

Profil échographique et épidémiologique des grossesses extra-utérines dans une banlieue d'Abidjan (Côte d'Ivoire)

Kouamé N, N'goan-Domoua AM, Méité A, Konan AN, Sétchéou A, Koné D, N'gbesso RD, Kéita AK

Service de radiologie CHU de Yopougon. Abidjan, Côte d'Ivoire

Med Trop 2011 ; 71 : 481-483

RÉSUMÉ • *Objectif.* Décrire le profil épidémiologique et échographique actuel des grossesses extra-utérines (GEU) à Abidjan. *Patients et méthodes.* Etude prospective de 24 mois (de février 2006 à janvier 2008) réalisée à la clinique médicale Nanglé située à Yopougon (quartier périphérique d'Abidjan). *Résultats.* 32 cas de GEU ont été découverts à l'échographie sus pubienne et/ou endovaginale. La fréquence de la GEU était estimée à 1,7 %. L'âge moyen des patientes était de 26,2 ans. Les antécédents personnels étaient dominés par les avortements non médicalisés (32 %) et les infections annexielles (20 %). La majorité (52,5 %) des patientes était nullipare et les demandes d'échographies étaient motivées pour la plupart (46,8 %) par des métrorragies. La GEU a été diagnostiquée au stade rompu dans 65,6 % et au stade non rompu dans 34,4 %. Les lésions élémentaires retrouvées étaient l'hématosalpinx dans 40,6 % et le sac gestationnel ectopique embryonné dans 31,3 % des cas. 65,6 % de salpingectomie et 34,4 % de salpingorraphie ont été effectuées avec succès. *Conclusion.* A Abidjan, la GEU intéresse une population très jeune, nullipare avec des antécédents d'IVG et d'infections annexielles. L'échographie a permis le diagnostic précoce de 34,4 % de cas, avec pour corollaire, la conservation de la trompe des patientes concernées.

MOTS-CLÉS • Grossesse extra-utérine. Echographie. Côte d'Ivoire.

ULTRASOUND AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF ECTOPIC PREGNANCY IN A SUBURB OF ABIDJAN (COTE D'IVOIRE)

ABSTRACT • *Objective.* The aim of our study was to describe current ultrasound and epidemiological features of ectopic pregnancy in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Patients and methods.* This prospective study was carried out over a 24-month period (February 2006 to January 2008) at Nanglé Medical Clinic, i.e., a private clinic located in Abidjan's Yopougon suburb. *Results.* A total of 32 cases of ectopic pregnancy were discovered by suprapubic and/or endovaginal ultrasound scan. The estimated frequency of ectopic pregnancy was 1.7%. Mean patient age was 26.2 years. The main risk factors were prior history of abortion (32%) and adnexal infection (20%). Most patients (52.5%) were nulliparous. The most frequent indication for ultrasound scan was metrorrhagia. Diagnosis of ectopic pregnancy was made at the ruptured stage in 65.6% of cases and nonruptured stage in 34.4%. The presenting lesions was hematosalpinx in 40.6% of cases and embryonate ectopic gestational sac in 31.3%. Salpingectomy and salpingorrhaphy were successful in 65.6% and 34.4% of cases respectively. *Conclusion.* In Abidjan, ectopic pregnancy involves young nulliparous women with a prior history of abortion and adnexal infection. Ultrasound allowed early diagnosis and, consequently, tube preservation in 34.4% of cases.

KEY WORDS • Ectopic pregnancy. Endovaginal ultrasound scan. Cote d'Ivoire.

La grossesse extra-utérine (GEU) est une affection redoutable du fait de son caractère morbide et d'une mortalité élevée (1). Dans les pays en développement elle représenterait la première cause de mortalité maternelle au cours du premier trimestre de la grossesse (2). Elle intéresse une population de plus en plus jeune et est en augmentation constante du fait de la fréquence des infections sexuellement transmissibles (2, 3). Son diagnostic fait appel au dosage des β HCG plasmatiques, à l'échographie qui demeure la principale méthode d'imagerie (4, 5) et à la coelioscopie. A l'heure actuelle, l'échographie demeure une technique d'imagerie disponible, performante et facile à mettre en œuvre. Sa performance s'est accrue avec le couplage au mode Doppler et l'utilisation de la sonde endovaginale. Toutes ces données ont-elle contribué à améliorer le pronostic de cette affection en Afrique ? Notre étude se propose de décrire le profil épidémiologique et échographique actuel des grossesses extra-utérines dans une banlieue d'Abidjan (Yopougon).

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective de 24 mois (de février 2006 à janvier 2008) réalisée à la clinique médicale Nanglé située à Yopougon (quartier périphérique d'Abidjan). Chaque patiente présentant une GEU a subi, immédiatement après l'échographie, un interrogatoire plus détaillé concernant le motif de consultation, son âge, sa profession, son niveau scolaire et ses antécédents personnels médico-chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux. Les examens ont été effectués à l'aide d'un échographe avec doppler muni de sondes endovaginale (6,5 Mhz) et sus pubienne (3,5 Mhz). Il a consisté à rechercher la présence ou non d'un sac gestationnel intra-utérin. En cas de vacuité utérine, nous avons recherché de façon systématique un sac ectopique embryonné ou non ainsi qu'une masse pelvienne hétérogène indépendante des ovaires (hématosalpinx) et un épanchement liquidien intra-péritonéal.

• Correspondance : kngoran@yahoo.fr

• Article reçu le 28/05/2010, définitivement accepté le 06/06/2011.

Tableau 1. Répartition des patientes ayant une grossesse extra-utérine en fonction de leur classe d'âge.

Classe d'âge	20-25	26-30	31-35	6-40	Total
Effectif	15	12	4	1	32
Pourcentage	46,8	37,5	12,5	3,12	100

Tableau 2. Répartition des patientes porteuses d'une GEU en fonction de leurs antécédents

Antécédent	Effectif	Pourcentage
Avortement non médicalisé	10	32
Infection annexielle	6	20
GEU	2	4
Nulliparité	5	19
Myomatose	2	10
Autre chirurgie pelvienne	4	15
Total	32	100

La GEU intéresse une population très jeune. La classe d'âge de 20 et 25 représente près de la moitié (46,8%) de notre population.

Résultats

Trente-deux cas de grossesse extra-utérine sur 1880 échographies du 1^{er} trimestre ont été dépistées soit 1,7%. Les patientes étaient âgées de 21 à 36 ans avec un âge moyen de 26,2 ans. La classe d'âge entre 20-25 ans était prédominante (tableau 1). Sur le plan socio-professionnel la plupart de nos patientes étaient sans emploi (62,4%) ou exerçaient de petits métiers (coiffeuses, couturières). Leur niveau scolaire était moyen (prédominance du cycle primaire (82,3%) suivi du cycle secondaire). Les antécédents personnels (tableau 2) étaient dominés par les avortements non médicalisés (32%) et les infections annexielles (20%). La majorité (52,5%) des patientes était nullipare. Parmi elles, 37,5% avaient subi une intervention chirurgicale pelvienne dont 12,5% pour GEU. Les demandes d'échographies (tableau II) étaient motivées pour la plupart (46,8%) par les métrorragies et des douleurs pelviennes unilatérales (21,8%).

Au plan échographique (tableau 3), 65,6% des GEU ont été diagnostiquées au stade rompu et 34,4% au stade non rompu. Les lésions élémentaires étaient l'hématosalpinx dans 40,6%, la présence d'un sac gestationnel ectopique embryonné dans 31,3% des cas (figure 1 et d'un sac gestationnel ectopique non embryonné dans 18,7% des cas. Dans 3 cas (9,4%), aucune masse n'a été retrouvée et le diagnostic de GEU a été posé après le dosage des β HCG sanguines et confirmé à la laparotomie. La localisation des masses ou sacs ectopiques étaient du côté de la douleur et du corps jaune gravidique (87,5%). Toutes nos patientes ont subi une laparotomie avec salpingectomie (dans 65,6% des cas) et salpingorraphie (dans 34,4% des cas).

Discussion

La GEU concerne des patientes de plus en plus jeunes. L'âge moyen dans la littérature africaine (1, 2, 6) comme européenne (7) est d'environ 29 ans. Ce qui est sensiblement identique à celui de notre étude (26 ans). Sur le plan socio-professionnel la plupart de nos patientes étaient sans emploi ou exerçaient de petits métiers (coiffeuses, couturières). Leur niveau scolaire était moyen (prédominance du cycle primaire suivi du

Tableau 3. Récapitulatif des lésions élémentaires des GEU observées à l'échographie avec ou sans doppler.

	Effectif	Pourcentage
Hématosalpinx	13	40,6
Sac ectopique non embryonné	6	18,7
Sac ectopique embryonné	10	31,3
Lésion élémentaire non visualisée	3	9,4
Total	32	100

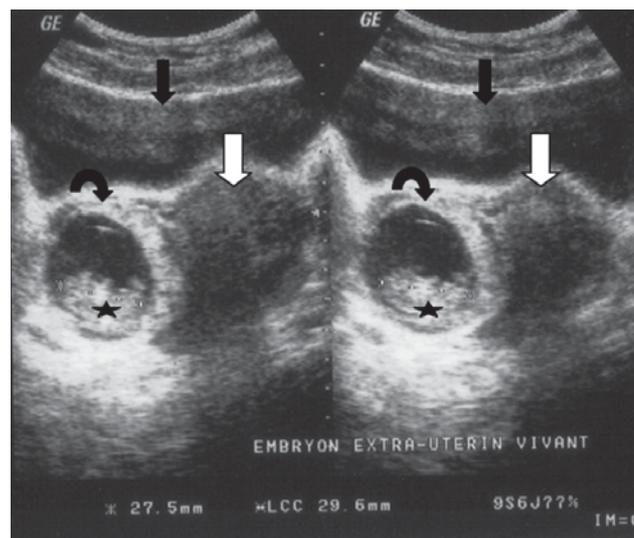


Figure 1. Echographie sus-pubienne, vessie en réplétion (flèche noire), l'utérus est vide (flèche blanche). On note un sac gestationnel latéro-utérin droit (flèche courbe) contenant un embryon vivant (étoile) de 9 SA 6 jours. Il n'y a pas d'épanchement liquidien intra-péritonéal : GEU non rompue.

cycle secondaire). Ceci peut s'expliquer par le fait que l'étude a été réalisée dans un quartier populaire. Leurs antécédents personnels étaient dominés par la nulliparité contrairement à la notion de pauci-parité rencontrées dans la littérature (1, 2, 6). Les infections sexuellement transmissibles, les inflammations pelviennes, les avortements non médicalisés suivi de la chirurgie du pelvis ont été les principaux facteurs de risques retrouvés. Ce qui est conforme aux données de la littérature africaine (1, 2, 6) mais également caucasienne (7). Alors que dans les publications africaines d'il y a 10 ans (7), le diagnostic précoce des GEU n'était fait que dans moins de 10% des cas, notre étude retrouve un taux de diagnostic de GEU au stade non rompu de 34%. Ce qui représente un net progrès diagnostique. Cette évolution est due à la vulgarisation et la performance des appareils d'échographie. Sur le plan sémiologique échographique, l'utérus était vide dans 40% des cas et il existait un pseudo-sac intra-utérin dans 60% des cas. Ardaens (5), Chechia (8) ont mis l'accent, dans leurs différentes études, sur la vacuité utérine comme l'un des signes clés de la GEU à l'échographie. Atri et al. (4) ont souligné dans leur étude, la présence de pseudo-sac. L'imprégnation hormonale utérine avec augmentation de sa taille et un aspect décidué de l'endomètre, décrits par Ardaens (5) ont été mises en évidence dans plus de 90% des cas dans notre étude. Les lésions élémentaires de la GEU étaient dominées, dans notre étude, par l'hématosalpinx. Il s'agit d'une formation échogène hétérogène latéro-utérine vascularisée indépendante des ovaires et douloureuse à l'exploration appuyée. Selon Ardaens (5), l'hématosalpinx serait une trompe dilatée par un gros caillot

et quelques débris ovulaires. Les autres lésions élémentaires représentées dans notre étude étaient le sac gestationnel ectopique non embryonné comme embryonné avec parfois des embryons vivants. Ces différentes lésions ont été décrites par Meyé (2) et Chéchia (4). Le signal doppler nous a permis de mettre en évidence des sacs ectopiques de petite taille. D'autres auteurs (4, 8, 9) ont eu des résultats similaires avec l'utilisation du Doppler couleur. L'hémopéritoine a été rencontré dans les 2/3 de nos cas. Il est décrit dans la littérature comme un épanchement liquidien intrapéritonéal finement échogène (4, 5, 8). Les patientes dont le diagnostic a été posé au stade de GEU non rompu (34,4 %) ont bénéficié d'un traitement conservateur (salpingorraphie) contrairement à celles dont la GEU a été découvert au stade rompu (65,6 %). Chez ces dernières la salpingectomie (traitement radical) a été effectuée.

Conclusion

En Côte d'Ivoire, la GEU se rencontre dans une population de plus en plus jeune, en majorité nullipare et présentant des antécédents d'infection sexuellement transmissible et d'interruption volontaire de grossesse. Dans notre étude, l'échographie a permis de découvrir 34,4 % de GEU au stade précoce avec pour corollaire un traitement conservateur de la trompe. La réduction de la mortalité et de la morbidité de cette

affection passe à notre sens par une sensibilisation de la population féminine en âge de procréer à une consultation précoce en cas d'aménorrhée et/ou de métrorragies

Références

1. Sépou A, Yanza MC, Goddot M, Ngalé R, Kouabosso A, Penguélé A *et al.* A propos de 116 cas de grossesses extra-utérines observées à Bangui (Centrafrique). *Sante* 2003 ; 13 : 29-30
2. Meyé JF, Sima-Zue A, Sima Olé B, Kendjo E, Engongah-Béka T. Aspects actuels de la grossesse extra-utérine à Libreville (Gabon) : à propos de 153 cas. *Sante* 2002 ; 12 : 405-8.
3. Naett M, Treisser A. Grossesse extra-utérine : étiologie, diagnostic, évolution, pronostic et principes du traitement. *Rev Prat* 1992 ; 42 : 97-100.
4. Chéchia A, Koubâa A, Terras K, Bahri N, Makhlof T. Diagnostic échographique des grossesses extra-utérines. A propos de 109 cas. *Tunis Med.* 2000 ; 78 : 589-94
5. Ardaens Y, Guérin B, Perrot N, Legoeff F. Apport de l'échographie dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003 ; 32 : 328-38.
6. Nayama M, Gallais A, Ousmane N, Idi N, Tahirou A, Garba M *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.* 2006 ; 34 : 14-8.
7. Bouyer J. Épidémiologie de la grossesse extra-utérine : incidence, facteurs de risque et conséquences. *J Gynecol Obst et Biol Reprod* 2003 ; 32 : 358-17.
8. Atri M, Leduc C, Gillet P, Bret PM, Reinhold C, Kintzen G *et al.* Role of endovaginal sonography in the diagnosis and management of ectopic pregnancy. *Radiographics* 1996 ; 16 : 755-74.
9. Mégier P, Desroches A. Les aspects en Doppler couleur et pulsé de la grossesse extra-utérine tubaire : étude de 100 cas. *J Radiol.* 2003 ; 84 : 1753-6.



Marché au nord du Burkina Faso (coll jj Morand).