme motif de consultation, nous avons retrouvé la triade aménorrhée, métrorragies et algies pelviennes respectivement chez 109 (99%), 69 (62,2%) et 58 (52,7%) patientes. Onze (10%) femmes ont consulté pour lipothymie voire syncope. Le dosage des beta HCG et l'échographie sus pubienne ou endovaginale ont permis de conforter le diagnostic de la GEU chez 109 (99%) patientes. La GEU était de localisation tubaire chez toutes les patientes parmi lesquelles 61 (55,4%) étaient de siège ampullaire. La GEU était rompue chez 77 (70%) patientes. La prise en charge a été chirurgicale chez 102 (92,7%) patientes. sept (6,2%) patientes ont bénéficié d'un traitement médical à base de Méthotrexate, et 1 (0,9%) d'une abstention thérapeutique. Une laparotomie a été pratiquée chez 80 (78,4%) patientes versus 22 (21,6%) cœlioscopies. Quatre-vingt et cinq femmes (83,3%) ont bénéficié d'un traitement radical, notamment la salpingectomie. Dix-sept (16,7%) patientes ont bénéficié d'un traitement conservateur, soit par salpingotomie avec aspiration du trophoblaste par cœlioscopie, ou par traitement médical à base de Méthotrexate. Les suites opératoires ont été simples dans 79 (71,8%) cas. Trente et une (28,2%) patientes ont

présenté une anémie lors du bilan préopératoire nécessitant une transfusion de culot érythrocytaire iso groupe iso rhésus avant et après l'intervention chirurgicale. Nous n'avons noté aucun cas d'infection post-opératoire ni de décès maternel. 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. Le suivi chez les patientes ayant bénéficié d'une prise en charge médicale consistait en la surveillance de la cinétique du taux de bêta HCG dont la négativation a été obtenue au bout de 26 jours en moyenne.

Tableau 1: 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
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

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. La GEU demeure une affection fréquente dans nos services de Gynécologie. Nous avons trouvé une prévalence de 1,3%, inférieure à celle trouvée par Meye et al (2,5%) à la Maternité Joséphine Bongo de Libreville en 2003 [5], et à celles trouvées par certaines séries africaines [6, 7,8]. Cette tendance à la réduction pourrait être expliquée par la connaissance des facteurs de risque de cette pathologie, à l'origine de l'élaboration de meilleures politiques de prévention de la GEU, et de l'amélioration de la prise en charge des facteurs de risque liés à cette pathologie. 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 est retrouvée dans plusieurs études Africaines [4, 9, 10, 11]. Il s'agit de la période de forte activité génitale, source d'infections sexuellement transmissibles (IST) et d'interruption volontaire de grossesse (IVG) qui font le lit de la GEU. Les facteurs de risque les plus incriminés étaient la salpingite chronique à Chlamydia trachomatis (48,2%), et la chirurgie abdomino-pelvienne (15,4%). Ces résultats sont superposables à ceux rapportés par Balde et al, qui ont trouvé l'infection à chlamydia trachomatis dans 57,6% des cas [4]. De même, Diallo et al rapportent un taux de 51,5 % [12]. Les IST et la chirurgie abdomino-pelvienne sont sources d'inflammation chronique du pelvis et d'adhérences pelviennes, facteurs d'altération des trompes. Le motif de consultation le plus retrouvé était l'aménorrhée secondaire, suivi des métrorragies, et les algies pelviennes. Ces résultats sont similaires à ceux rapportés par d'auteurs africains [4, 9, 10]. Ces données 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%. 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 serait 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 les pays en développement vont d'abord consulter dans des officines, ou des centres de santé périphériques, ce qui entraîne un retard tant diagnostique que thérapeutique [3]. Le dosage des beta HCG et 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 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 sont similaires à ceux retrouvés dans la littérature [2, 4,

17, 18]. La prise en charge thérapeutique de la GEU a été chirurgicale dans 93% des cas, et médicale chez 7 (6,7%). Ces résultats concordent avec plusieurs séries Africaines [2, 4, 7, 19]. Par contre elles sont 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 à un stade précoce, permettant de faire un traitement préférentiellement médical par méthotrexate [2, 21]. Ce traitement tant à devenir une alternative au traitement chirurgical [2, 21]. En plus, des études ont montré qu'il est moins coûteux et ne semble pas altérer la fertilité [21]. À 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. Ce retard diagnostique contre-indique une prise en charge médicale malgré la disponibilité du Méthotrexate dans nos officines. Aussi, il peut expliquer pourquoi la majorité de nos patientes a bénéficié d'un traitement radical (83,3%) versus 16,7% du traitement conservateur. Ceci concorde avec d'autres séries Africaines [2, 4, 6, 19]. 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]. Cette étude rétrospective chez les patientes présentant des GEU déjà rompues a comparé 2 groupes de patientes, en fonction de la mortalité, du statut hémodynamique et des besoins transfusionnels. Un groupe a été traité par laparotomie et l'autre par coelioscopie. Ce travail, fait sur les GEU rompues, révèle l'expérience de cette équipe dans la prise charge des GEU par coelioscopie, une prise en charge pluridisciplinaire [22]. La seule complication retrouvée au cours de notre étude était l'anémie pour laquelle 28,2% de nos patientes ont bénéficié d'une transfusion iso groupe iso rhésus. Nous n'avons enregistré aucun décès. 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.

CONCLUSION

Nous avons trouvé une prévalence de la GEU de 1,3%, touchant majoritairement les patientes entre 20 et 35 ans. Les antécédents gynécologiques sont dominés par l'infection génitale haute à chlamydiae trachomatis. Le diagnostic de la GEU s'est fait majoritairement au stade de rupture, justifiant la laparotomie comme voie d'abord privilégiée. La salpingectomie était la technique chirurgicale la plus utilisée. Cependant, si le pronostic vital de ces patientes était favorable dans notre structure

médicale, leur fertilité reste à évaluer. 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 Gynecol 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 Obstrétrique 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 Gènevoise 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 : coeliochirurgie versus laparotomie. *The Journ of Med and Healt Sc* 2020 ; 21 :6