

Prise en charge de la grossesse extra utérine à Conakry (Guinée)

Sy T¹, Diallo Y¹, Toure A², Diallo FB¹, Balde AA¹, Hyjazi Y³, Diallo MS¹

1. Service de gynécologie obstétrique, CHU Ignace Deen,

2. Service de chirurgie générale, CHU Ignace Deen,

3. Service de gynécologie obstétrique, CHU Donka,

Conakry, Guinée

Med Trop 2009 ; **69** : 565-568

RÉSUMÉ • la grossesse extra utérine (GEU) est l'une des principales urgences hémorragiques rencontrées en milieu gynéco-obstétrical. Les auteurs, dans une étude prospective, descriptive, d'une durée de 16 mois à la clinique de gynécologie obstétrique de l'Hôpital Ignace Deen du CHU de Conakry, ont ressorti la place des moyens diagnostiques et dégagé les attitudes thérapeutiques dans un contexte de travail où les ressources sont limitées. La fréquence de la GEU était de 1,4 %, la moyenne d'âge des patientes était de 28,9 ans. Dans 47,1 % des cas, la GEU survenait à la deuxième ou à la troisième grossesse, chez les femmes qui accouchaient pour la deuxième ou la troisième fois (36,0 %) avec des antécédents d'infections sexuellement transmissibles (88,2 %) ou d'avortements provoqués (43,1 %). Ces femmes étaient non scolarisées (60,8 %), issues de milieux défavorisés et vivaient dans un foyer conjugal (86,3 %). La triade aménorrhée (98,0 %), douleurs abdomino-pelviennes (92,2 %), métrorragie (62,7 %) a été la principale révélatrice de la GEU. L'échographie a été concluante dans 76,6 % des cas et la culdocentèse dans 84 %. Le siège de la GEU a été le plus souvent ampullaire (66,7 %). Nous avons noté 3 cas de grossesse abdominale et 4 cas de grossesse ovarienne sur 51 cas de GEU. Dans tous les cas la prise en charge a été chirurgicale et le geste le plus fréquent était la salpingectomie (80,3 %). La prise en charge des IST, l'instauration d'unités de soins après avortement et la sensibilisation à la consultation précoce devant les signes de grossesse contribueraient à la réduction de la fréquence de la GEU et à l'amélioration de son pronostic.

MOTS-CLÉS • Grossesse extra utérine Epidémiologie. Prise en charge. Guinée-Conakry.

MANAGEMENT OF ECTOPIC PREGNANCY IN CONAKRY, GUINEA

ABSTRACT • Ectopic pregnancy is one of the most frequent hemorrhagic emergencies encountered in gynecology and obstetrics. The purpose of this 16-month descriptive prospective study at the Ignace Deen Gynecology-Obstetric clinic at Conakry University Hospital in Guinea was to assess diagnostic techniques and therapeutic attitudes regarding ectopic pregnancy in a low-resource setting. The frequency of ectopic pregnancy was 1.4 %. Mean patient age was 28.9 years. Ectopic pregnancy was often observed at the second or third pregnancy (47.1 %) in women who were giving birth for the second or third time (36.0 %) and had a history of sexually transmitted infections (88.2 %) or abortions (43.1 %). Most women had no schooling (60.8 %), were poor and lived in a marital home (86.3 %). Presenting symptoms included the classic triad of amenorrhea (98.0 %), abdominopelvic pain (92.2 %), and vaginal bleeding (62.7 %). Definitive diagnosis was achieved by ultrasound examination in 76.6 % of cases and by puncture of the Douglas pouch in 84 %. The most frequent site of ectopic pregnancy was the ampulla of the uterine tube (66.9 %). Abdominal and ovarian pregnancy was observed in 3 and 4 of the 51 cases respectively. Surgical management was performed in all cases. The most frequent procedure was salpingectomy (80.3 %). Proper treatment of sexually transmitted infections (STI), start-up of post-abortion care facilities, and provision of information during early consultation at the first signs of pregnancy would help reduce the frequency and improve the prognosis of ectopic pregnancy.

KEY WORDS • Ectopic pregnancy. Epidemiology. Management. Guinea-Conakry.

La grossesse extra utérine (GEU) est l'une des principales urgences hémorragiques rencontrées en milieu gynéco-obstétrical. Son incidence n'a cessé de croître ces dernières années aussi bien dans les pays en développement que dans les pays technologiquement avancés (1, 2). Les conséquences de la nidation et du développement de l'œuf hors de la cavité utérine sont de trois ordres : la fissuration de l'organe site, non adapté au développement de l'œuf, entraînant une hémorragie minime et progressive, la rupture cataclysmique hémorragique, qui met en jeu le pronostic vital de la patiente, l'hypothèque de l'avenir obstétrical par les lésions tubaires secondaires à la rupture ou à la salpingectomie thérapeutique. Ceci explique la nécessité du diagnostic précoce qui permet,

d'une part une chirurgie conservatrice au niveau de la trompe pour préserver ainsi un certain capital de fertilité, d'autre part un traitement médical de la GEU qui devient de nos jours une option de plus en plus crédible (2).

Dans les pays en développement, les méthodes diagnostiques et de prise en charge restent précaires compte tenu du coût et des moyens à disposition. L'incidence de la GEU dans les pays développés est de l'ordre de 100 à 175 par an pour 100 000 femmes âgées de 15 à 44 ans, soit environ 2 GEU pour 100 naissances (3).

En Afrique, son incidence varie selon les pays : 2 % en 1997 à 3,15 % en 2000 au Gabon (4) ; 2,32 % en 2001 au Niger (5). En Guinée, cette fréquence est passée de 0,54 % en 1973 à 1,08 % en 1986 et à 5,28 % en 1990 (2).

Le but de cette étude était de ressortir la place des moyens diagnostiques et dégager les attitudes thérapeutiques dans notre contexte de travail.

• Correspondance : sytelly@yahoo.fr

• Article reçu le 19/07/2008, définitivement accepté le 15/09/2009.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective descriptive, d'une durée de seize mois, allant du 1er mars 2005 au 30 juin 2006, réalisée à la clinique de gynécologie obstétrique de l'hôpital Ignace Deen du CHU de Conakry.

Ont été incluses dans l'étude les patientes admises pour suspicion de GEU, chez qui, le diagnostic a été confirmé à la laparotomie, la cœlioscopie n'étant pas réalisée dans notre service.

Les données ont été recueillies par une interview individuelle et structurée des patientes, un examen systématique, un dépouillement des comptes rendus échographiques et opératoires lors de la cure chirurgicale. L'échographie a été strictement abdominale, car l'échographe du service un COMBISON 330 de la firme Kretz, ne dispose pas de sonde vaginale. Les infections sexuellement transmissibles (essentiellement les gonococcies et les infections à chlamydiae) ont été prises en compte chez les femmes qui avaient des résultats documentés de bactériologie, de parasitologie des sécrétions vaginales ou de sérologie à Chlamydiae. L'antibiothérapie a été systématique.

Les variables suivantes ont été étudiées : âge, parité, profession, nombre de consultations prénatales, facteurs de risque, modes d'admission et d'accouchement, étiologies, prise en charge et évolution clinique.

L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel Epi-info version 2.3.3

Résultats

Caractéristiques épidémiologiques

Durant la période d'étude, nous avons colligé 51 cas de GEU, soit une fréquence de 1,47 % sur 3 461 accouchements. L'âge moyen de survenue de la GEU était de 28,97 ans (extrêmes : 15 - 42) avec un maximum de fréquence entre 25 - 29 ans (33,3 %). Dans 47,1 % des cas la GEU survenait à la deuxième ou à la troisième grossesse ou chez les femmes qui accouchaient pour la deuxième ou pour la troisième fois (36,0 %). Ces femmes étaient non scolarisées (60,8 %), issues de milieux défavorisés et vivaient dans un foyer conjugal (86,3 %). Les antécédents gynécologiques observés chez les patientes par ordre de fréquence étaient : les IST (88,2 %) ; les avortements provoqués (43,1 %) ; les antécédents de chirurgie pelvienne (17,6 %) ; les antécédents de GEU et la notion de contraception orale (7,8 % chacun) et la notion d'infertilité (11,7 %).

Clinique

Le siège de la GEU a été le plus souvent ampullaire (66,7 %), puis isthmique (11,8 %) et à proportion égale interstitielle ou infundibulaire (3,9 %). Il faut noter 3 cas de grossesse abdominale et 4 cas de grossesse ovarienne sur 51 cas de GEU. La triade aménorrhée (98,0 %), douleurs abdomino-pelviennes (92,2 %), métrorragie (62,7 %) a été la principale révélatrice de la GEU, alors que les signes sympathiques n'étaient pas constants (43,1 %). Le bombement du Douglas était le signe physique le plus souvent associé à la GEU (72,5 %), car elle était découverte au stade d'inondation péritonéale (64,8 %). La masse annexielle signant un siège tubaire a été retrouvée dans 29,4 % des cas. Dans notre étude 30 patientes ont bénéficié d'une échographie soit 58,8 %. L'échographie a per-

mis de conclure à une GEU chez 23 patientes (45,09 %). Dans 13,3 % des cas, les signes directs avec un embryon dans un sac ovulaire extra utérin ont confirmé le diagnostic. Dans des proportions plus importantes les masses annexielles (50 %), la vacuité utérine (66,66 %) et l'épanchement liquidien dans le Douglas (60 %) ont guidé le diagnostic. La culdocentèse était positive dans 84 % des cas. L'évolution la plus fréquente de la GEU a été la rupture franche avec un tableau d'inondation péritonéale (64,8 %).

Prise en charge

Dans tous les cas la prise en charge a été chirurgicale et les gestes réalisés étaient la salpingectomie (80,3), l'ovariectomie (3 cas), la salpingoplastie (3 cas) et l'annexectomie chez une patiente, les trois cas de grossesse abdominale ont nécessité une laparotomie avec extirpation du fœtus. Aucun cas de traitement laparoscopique, le service ne disposant pas de colonne de coelochirurgie.

Pronostic

La complication la plus fréquente a été l'anémie (60,8 %) ayant nécessité une transfusion de sang total chez six patientes, chez qui l'état général était altéré et le taux d'hémoglobine nettement inférieur à 10 g/dL. Suivent l'état de choc (5,9 %) et la suppuration pariétale (3,9 %). Aucun cas de décès n'a été enregistré. La durée moyenne d'hospitalisation était de 6 jours avec des extrêmes de 5 et 16 jours.

Discussion

Caractéristiques épidémiologiques

La fréquence de la GEU tend à décroître ces dernières années dans deux hôpitaux nationaux. En effet, Diallo FB *et al.* dans le même service en 1993 (6) et Diallo B à Donka en 2002 (2) ont rapporté respectivement 2,3 et 2,15 %. Par ailleurs, Bouyer (3) dans son étude sur l'épidémiologie de la GEU a rapporté qu'après une forte augmentation entre 1970 et 1990, l'incidence de la GEU a décliné pendant une dizaine d'années selon les données du registre d'Auvergne (seul registre de GEU au monde). Cette tendance à la réduction de la fréquence pourrait s'expliquer par l'amélioration de la prise en charge des IST et des infections génitales, le résultat de la sensibilisation des femmes à suivre un traitement adéquat en cas d'IST et aussi de leur prévention.

La tranche d'âge 25-29 ans a été la plus concernée (33,3 %). Ces données sont superposables à celles de Diallo FB *et al.*, qui ont trouvé dans le même service 33,8 % de GEU pour la tranche d'âge de 26-30 ans (6). Il en découle que la fréquence de la GEU diminue avec les âges extrêmes pour augmenter durant la période active de la vie sexuelle. L'absence et la diminution de l'activité sexuelle à ces âges pourraient expliquer ce constat.

Dans notre série, les paucigestes ont été les plus nombreuses (47,1 %) et dans une moindre mesure les grandes multigestes (3,9 %). Ces chiffres sont proches de ceux rapportés par Diallo B à Donka en 2002. Rachdi *et al.* (7) dans une étude portant sur 70 cas de GEU colligés entre 1986 et 1989 au service de gynéco-obstétrique du CHU de Monastir en Tunisie ont révélé que les primigestes et les grandes multigestes ont été les plus touchées (57 %). La fréquence élevée de la GEU chez les paucigestes dans notre série s'expliquerait par la fréquence élevée de leurs facteurs de risque.

Ces données semblent être confirmées par l'étude de Musa *et al.* au Nigeria entre 1997 et 2000 (8).

Le pic de fréquence a été observé chez les paucipares (36%). Diallo FB *et al.* ont trouvé que la parité n'influence pas la fréquence de la GEU (6), point de vue partagé également par Anorlu *et al.* au Nigeria (9).

Les femmes non scolarisées ont constitué le groupe le plus touché (60,8%), ce qui s'expliquerait par le fait qu'elles sont les plus nombreuses dans la population générale (80%) (6) et sont moins informées sur la prévention des IST. La prédominance de la GEU chez les femmes mariées pourrait s'expliquer par le désir de conception poussé chez ces femmes car l'étude de Anorlu *et al.* révèle que, le statut matrimonial n'est pas un facteur de risque de grossesse extra utérine (9).

Les IST ont été l'antécédent le plus fréquent (88,2%) suivies de l'avortement provoqué (43,1%). Selon Anorlu *et al.*, les avortements clandestins et les IST augmentent respectivement 14 fois et 9 fois le risque de contracter une GEU (9). Les lésions provoquées au cours des infections utéro-annexielles sont responsables de cicatrices qui réduisent considérablement la lumière tubaire expliqueraient ce risque (10). Quant à l'avortement, le risque est plus élevé quand il est compliqué. Le taux d'infertilité est élevé dans notre étude (11,7%), mais l'interprétation de ce résultat pose deux types de problèmes. D'une part il est difficile de séparer l'effet des traitements de l'infertilité, notamment l'induction de l'ovulation, et celui de l'infertilité elle-même (8). D'autre part les liens entre la GEU et l'infertilité sont complexes puisque la GEU est à la fois cause et conséquence de l'infertilité. Les politiques de contrôle des IVG clandestines et de dépistage des IST pourraient infléchir l'incidence des GEU (11).

Clinique

La localisation tubaire de la GEU (86,3) avec prédominance ampullaire (43,1%) est conforme aux données de la littérature (10). Nous n'avons pas trouvé de grossesse hétérotopique comme l'ont décrit certains auteurs (12-14). Selon eux, la fréquence de la grossesse hétérotopique a augmenté avec la progression de l'induction de l'ovulation et de la fécondation *in vitro*. Aucune des grossesses n'a évolué jusqu'à terme. Kocac *et al.* ont rapporté un cas de GEU tubaire évolutive jusqu'à 30 semaines (15). L'aménorrhée a été le signe fonctionnel le plus constant (98%), suivie des douleurs pelviennes et de la métrorragie dans respectivement 92,2 et 62,7% des cas. La masse annexielle n'a été retrouvée que chez 7 patientes. Ceci s'expliquerait par le fait que nos patientes ont été souvent vues dans un tableau d'inondation péritonéale. Pratiquement les mêmes constats ont été faits par Diallo B (2) et Alami *et al.* (16). Bien que l'examen clinique soit toujours directement accessible, il montre une fiabilité réduite. Fauconnier *et al.* (17) rapporte dans une étude réalisée dans un service d'accueil d'urgence spécialisée que 43% des GEU ne sont pas diagnostiquées après la consultation initiale.

L'échographie a permis de conclure à une GEU dans 45,1% des cas contre 23,3% de faux négatifs. Ce taux élevé d'erreur de diagnostic échographique est attribuable à la non disponibilité d'une sonde vaginale et de la fonction Doppler sur les échographes utilisés. Dans 4 cas (13,3%) le diagnostic a été certain par la mise en évidence d'un embryon extra utérin muni d'une activité cardiaque. Il a été le seul signe échographique qui a permis de poser le diagnostic, rendant inutile toute investigation. Aucun autre signe pris à lui seul, n'a permis de poser le diagnostic de certitude de GEU, il a fallu faire recours au résultat du test urinaire de grossesse ou au contexte clinique. Ahmed *et al.* aux USA (18) ont rapporté 3 cas de masse annexielle qui ont attiré l'attention vers une GEU, alors qu'il

s'agissait d'une grossesse intra utérine. Selon Kirk *et al.* l'échographie endovaginale est la méthode d'imagerie de choix pour le diagnostic de la GEU; plus de 90% des GEU devraient être visualisées à l'échographie endovaginale avant le traitement et le diagnostic de la GEU devrait être posé sur la base de sa visualisation et non sur l'absence d'une grossesse intra utérine (19).

Prise en charge

Le traitement a été chirurgical pour l'ensemble de nos patientes. Le taux élevé de traitement radical : salpingectomie, ovariectomie et annexectomie (88,23%) était dû à la consultation tardive de nos patientes au stade d'hémopéritoine. La plastie tubaire conservatrice a été réalisée dans 5,3% des cas : les raisons expliquant le faible taux de réalisation de la plastie pourraient être l'impossibilité de conservation à cause du diagnostic tardif et la prévention de récurrence d'une GEU du même côté. Nos résultats étaient superposables à ceux rapportés par Diallo FB *et al.* (6) dans le même service en 1993 : 80,94% de traitement radical contre 1,58% de plastie tubaire. Pour Murray au Canada (20), Condous *et al.* en Angleterre (21) le traitement médical et la coelio-chirurgie conservatrice sont les meilleures méthodes de prise en charge de la GEU. Cet avis est partagé par plusieurs études de pays développés (11, 21). Duggal *et al.* ont trouvé que dans les pays développés plus de 80% des GEU sont traitées par laparoscopie. Malgré le coût élevé de l'installation d'une unité d'endoscopie, l'approche laparoscopique est actuellement le gold standard pour le traitement de la GEU (22).

Les complications anémiques et infectieuses retrouvées dans notre étude sont moins importantes que celles rapportées par Nayama *et al.* à Niamey (5). Aucun cas de décès n'a été enregistré dans le post opératoire immédiat.

Conclusion

La grossesse extra utérine reste une pathologie fréquente dans notre contexte de travail. L'instauration de l'échographie endovaginale comme moyen de diagnostic améliorerait sa détection précoce et sa prise en charge coelioscopique, ce qui peut avoir un impact positif sur la fertilité des patientes.

Références

1. Bamouni YA, Dao B, Bazie AJ, Yara JP, Taoko A. Place de l'échographie dans le diagnostic des grossesses extra-utérines (GEU) au C.H.N. SS Bobo Dioulasso (Burkina Faso) de 1993 à 1995. *Medecine Afr Noire* 1999; 44 : 233-7.
2. Diallo B. Place de l'échographie dans le diagnostic de la grossesse extra utérine au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national Ignace Donka CHU de Conakry. Thèse de doctorat en Médecine 2002.
3. Bouyer J. Epidémiologie de la grossesse extra-utérine : incidence, facteurs de risque et conséquences. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003; 32 : 3S8-3S17.
4. Picaud A, Nlome Nze AR, Faye A, Kouvahe V, Kpodar D, Ouzouaki F *et al.* Evolution de la fréquence de la grossesse extra-utérine à Libreville (Gabon) de 1977 à 1989. *Medecine Afr Noire* 1992; 39 : 798-805.
5. Nayama M, Gallais A, Ousmane N, Idi N, Tahirou A, Garba M *et al.* Prise en charge de la grossesse extra-utérine (GEU) dans les pays en voie de développement exemple d'une maternité de référence au Niger. *Gynecol Obstet Fertil* 2006; 34 : 14-8.
6. Diallo FB, Diallo AB, Diallo TS, Camara AY, Baldem A, Diallo Y, *et al.* Grossesse extra-utérine (GEU) : aspects épidémiologique et thérapeutique au service de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen de Conakry. *Med Afr Noire* 1999; 46 : 442-5.
7. Rachidi R, Fekih MA, Hajjami R, Messaoudi L, Chibami M, Brahim H. La grossesse extra-utérine à propos de 70 observations. *Medecine du Maghreb* 1991; 28 : 9-12.

8. Musa J, Daru PH, Mutihir JT, Ujah IA. Ectopic pregnancy in Jos Northern Nigeria: prevalence and impact on subsequent fertility. *Niger J Med* 2009; 18 : 35-8.
9. Anorlu RI, Oluwole A, Abudu OO, Adebajo S. Risk factors for ectopic pregnancy in Lagos, Nigeria. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84 : 184-8.
10. Farquhar CM. Ectopic pregnancy. *Lancet* 2005; 366; 13 : 583-91.
11. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Chlamydia screening among sexually active young female enrollees of health plans—United States, 2000-2007. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2009; 58 : 362-5.
12. Canis M, Savary D, Pouly JL, Wattiez A, Mage G. Grossesse extra-utérine : critères de choix du traitement médical ou du traitement chirurgical. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003; 32 : 3S54-3S63.
13. Engongah-Beka T, Meye JF, Ouzouaki F, Sima-Ole B. Association grossesses intra-utérines et grossesses extra-utérines rompues. A propos de 2 cas d'évolution différente et revue de la littérature. *Medicine Afr Noire* 1997; 44 : 472-5.
14. Gamanagatti Shivanand, Deep Narayana Srivastava, Hiralal, Subramanian S. Transabdominal ultrasonography diagnosis of ectopic twin gestation. *Eur J Radiol* 2004; 52 : 127-8.
15. Kocak I, Dagdemir A, Yilmaz MS, Ustün C. Advanced tubal pregnancy at 30 weeks. *J Obstet Gynecol Res* 2005; 31 : 341-3.
16. Alami MH, Tazi Z. Grossesse extra-utérine (GEU). A propos de 25 cas. Aspects thérapeutiques et revue de la littérature. *Medicine du Maghreb* 1998; 70 : 23-6.
17. Fauconier A, Mabrouk A, Heitz D, Ville Y. Grossesse extra-utérine : intérêt et valeur de l'examen clinique dans la stratégie de prise en charge. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003; 32 : 18-27.
18. Ahmed AA, Tom BD, Calabrese P. Ectopic pregnancy diagnosis and the pseudo-sac. *Fertil Steril* 2004; 81 : 1225-8.
19. Kirk E, Bourne T. Diagnosis of ectopic pregnancy with ultrasound. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009; 23 : 501-8.
20. Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Cmaj* 2005; 173 : 905-12.
21. Condous G, Emeka O, Bourne T. The management of ectopic pregnancies and pregnancies of unknown location. *Gynecol Surg* 2004; 1 : 81-6.
22. Duggal BS, Tarneja P, Sharma R K, Rath SK, Wadhwa RD. Laparoscopic management of ectopic pregnancies. *MJAFI* 2004; 60 : 220-3.



Une douche portable à domicile

L'accès à l'eau propre est fondamental pour réaliser des soins de plaies corrects.

Cet accès est souvent difficile à obtenir dans les villages en Afrique.

L'utilisation de pulvérisateurs apporte alors une solution.

Il permet de transporter 5 à 10 litres d'eau propre.

Il est transportable à moto ou sur le dos grâce à des bretelles.

Il permet d'obtenir une pression grâce à une pompe mécanique actionnée par une poignée.

Il est possible d'avoir un jet directionnel pour le nettoyage de la plaie par pression ou un jet plus large pour humidifier les pansements ou nettoyer le pourtour de la plaie.

Son prix est modeste (de 10 à 50 euros).

Son entretien est simple.

Arrêt sur image

Buruli et ulcères cutanés

HUG
Hôpitaux Universitaires de Genève
Groupe Plaies et Cicatrisation

