



Prise en charge de la grossesse extra-utérine à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana Antananarivo Madagascar

Management of ectopic pregnancy at Gynaecologic and Obstetric University Hospital of Befelatanana Antananarivo Madagascar

D M A RANDRIAMBOLOLONA ^{(1)*}, N T ANJAHARISOANIAINA ⁽²⁾, M O J HARIOLY ⁽³⁾,
E B REKORONIRINA ⁽²⁾, J A RANDRIAMBELOMANANA ⁽⁴⁾, R H ANDRIANAMPANALINARIVO ⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Gynécologue Obstétricien, Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana, Antananarivo Madagascar

⁽²⁾ Interne en Gynécologie Obstétrique, Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana, Antananarivo Madagascar

⁽³⁾ Anesthésiste - Réanimateur, Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana, Antananarivo Madagascar

⁽⁴⁾ Professeur Agrégé de Gynécologie - Obstétrique, Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana, Antananarivo Madagascar

RESUME

La grossesse extra-utérine constitue une urgence diagnostique et thérapeutique car source de morbidité et de mortalité maternelle importantes. Objectif : Cette étude était réalisée afin d'analyser la prise en charge de cette pathologie dans un hôpital de référence de Madagascar.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, descriptive, concernant toutes les patientes diagnostiquées et traitées pour grossesse extra-utérine à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana du 1^{er} janvier au 30 juin 2011.

Résultats : Nous avons enregistré 107 cas réalisant une fréquence des grossesses extra-utérines de 2,48% par rapport au nombre d'accouchements et de 5,71% par rapport au nombre d'interventions chirurgicales. La triade aménorrhée-douleur pelvienne-métrorragie était retrouvée chez 78,50% des patientes. Dans 26,16% des cas, les patientes présentaient un état de choc à l'entrée. La grossesse extra-utérine était rompue dans 71,03% des cas. L'échographie aidait au diagnostic chez 93,46% des patientes et le test de grossesse dans 91,58% des cas. Toutes les GEU diagnostiquées dans ce service étaient traitées chirurgicalement avec traitement radical dans 90,65% des cas. Dans 93,46% des cas, la chirurgie était réalisée en moins de six heures de l'admission. Une transfusion sanguine pour cause d'anémie sévère était réalisée dans 27,10% des cas.

Conclusion : L'amélioration de la prise en charge de la grossesse extra-utérine exige un diagnostic précoce, seule condition permettant le recours aux moyens thérapeutiques peu ou non invasifs et de diminuer ainsi les complications relatives à cette pathologie.

Mots clés : Befelatanana, Grossesse extra-utérine, Prise en charge.

SUMMARY

Ectopic pregnancy requires an early diagnosis and treatment because it is a common cause of morbidity and occasionally of mortality in women of reproductive age.

Objective: The aim of this study is to assess the management of this disease in a reference hospital of Madagascar.

Patients and methods: We've done a prospective and descriptive survey about the women who had ectopic pregnancy diagnosed and treated at the University Hospital of Gynaecology and Obstetrics of Befelatanana, within a period of six months (from 1st January to 30th June 2011).

Results: We registered 107 cases of ectopic pregnancy representing 2,48% of deliveries and 5,71% of surgeries. Amenorrhoe- pelvic pain and bleeding were found in 78,50% of patients. In 26,16% of cases, the patients presented a shock at admission. The ectopic pregnancy was broken off in 71,03% of the cases. Ultrasonography helped making the diagnosis in 93,46% of patients and pregnant test in 91,58% of cases. All the cases of ectopic pregnancy that we have seen were resolved by surgery with salpingectomy in 90,65%. The surgery was realised during the first six hours of admission in 93,46% of cases. Blood transfusions was useful because of severe anaemia in 27,10% of patients.

Conclusion: To improve the management of ectopic pregnancy, the diagnosis must be early fixed, to allow the medical treatment or laparoscopic surgery procedure and to reduce the complications due to this pathology.

Keywords: Befelatanana, Ectopic pregnancy, Management.

INTRODUCTION

La grossesse extra-utérine (GEU) correspond à la nidation et au développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine [1]. Son incidence varie entre 1 à 2% des grossesses [2]. Du fait de la recrudescence des infections sexuellement transmissibles et du tabagisme, cette incidence a doublé voire triplé au cours des deux dernières décennies dans les pays industrialisés [3]. La GEU constitue une pathologie grave car représente encore la première cause de mortalité du premier trimestre de grossesse et elle compromet significativement la fertilité ultérieure [3]. Ces dernières années,

beaucoup de progrès ont été réalisés en vue d'améliorer la prise en charge et le pronostic de cette maladie, principalement dans les pays développés. Le traitement médical et la chirurgie cœlioscopique conserva-

Du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo Madagascar.

*Auteur correspondant:

Dr. Domoina Malala Aurélia RANDRIAMBOLOLONA

Adresse: Villa Mogador, Lot 104 Cité Lyautey Mangasoavina,
101 Antananarivo - Madagascar

Téléphone : +261 33 11 505 83

E-mail: domoinaran@gmail.com

trices permettent, dans les formes précoces, d'améliorer la conduite à tenir globale et la fertilité ultérieure.

A Madagascar, pays en développement où la coelio-chirurgie n'est pas encore réalisable dans les hôpitaux publics, les moyens thérapeutiques disponibles sont dominés par la chirurgie par laparotomie et le traitement médical si les conditions le permettent. Notre étude a pour objectif d'évaluer la prise en charge de la GEU dans un centre hospitalier de référence de la capitale.

PATIENTES ET METHODES

Il s'agit d'une étude prospective descriptive réalisée sur une période de six mois, allant du 1^{er} janvier au 30 juin 2011, à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana (HUGOB). Nous avons inclus toutes les patientes diagnostiquées et traitées pour GEU. Le dépouillement a été fait à partir d'une fiche d'enquête préétablie comprenant différents paramètres d'étude, les données étant recueillies à partir de l'interrogatoire des patientes et de la consultation de leur dossier médical après leur consentement oral. Les variables analysées sont nombreuses : la fréquence des GEU par rapport au nombre d'accouchements et au nombre d'interventions chirurgicales, des paramètres épidémiologiques (âge, gestité, parité, facteurs de risque), les outils diagnostiques, les paramètres thérapeutiques et évolutifs. L'analyse des données a été effectuée avec le logiciel R.

RESULTATS

Caractéristiques épidémiologiques

Parmi les 4308 accouchements réalisés durant la période d'étude, nous avons colligé 107 cas de GEU réalisant une fréquence de 2,48%, soit une GEU sur 40 accouchements. La GEU représentait 5,71% des indications d'interventions chirurgicales à l'HUGOB durant la période d'étude, 107 cas parmi 1873 interventions. L'âge moyen de survenue de la GEU était de 30,72 ans avec un maximum de fréquence entre 31 et 35 ans (28,97%). Les âges extrêmes étaient de 18 et 44 ans. Dans 42,06% des cas, les patientes étaient des paucigestes et les paucipares étaient de 40,19%. Les facteurs de risque observés chez ces patientes, étaient, par ordre de fréquence décroissant : les avortements provoqués (36,45%), les fausses couches spontanées (29,90%), les infections sexuellement transmissibles ou IST (21,50%), le tabagisme (16,82%), l'utilisation de contraception actuelle (12,14%), les antécédents de chirurgie pelvienne (6,54%), la notion de cure de stérilité (4,67%) et les antécédents de GEU (3,74%).

Outils diagnostiques

Les signes cliniques en faveur du diagnostic étaient surtout représentés par l'aménorrhée (100% des cas), les douleurs pelviennes (90,65%), les métrorragies (85,98%), le vertige (77,57%), les nausées et vomissements (75,70%) et une scapalgie (42,06%). Dans d'autres cas, une lipothymie, une syncope ou un trouble de la conscience était notée chez 36,45% des pa-

tientes (39 cas) et un trouble du transit à type de constipation ou de diarrhées était retrouvé dans respectivement 17,16% (19 patientes) et 5,61% des cas (6 patientes). La triade aménorrhée-douleur pelvienne-métrorragie était rencontrée chez 78,50% des patientes. L'âge gestationnel moyen était de 8,43SA (semaines d'aménorrhée) avec des extrêmes de 5 et 20SA. A l'admission à l'HUGOB, 28 patientes soit 26,16% des cas présentaient un état de choc hypovolémique. A l'examen physique, une sensibilité pelvienne était notée chez 96,26% des patientes avec une défense abdomino-pelvienne dans 34,58% des cas, un cri de l'ombilic dans 79,44%, une masse pelvienne dans 15,80% et un cul-de-sac de Douglas douloureux dans 85,05% des cas au toucher vaginal. La ponction du Douglas était effectuée chez 66 patientes (61,68%) et était revenue positive chez 53 patientes (80,30% des cas). Une échographie pelvienne était réalisée chez 100 patientes (93,46% des cas) et retrouvait des signes indirects en faveur d'une GEU dans 80,04% des cas tandis que dans 17,75% des cas, un sac gestationnel extra utérin contenant un embryon était retrouvé. Une image de pseudo-sac intra-utérin par épaissement de la caduque était retrouvée dans 15,89% des cas et un épanchement péritonéal ou hémopéritoine dans 72,89% (78 patientes). Le test de grossesse urinaire était réalisé chez 99 patientes (92,52% des cas) et revenait positif chez 98 d'entre elles. Seulement deux patientes avaient pu réaliser un dosage quantitatif des β HCG plasmatiques. Dans 93,46% des cas, le diagnostic était posé dans les six heures suivant l'admission. Il n'était posé qu'au-delà des premières 24 heures dans 3,74% des cas (quatre patientes).

Prise en charge thérapeutique

Parmi les 107 patientes présentant une GEU, une seule avait bénéficié d'un traitement médical par méthotrexate, traitement qui se soldait par un échec car les β HCG continuaient à augmenter, obligeant à recourir secondairement à la chirurgie. Au total, toutes les patientes avaient subi un traitement chirurgical par laparotomie. La GEU était de forme rompue chez 71,03% des patientes et sous-forme d'hématocèle rétro-utérine dans 3,74% des cas. Elle était de localisation tubaire dans 91,60% des cas dont 63,55% ampullaires, 20,56% infundibulaires, 5,61% isthmiques et 1,87% interstitielles. Une grossesse cornuée était notée chez deux patientes (1,87%) ; une grossesse ovarienne était retrouvée dans 5,61% des cas et un cas de GEU bilatérale était enregistré (0,93 %). En cas de GEU rompue ou fissurée, la quantité d'hémopéritoine variait entre 100 et 1000ml dans 65,42% des cas (70 patientes) et excédait 1000ml dans 23,37% (25 patientes). Dans 64,49% des cas (69 patientes), la GEU siégeait du côté droit. Comme acte chirurgical, 97 patientes subissaient une salpingectomie (90,65%), cinq patientes une annexectomie (4,67%), quatre patientes une ovariectomie (3,74%) et une patiente une salpingotomie (0,93%). Une transfusion sanguine était nécessaire chez 27,10% des patientes. Aucun cas de décès mater-

nel n'était enregistré. La durée d'hospitalisation était en moyenne de 5,22 jours avec des extrêmes de 4 et 8 jours.

DISCUSSIONS

Caractéristiques épidémiologiques

L'incidence de la grossesse extra-utérine dans les pays industrialisés a doublé, voire triplé depuis 20 ans [3,4]. A l'HUGOB, la fréquence de la GEU est restée plus ou moins stable depuis 2005 : 2,90% en 2005, 2,73% en 2009 puis 2,48% en 2011. Notre fréquence est similaire à celle du registre français de Fernandez (2,20%) [5] et celle de Meye au Gabon en 2000 (2,30%) [6]. En revanche, d'autres études africaines trouvent une fréquence plus élevée : 3,50% pour Lankoandé à Ouagadougou en 1998 [7] et 5,10% pour Rachid au CHU de Monastir en 1989 [8]. L'âge moyen retrouvé était de 30,74 ans avec un maximum de fréquence entre 31 et 35ans. Selon certaines études, le risque de GEU augmente avec l'âge [5,6], dépendamment ou non du cumul d'exposition aux facteurs de risque. Par ailleurs, les résultats d'études récentes avaient retrouvé que la GEU est associée à une faible parité [9,10]. Ceci était également le cas dans notre étude car la parité moyenne était de 1,6 ; avec un pic de fréquence noté chez les paucipares (40,19%).

La GEU est une pathologie multifactorielle. Selon la littérature, les deux principaux facteurs de risque de GEU chez les femmes sans contraception sont les antécédents d'infection génitale ou de chirurgie tubaire et le tabac. Sur le plan quantitatif, leurs rôles sur le risque de GEU sont semblables. Les autres facteurs de risque sont l'âge de la femme, les antécédents de fausse couche spontanée, d'interruption volontaire de grossesse, de contraception par stérilet et d'infertilité. L'ensemble des facteurs de risque explique 76 % des GEU [11]. Ces facteurs de risque couramment admis étaient retrouvés dans notre étude mais à une proportion différente. Les interruptions volontaires de la grossesse occupaient une place importante (36,45%). Etant illégales à Madagascar, elles sont souvent réalisées clandestinement en dehors des centres de santé, sans doute dans des conditions d'hygiène déficientes, favorisant notamment la survenue d'infection.

Outils diagnostiques

Cliniquement, le tableau classique d'une GEU associe : aménorrhée, douleurs pelviennes et métrorragies. Cette triade correspond à des formes évoluées et est retrouvée dans 58,50% des cas selon l'étude de Lokosou au Bénin en 2007 [12]. Dans la nôtre, elle était retrouvée dans 78,50% des cas. L'aménorrhée est retrouvée dans 75 à 95% des cas selon les études. Elle est parfois méconnue par la patiente car les métrorragies peuvent être prises pour des règles. Selon Murray et ses collaborateurs en 2005, l'âge gestationnel de découverte d'une GEU varie de 6 à 10SA [13]. Dans notre série, l'âge gestationnel moyen était de 8SA avec des extrêmes de 5 et 20SA. Les douleurs abdominales ou pelviennes sont présentes dans plus de 90% des cas

de GEU [4]. Elles sont dues à une irritation du péritoine par une trompe de plus en plus dilatée ainsi que par la formation d'un hémopéritoine [14]. Les métrorragies par contre, sont la conséquence d'une stimulation hormonale de l'endomètre décidualisé [4]. Les autres signes cliniques tels que scapalgie, syncopes et lipothymies apparaissent tardivement et sont considérés comme des éléments de gravité en faveur d'un hémopéritoine ou d'une irritation péritonéale [8]. Ils font suspecter une rupture tubaire jusqu'à preuve du contraire. Dans les pays industrialisés, l'état hémodynamique des patientes au moment du diagnostic est le plus souvent satisfaisant car la plupart des GEU sont diagnostiquées avant la rupture tubaire. En cas d'état de choc, ce dernier est dû à une anémie aiguë suite à l'inondation péritonéale après la rupture de la GEU. Dans notre étude, les patientes consultaient tardivement et présentaient un état de choc dans 26,16% des cas. En cas de GEU, notamment de forme non rompue, l'examen physique retrouve habituellement des signes non spécifiques. En cas de doute diagnostique, la culdocentèse reste une technique peu citée pour le diagnostic de GEU dans les pays industrialisés [15]. Elle reste cependant un examen essentiel dans les pays en développement, en présence d'un épanchement péritonéal. Dans notre série, elle était réalisée chez 66 patientes et était revenue positive dans 80,30% des cas. Pour certains auteurs, cette positivité peut aller jusqu'à 98,40% [10].

Dans 71,03% des cas, la GEU était rompue dans notre série. Selon une étude effectuée par Rempfen et Dietl en Allemagne, l'incidence des formes rompues était de 30% pour la période de 1990-1992, 18% pour 1993-1995 et 21% pour 1996-1997 [16], régressant avec l'apparition des nouvelles techniques diagnostiques et thérapeutiques. La fréquence élevée des GEU rompues dans notre série s'explique en grande partie par le retard de consultation et donc de diagnostic.

Prise en charge thérapeutique

Etant donné la grande fréquence des formes rompues dans notre pratique courante, la prise en charge de la GEU implique une réanimation médicale intense parallèlement au traitement chirurgical. Dans 23,37% des cas, les patientes opérées présentaient un hémopéritoine de plus de 1000ml, saignement menaçant le pronostic vital. Une transfusion sanguine était nécessaire dans 27,10% des cas.

Historiquement, en ce qui concerne le traitement proprement dit de la GEU, il est passé par trois étapes : la laparotomie dans les années 1970, la cœlioscopie dans les années 1980 et le traitement médical dans les années 1990 [17]. La chirurgie radicale par laparotomie dominait encore la prise en charge thérapeutique dans notre série avec réalisation inévitable de salpingectomie, d'annexectomie ou d'ovariectomie, altérant notablement le pronostic fonctionnel de ces patientes. Une seule patiente avait pu bénéficier d'un traitement conservateur. Les résultats de Diallo et al au Conakry Guinée en 2009 font état de 80,94% de traitement radi-

cal contre 1,58% de plastie tubaire [18]. Dans les pays développés, le traitement médical et la coeliochirurgie conservatrice sont les meilleures méthodes de prise en charge de la GEU [19]. Selon Duggal *et al.*, plus de 80% des GEU dans les pays développés sont traitées par laparoscopie [20]. 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 [20]. Dans les pays en développement, le traitement médical par méthotrexate peut également avoir sa place au prix d'un diagnostic précoce et d'une surveillance rapprochée.

CONCLUSION

La fréquence de la GEU à l'HUGOB est restée stable depuis quelques années supposant une exposition quasi-constante aux facteurs de risque. La prévention est essentiellement basée sur la lutte contre les avortements provoqués et les IST. L'éducation de la population pour une consultation précoce est essentielle afin d'éviter tout retard de diagnostic pouvant aboutir à décès maternel. La laparotomie cadrée d'une réanimation rapprochée dominant encore la prise en charge à Madagascar. Des progrès sont attendus d'ici quelques années sur le traitement de cette pathologie notamment avec la mise en place de la coeliochirurgie.

REFERENCES

- Cabar F, Fettback PB, Pereira PP, Zugaib M. Serum markers in the diagnosis of tubal pregnancy. *Clinics*. 2008 ; 63(5) : 701-8.
- Vanitha N, Sivalingam, Duncan C, Kirk E, Lucy AS, Andrew WH. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2011; 37:231-240.
- Gervaise A, Fernandez H. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la GEU. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2010 ; 39S : 14-24.
- Coste J, Bouyer J, Ughetto S *et al.* Ectopic pregnancy is again increase. Recent trends in the incidence of ectopic pregnancies in France. *Hum Reprod* 2004; 19: 2014-8.
- Hervé Fernandez. Grossesse extra-utérine : étiologie, diagnostic, évolution, traitement. *Rev Prat* 2000 ; 50 : 23
- Meye JF, Sima-Zue A, Sima-Ole B, Kendjo E, Engongah-Beka T. Aspects actuels de la grossesse extra-utérine à Libreville (Gabon) : à propos de 153 cas. *Cah Etud Rech francophones santé* 2002 ; 4(12): 405-8.
- Lankoande J, Ouedraogo C, Ouedraogo A. Aspects particuliers de la grossesse extra-utérine en milieu africain à propos de 124 observations en 1995 à Ouagadougou. *Burkina Med* 1998 ; 2(S1) : 27-30.
- Rachdi R, Fekih M, Hajjami R, Messaoudi L, Chibani M, Brahim H. La grossesse extra-utérine : à propos de 70 observations. *Med Maghreb* 1991; 28: 9-12
- Coste J, Job-spira N. Aspects épidémiologiques des grossesses extra-utérines. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1998 ; 17 : 991-1001.
- Nayama M, Gallais A, Ousmane N *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. *Gynécologie-Obstétrique et Fertilité*. 2006 ; 34: 14-18.
- Bouyer J. Epidémiologie de la grossesse extra-utérine : incidence, facteurs de risque et conséquences. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003; 32 : 8-17.
- Lokossou A, Denakpo J, Houndeffo T, Tonato Bagnan J, Lokossou HS, Perrin RX. Aspects épidémiologiques, diagnostiques et pronostiques de la grossesse extra-utérine à l'HOMEL de Cotonou. *Le Bénin Médical* 2007; 38 : 47.
- Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ* 2005; 173: 905-12.
- Buss J, Stucki D. La grossesse ectopique: un challenge de diagnostic et de traitement. *Schweiz Med Forum* 2005; 5 : 519-24.
- Dessolle L, Detchev R, Darai E. Chirurgie de la grossesse extra-utérine. *Encycl Méd Chir, Techniques chirurgicales - Gynécologie*, Paris 2002; 11 p : 41-530.
- Rempen A, Dietl J. Complication rates after surgical treatment of ectopic pregnancy. *Hum Reprod* 1999; 14: 1401-1403.
- Gwyneth L, Drife J. Why mothers die 1997-1999: the fifth report of the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. London. 2001
- Diallo FB, Diallo AB, Diallo TS *et al.* Grossesse extra-uterine. Aspects épidémiologique et thérapeutique au service de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen de Conakry. *Méd Afr Noire* 1999 ; 46 : 10.
- Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ* 2005; 173: 905-12.
- Duggal BS, Tarneja P, Sharma R K, Rath SK, Wadhwa RD. Laparoscopic management of ectopic pregnancies. *MJAFI* 2004; 60: 220-3.