

TRAITEMENT COELIOSCOPIQUE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE EN MILIEU AFRICAIN : EXPERIENCE DE L' HOPITAL GENERAL DE DOUALA

Belley Priso E^{1,2}, Nana Njamèn T¹, Egbe Obençenti T¹, Mboudou E², Doh AS²

- 1) Service de Gynécologie-Obstétrique (Hôpital Général de Douala)
- 2) Département de Gynécologie-Obstétrique (Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales UY1)

Correspondance et tirés à part

Docteur Belley Priso Eugène

BP 4856 Douala

Tél. : 00237 33 37 02 50 33 37 02 52

Fax : 00 237 33 37 01 46

E-mails : robelsogene@yahoo.fr mzambou@yahoo.fr

ABSTRACT:

Objective: To evaluate the feasibility and the place of laparoscopic treatment of ectopic pregnancies in the Cameroonian women.

Patients and Method: This prospective study was carried out at the service of Obstetrics an Gynaecology Service of the Douala General Hospital, from January 2004 to December 2008.

Results: Thirty three patients were recruited. The mean age was 28 years (SD = 7 years; range 20 – 42 years). The procedure was carried out by laparoscopy in 30 cases (90.91%), while emergency laparotomy was necessary in 3 cases (9.09%). Only 2 patients (6.06%) underwent laparoscopic conservative management.

Conclusion: Laparoscopic treatment of ectopic pregnancy is feasible and useful in our milieu. Mastering this technique will contribute to better management of ectopic pregnancy in our milieu; adhesiolysis, neostomies, fimbrioplasties, an accurate prognosis of the future fertility will be done. Sensitization of patients for early consultation coupled with endovaginal sonography will increase the practice of laparoscopic conservative management.

Keywords: Laparoscopy, ectopic pregnancy

RESUME:

Objectif : Etudier la faisabilité et l'intérêt du traitement coelioscopique des grossesses extra-utérines (GEU) chez la femme Camerounaise.

Patientes et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective qui s'est déroulée dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique de l'Hôpital Général de Douala, de janvier 2004 à décembre 2008.

Résultats : Nous avons recruté pendant la période d'étude 33 patientes dont la moyenne d'âge était de 28 ans (SD= 7 ans ; extrêmes : 20 – 42 ans). Chez 30 patientes (90,91%) l'intervention avait été menée à terme par voie coelioscopique alors que chez 3 patientes (9,09%) nous avons effectué des laparotomies de conversion. Seuls 2 patientes (6,06%) avaient bénéficié d'un traitement coelioscopique conservateur.

Conclusion : Le traitement coelioscopique des grossesses extra-utérines est faisable et utile dans notre environnement : il offre l'opportunité d'une prise en charge globale dans le même temps opératoire en termes d'éventuelles adhésiolyses, néostomies, fimbrioplasties et surtout de pronostic de fertilité ultérieure. La sensibilisation des patientes pour des consultations précoces couplées à l'échographie endovaginale contribueront à augmenter la pratique du traitement coelioscopique conservateur.

Mots clés : Grossesse extra-utérine ; coeliochirurgie .

INTRODUCTION :

Depuis les premiers cas de GEU traités par coeliochirurgie par Bruhat et col [1] , plusieurs équipes ont rapporté leurs expériences qui démontrent de façon unanime le bénéfice de cette technique sur la laparotomie [2]. Dans le contexte qui est le nôtre avec une prévalence de 1,3% pour la GEU, où les infections sexuellement transmises et l'infertilité sont des problèmes de santé publique [3,4], il était intéressant de partager notre expérience sur le traitement chirurgical de la GEU en termes de faisabilité et d'intérêt de la technique chez la femme Camerounaise.

PATIENTES ET METHODES :

Il s'agit d'une étude prospective qui s'est déroulée à l'Hôpital Général de Douala de janvier 2004 à décembre 2008. Elle portait sur 33 patientes. Elles avaient toutes donné leur consentement éclairé, et étaient toutes avisées de la possibilité d'une laparotomie de conversion. Les variables pris en compte étaient essentiellement : l'âge, la parité, les antécédents chirurgicaux, les antécédents de maladie inflammatoire pelvienne à *Chlamydia trachomatis* (Taux sérique d'IgG \geq 128), les antécédents d'avortement provoqué, les troupilles opératoires, la confirmation biologique (β HCG plasmatique $>$ 10 UI) et anatomopathologique de la grossesse extra-utérine. Etaient exclues : les patientes avec un antécédent d'au moins 2 laparotomies, et celles ayant un mauvais état hémodynamique. La chirurgie conservatrice consistait en une salpingostomie linéaire sur le bord antimésial de la trompe. En revanche la chirurgie radicale consistait en une salpingectomie rétrograde voire antérograde [2]. Pour chaque patiente la durée opératoire était calculée depuis l'insufflation jusqu'à la suture des points cutanés. Les pertes sanguines étaient évaluées par la chute du taux d'hémoglobine apprécié à la 48^{ième} heure post-opératoire. Le nombre de jours d'hospitalisation était pris en compte.

RESULTATS :

Nous avons recruté pendant la période d'étude 33 patientes dont la moyenne d'âge était de 28 ans (SD = 7 ans ; extrêmes : 20 – 42 ans), constituées de 19 cas (57,58 %) de paucipares, 10 cas (30,30 %) de nullipares et 4 cas de multipares (12,12 %). Les antécédents étaient essentiellement marqués par les maladies inflammatoires pelviennes à *Chlamydia*, 25 cas (76, 76 %) ; les avortements provoqués, 17 cas (51,52 %) ; les tuboplasties, 6 cas (18,18 %) et les grossesses extra-utérines , 6 cas (18,18 %). Les localisations de l'ectopique étaient ampullaire chez 26 cas (78,79 %) ; isthmique chez 5 cas (15,15 %) ; cornuale chez un

cas (3,03 %) et abdominale (cul de sac du douglas) chez un cas (3,03 %). Le traitement radical avait été effectué chez 31 patientes (93,94%). Seuls 2 patientes (6,06%) avaient bénéficié d'un traitement conservateur. Une laparoconversion s'était imposée chez 3 patientes (2 cas pour difficultés d'hémostase en raison de volumineux hématosalpinx adhérents et 1 cas de grossesse cornuale). En raison des adhérences annexielles (76,76 %), Phymosis (18,18 %) et hydrosalpinx (15,15 %) observés (Tableau I), nous avons dans le même temps opératoire pratiqué des adhésiolyse, fimbrioplasties et des néostomies.

Tableau I : Trouvilles opératoires

Pathologies observées	Nombre de cas	(%)
A-Séquences de maladie Inflammatoire pelvienne	25	76,76
Annexe controlatérale à la GEU :		
- Adhérences	6	18,18
- Phymosis tubaire	6	18,18
- Hydrosalpinx	5	15,15
Annexe homolatérale à la GEU :		
- Adhérences annexielles	12	36,36
Annexes bilatérales		
- Adhérences annexielles	7	21,21
B- Pas de pathologie observée	8	24,24

Dans $\frac{3}{4}$ de cas les GEU surviennent dans un contexte de maladie inflammatoire pelvienne chronique avec pour séquelles les adhérences annexielles, les phymosis tubaires et les hydrosalpinx.

Tableau II : Suites opératoires

Suites opératoires	Nombre	%
Durée d'hospitalisation par patiente :		
-2 jours		
-4 jours	30	90,91
	3*	9,09
Suites simples	23	69,7
Suites compliquées :		
-Anémie légère/modérée	7	21,21
- Anémie sévère	0	0
-Fièvre	0	0

*Laparoconversion

Nous n'avons observé aucune complication majeure. La durée d'hospitalisation était de 2 jours chez toutes les patientes dont l'intervention a été menée à terme par coelioscopie ; elle était de 4 jours pour tous les cas de laparoconversion (Tableau II).

DISCUSSION :

Les résultats de cette série montrent un taux de succès de 90,91%. L'analyse portant sur les trouvailles opératoires, les durées opératoires et d'hospitalisation, les suites opératoires et l'intérêt du traitement coelioscopique des GEU dans notre contexte est la suivante.

Les trouvailles opératoires :

Ce sont essentiellement les adhérences annexielles, séquelles infectieuses et inflammatoires des infections tubaires ; Elles sont responsables des grossesses extra-utérines par ralentissement du transit tubaire de l'œuf : elles forment des ponts dans la lumière des trompes, coudent les trompes, agglutinent les franges du pavillon et encapsulent les ovaires. En fonction de la sévérité de l'infection il peut se produire une fibrose de la paroi tubaire, voire une décollation de la muqueuse tubaire [11,12, 13] .

La durée opératoire :

La durée moyenne de l'intervention était de 50 min (SD=10 min) [35min – 80 min]. Cette durée opératoire reste encore longue et s'explique par : l'hématosalpinx qui dans 40 % de cas était très volumineux (≥ 50 mm), justifiant une hémostase laborieuse ; l'usure des aspirateurs ; les adhérences annexielles ; le temps additionnel mis pour le lavage abdominal. A défaut du sac endoscopique nous extrirons la pièce opératoire à travers un trocart pelvien de 10 mm, avec un risque élevé de dilacération dans notre série en raison de volumineux hématosalpinx.

Les suites opératoires :

L'anémie légère ou modérée chez 7 cas : elle concernait les 3 cas de laparoconversion et 4 patientes dont l'hémopéritoine en début d'intervention était compris entre 200 cc et 300 cc. Cette observation montre comme la littérature que le traitement coelioscopique des GEU n'est pas pourvoyeur de pertes sanguines significatives [7,8]. Nous n'avons observé aucun cas d'échec par persistance du trophoblaste. Cela peut s'expliquer par le faible taux de traitement conservateur dans notre série. Ce taux est variable selon les études de 5 à 29% [5,6].

La durée d'hospitalisation :

En réalité toutes les 30 patientes (90,91%) dont le traitement coelioscopique avait été mené à terme auraient pu sortir après un jour d'hospitalisation, puisqu'elles n'éprouvaient aucun malaise particulier en dehors d'une asthénie modérée chez celles qui étaient anémiées. Mais par prudence du fait des difficultés de communication et de l'éloignement de leurs domiciles, l'hospitalisation a été prolongée de 24 heures. Les durées d'hospitalisation sont comprises entre 1 et 1,5 jours dans les séries de Murphy et de Vermesh [7,8] ; elle est de 2,2 jours (SD=1 jour) dans la série de Lundorf et col. [9] .



Figure I : Cas d'une grossesse ampullaire droite de 9 semaines rompue avec un épanchement du douglas

CONCLUSION :

Le traitement coelioscopique des GEU est faisable et utile dans notre environnement où elles surviennent dans $\frac{3}{4}$ des cas dans un contexte d'adhérences annexielles, voire de séquelles annexielles de maladie inflammatoire pelvienne. En effet cette technique offre l'opportunité d'une prise en charge globale dans le même temps opératoire en terme d'éventuelles adhésiolyse, néostomies, fimbrioplasties et surtout de pronostic de fertilité ultérieure[10]. En raison du taux élevé du traitement radical que nous avons pratiqué (93,94%), une sensibilisation des patientes pour des consultations précoces en cas d'aménorrhée et des praticiens sur l'intérêt de l'échographie pelvienne endovaginale, est indispensable afin de favoriser un diagnostic précoce et donc un traitement conservateur. Une équipe locale chargée de la maintenance préventive et curative permettra de garantir l'efficacité maximale et permanente du matériel et par conséquent de réduire la durée opératoire.

REFERENCES:

- 1-Bruhat MA, Manhes H, Mage G and Pouly JL. Treatment of ectopic pregnancy by means of laparoscopy. *Fertility and Sterility* 33:411-414. 1980;
- 2-Orari G, Cosson M. Traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 32(suppl au n° 7) : 3S75-3S82. 2003 ;
- 3-Kouam L, Kamdom-Moyo J, Ngassa P, Doh AS and Salihu HM. Management of ectopic pregnancy by laparotomy and subsequent fertility. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 18 (2): 169-170. 1998;
- 4-Enquête Démographique et Santé du Cameroun 2004.
- 5- Hoppe DE, Bekkar BE , Nager CW. Single dose systemic methotrexate for the treatment of persistent ectopic pregnancy after conservative surgery. *Obstet Gynecol* 83: 51- 4. 1994;
- 6- Hagstrom HG, Hahlin M, Bennegard-Eden B, Sjoblom P, Thorburn J, Lindblom B. Prediction of persistent ectopic pregnancy after laparoscopic salpingostomy. *Obstet Gynecol* 84: 798-802. 1994;
- 7-Murphy AA, Nageri CW, Wujek JJ, Kettel MM, Torp VA, Chin HG. Operative laparoscopy versus laparotomy for the management of ectopic pregnancy: a prospective trial. *Fertil Steril* 57: 1180-5. 1992;
- 8-Vermesh M, Silva PD, Rosen GF, Stein AL, Fossom GT, Sauer MV. Management of unruptured ectopic gestation by linear Salpingotomy: A prospective randomized Clinical trial of laparoscopy versus laparotomy. *Obstet Gynecol* 73: 400-4. 1989;
- 9-Lundorff P, Thorburn J, Hahlin M, Kalifelt B, Lindblom B. Laparoscopic surgery in ectopic pregnancy: a randomized trial versus laparotomy , *Acta Obstet Gynecol Scand* 70: 343-8. 1991;
- 10-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;
- 11- Drolette CM, Badaway S.Z.A. Pathophysiology of pelvic adhesions. *J Reprod Med*, 37, 107-121. 1992,
- 12-Berger G, Westrom L. Treatment of ectopic pregnancy after pelvic inflammatory disease. (Eds) New York. Raven Press, 139-162. 1992,
- 13-Erny R, Ducassou MJ, Garcia M. Grossesses extra-utérines récidivantes. *Progrès en gynécologie grossesse extra-utérine*. Doin Editeurs-Paris 85-94. 1988 ;