

Revue scientifique
Faculté de Médecine de Nouakchott
Mauritanie

MAURITANIE MÉDICALE

Thèses et Mémoires

Grossesse extra-uterine au Centre Hospitalier Nationale de Nouakchott : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques.

Extra-uterine pregnancy at the National Hospital of Nouakchott: epidemiological, clinical and therapeutic aspects.

Auteurs :

Fatimetou Abdelkader[1,2*], Mohamed Najyetou[1], Ahmed Abdi[1,2], Nessiba Abdelkader[1], Ahmed B Abdeljelil[1,2]

Auteur correspondant :

Dr Fatimetou Abdelkader.
Service de Gynecologie-Obstétrique
Centre Hospitalier National. Nouakchott
E-mail: dr.fakader@yahoo.fr

Services :

[1] Service de Gynécologie Obstétrique, Centre Hospitalier National de Nouakchott, Mauritanie
[2] Faculté de Médecine de Nouakchott, Mauritanie.

Article Info

Soumis : le 20/10/2016
Accepté : le 23/08/2017

Résumé

Introduction :

La grossesse extra-utérine (GEU) constitue une pathologie grave aucours de la grossesse. Elle est la première cause de la mortalite maternelle en premier trimestre Son diagnostic et sa prise en charge précoce éviteraient les complications.

Objectif :

Notre objectif était d'évaluer les grossesses extra-utérines à la maternité du centre hospitalier national de Nouakchott.

Matériels et méthodes :

Nous avons mené une étude transversale descriptive avec recrutement prospectif des données, du premier mai 2013 au 30 avril 2014 au service de gynécologie-obstétrique à l'hôpital national de Nouakchott. Les informations ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire anonyme pré-établi.

Résultats :

Un total de 44 cas de GEU, soit une fréquence globale de 0,99%. La prise en charge était essentiellement chirurgicale par laparotomie, radicale dans 93,2%. Le taux de survie était de 100%.

Mots clés : Grossesse extra-utérine • Epidémiologie • Clinique • Thérapeutique

Abstract

Introduction:

Ectopic pregnancy (EP) is the implantation and development of the egg outside the uterine cavity.

Objective :

The aim of this study was to evaluate the epidemiological, diagnostic and therapeutic complications as well as the prognosis of EP.

Methodology :

This is a descriptive cross-sectional study with prospective recruiting data that concerns 44 cases hospitalized and treated for ectopic pregnancy in the maternity ward CHN Nouakchott during a period of one year, from May 1, 2013 to April 30, 2014.

Results :

Our study has led to the following results: The Frequency of ectopic pregnancy is 1/100 pregnancies. The average age of patients was 29.84 years, with extremes ranging from 15 to 44 years. Women from age 25 to 34 were the most affected (61.4%). Women with the fewest number of children were the most affected (54.6%). The most frequently risk factors found were: STI (36.6%) oral contraception (36.3%), history of spontaneous abortions (25%), infertility (18.2%) and abdominal and pelvic surgery (13.6%). The clinical triade, pelvic pain (91%) delayed menstruation (86.3%) and bleeding (61.4%) were the main tell-tale signs of EP. The early diagnosis means available to the hospital was ultrasound (93%) coupled to urine pregnancy test (59%) and plasma β-HCG (45.5%).

Most cases were diagnosed late resulting in complications. 81.8% cases ended in a ruptured ectopic pregnancy, among them 34% were admitted in cardiovascular collapse state.

Laparotomy was the only immediately effective therapeutic means. Tubal pregnancy represented 86.2% of cases. Its location was ampullar in 50%. The postoperative course was uneventful and there were no maternal death. Radical treatment is the best choice because of the delay in consultation therefore. salpingectomy was frequently used (86.4%) as well as adnexectomy (6.8%). This high frequency of non-conservative surgery (93.2%) in our study is likely to endanger the future of obstetrical patients.

Conclusion :

EP remains a serious condition and therefore is a public health problem. All practitioners need to think about this disease before any suggestive sign.

Improving the management of EP is based on prevention of risk factors, incitement of the population to consult early and use of minimally or non-invasive therapeutic means in order to reduce morbidity.

Keywords : ectopic pregnancy • epidemiology • risk factors • tubal rupture

Introduction

La grossesse extra-utérine (GEU) correspond à la nidation et au développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine [1; 2]. C'est une pathologie grave, un exemple de l'extrême urgence chirurgicale , Elle présente la première cause de mortalité du premier trimestre de la grossesse et compromet significativement la fertilité ultérieure [3]. Plusieurs études récentes ont révélé l'augmentation constante de la fréquence de la GEU, une augmentation liée à l'expansion des infections sexuellement transmissibles (IST) et du tabac qui sont associés au risque important de séquelles et sont un marqueur de santé publique justifiant un diagnostic précoce [5]. Ces dernières années, beaucoup de progrès ont été réalisés en vue d'améliorer la prise en charge et le pronostic de la GEU essentiellement dans les pays développés : apport de l'échographie pelvienne (endovaginale) et des dosages biologiques sanguins (bêta hCG plasmatique, progestérone). Le traitement médical, la cœlioscopie diagnostique et opératoire conservatrice permettent, dans les formes précoces, d'améliorer la prise en charge globale et la fertilité ultérieure

Méthodologie

C'est une étude transversale descriptive avec recrutement prospectif des données portant sur les patientes hospitalisées et traitées pour GEU au service de maternité du Centre Hospitalier National durant une période d'un an (du premier mai 2013 au 30 avril 2014). L'étude a recensé de façon exhaustive tous les cas de GEU dans le service pendant la période de l'étude. Une fiche d'enquête a été établie pour le recueil des données. La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel SPSS, version 20, Microsoft Office Excel 2007. Les résultats sont exprimés en nombre, moyenne, extrêmes, et en pourcentage (%).

Résultats

Un total de 44 cas de GEU pour 4409 accouchements a été enregistré, soit une fréquence globale de 0,99%. Deux pics de fréquence en mai 2013 et février 2014 de 8 patientes par mois soit une incidence respectivement de 2,6% ; 2,9% (Fig. 1).

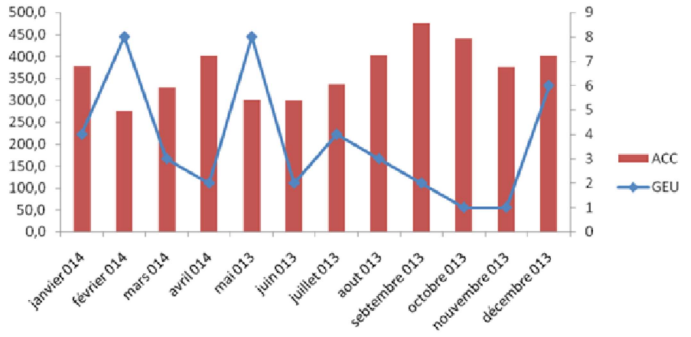


Figure 1 : Nombre des accouchements et GEU par mois

Près d'un quart de nos patientes étaient évacué de l'intérieur du pays (22,73%) et plus de la moitiée entr eux avait un niveau socio-économique bas (68,2%). La race noire a été la plus touché dans 68,2% de cas. L'âge moyen de nos patientes était de 29,84 ± 5,988 ans avec des extrêmes allant de 15 à 44 ans, la tranche d'âge la plus touchée 25 à 34 était de 61,4 %. Les paucipares étaient les plus touchées avec un taux de 54,6% et les multigestes represente 82% des cas.

Les ATCD de chirurgie abdomino-pelvienne étaient de 13,6%. Les antécédents d'IST ont été les plus fréquents (38,6%) suivis de près par les contraceptions orales (36,3%) puis les avortements (25%) et l'infertilité (18%) (Tableau I).

Tableau I : ATCD gynéco-obstétricaux

Antécédents	Nombre de cas	Fréquence (%)
IST	17	36,8
Contraception orale	16	36,3
Avortements spontanés	11	25
Stérilité I	4	9,0
Stérilité II	4	9,0
Grossesse induite	2	4,5
Contraception injectable	1	2,3

Le principal motif de consultation était la douleur pelvienne chez 91% de nos patientes suivi de l'aménorrhée (86,3%) et des métrorragies (61,3%). Ces symptômes étaient associés chez (40,9 %) des patientes. 10 de nos patientes ont présenté une lipothymie et/ou malaise avant leur admission (Tableau II).

Tableau II : Signes fonctionnels

Signes fonctionnels	Nombres de cas	Pourcentage %
Douleur pelvienne	41	91
Aménorrhée	38	86,3
Métrorragie	27	61,4
Lipothymie et/ou malaise	10	22,7
Signes sympathiques de grossesse	7	15,9
La triade classique de GEU	18	40,9

Quinze patientes soit 34% des nos femmes étaient admises en état de choc.

Le traitement chirurgical était radical dans 93,2% avec une salpingectomie dans 86,4%, une annexectomie dans 6,8% des cas et conservateur chez 3 patientes (6.8%), avec salpingotomie dans 2 cas et un cas d'expression tubaire.

La localisation tubaire de GEU était la plus fréquente dans 38 cas soit, 86,2%, la grossesse hétérotopique était objectivée dans 3 cas soit, 6,8% et la grossesse abdominale dans un seul cas soit, 2,3% (Tableau III).

Tableau III : Situation anatomique de GEU

Situation		Nombres de cas	Pourcentage (%)
Tubaire	Ampullaire	22	50
	Isthmique	4	9,0
	Interstitielle	3	6,8
	Pavillonnaire	2	4,6
	En cours d'avortement	3	6,8
	Sans précision	4	9,0
Hétérotopique		3	6,8
Ovarienne		1	2,3
Abdominal		1	2,3
Corne rudimentaire		1	2,3
Total		**44**	**100**

Discussion :

La GEU occupe une place privilégiée dans la littérature médicale et demeure une pathologie fréquente dans le monde. Après une forte augmentation entre 1970 et 1990, l'incidence de la GEU a décru globalement pendant une dizaine d'années. Actuellement la tendance n'est pas univoque puisque l'incidence augmente chez les femmes sans contraception alors qu'elle diminue chez les autres [6]. L'incidence de la GEU varie entre 1 et 2% des grossesses. Cette incidence a doublé voire triplé au cours des deux dernières décennies dans les pays industrialisés [1; 7]. Dans notre série, cette incidence est de l'ordre de 0,99%, un résultat proche de celui du Rafia [8] (0.92%) et du Lofredo [9] (0,84%). Notre taux est cependant inférieur à celui des séries africaines : Dembele [10] (1,5%), Sy T [11] (1,4%) et Randia [1] (2,48%). Des études américaines signalent que les femmes noires étaient plus susceptibles d'avoir une grossesse extra-utérine par rapport aux blanches [12]. Dans notre série, nous avons trouvé 68,2% de cas chez les patientes noires. L'âge semble être associé à un risque accru de GEU, indépendamment du fait de l'allongement de la période d'exposition aux différents facteurs de risque [3]. Il en découle que la fréquence de la GEU diminue avec les âges extrêmes pour augmenter durant la période active de la vie sexuelle. Dans notre travail la tranche d'âge 25-34 ans a été la plus concernée (61,4 %), avec un âge moyen de 29,84 ans, nos résultats sont similaires à ceux trouvés par Jessica et al [7] aux Etats Unis où la tranche d'âge la plus rependue était 25-35 ans alors que dans l'étude effectuée par Methlouthi, [13] les patientes ayant moins de 30 ans ont été les plus concernées soit 58% avec un âge moyen 25,4 ans. Dans la plupart des études, la GEU est classiquement associée à une faible parité [8 ; 14 ; 15]. Ceci concorde avec les données de notre série où les paucipares étaient les plus touchées (54,6%) et les nullipares représentaient 18,2% de cas. La GEU est une pathologie multifactorielle. Selon la littérature, les principaux facteurs de risque de GEU chez les femmes sans contraception sont les antécédents d'infection génitale, de chirurgie tubaire et le tabac [1]. Le rôle directement causal de l'infection génitale est très vraisemblable. Ainsi, les IST et leurs complications (salpingites et pelvipéritonites...) représentent le facteur de risque principal de GEU. Le germe le plus fréquemment en cause semble être le Chlamydia trachomatis. Les infections génitales expliqueraient 50% des cas de GEU par l'intermédiaire d'un mécanisme d'altération séquellaire de l'anatomie tubaire. La fréquence des formes frustres ou infra cliniques de salpingites explique que la sérologie à Chlamydia soit le témoin principal de l'antécédent d'infection pelvienne, avec une multiplication du risque entre 3 et 8 ainsi observé en Suède une diminution de l'incidence de GEU après des actions de prévention qui avaient fait diminuer le taux d'infections génitales à chlamydia [3 ; 7 ; 12]. Les femmes ayant des rapports protégés par préservatifs ont un risque de GEU plus faible que les non-utilisatrices [6 ; 14 ; 12]. Dans notre étude, le taux des IST représentait 38,6%. Ce taux élevé de maladies sexuellement transmissibles pourrait être lié aux habitudes socioculturelles et à la diversité ethnique dans un pays arabo-africain comme le nôtre où la polygamie et le divorce sont à l'origine de la multiplicité des partenaires (54,5%) ce qui favorise sans doute les IST.

L'association de triade (algie pelvienne, retard des règles et métrorragies) a été trouvée chez 40,9% de nos patientes, des résultats inférieurs à ceux trouvés par Randria D.M.A [1] 78% et Rafia [8] 44,18%.

Dans notre série la localisation tubaire a représenté 86,5%, dont plus de la moitié (58%) étaient ampullaires et (10,5%) isthmiques, des résultats conformes à ceux de la littérature africaine : Pour Sy T. [11] la localisation tubaire était de (86,3%) avec une prédominance ampullaire de

(43,1%), pour Nayama et [5] ces taux étaient de 88.11%.

Le traitement a été chirurgical par laparotomie pour l'ensemble de nos patientes. Le taux élevé de traitement radical était lié à la consultation tardive de nos patientes au stade de complications par rupture de GEU.

Dans une étude américaine récente sur une durée de 9 ans le recours à la laparotomie classique était de 70.6% des cas [7].

Conclusion :

La GEU est une pathologie grave qui présente une urgence vitale et fonctionnelle. Elle est fréquente partout dans le monde et touche surtout la femme jeune. En Mauritanie, la GEU constitue un problème de santé publique. Elle concerne surtout les femmes jeunes (25-34 ans) et 54,6% de nos patientes étaient paucipares, la majorité étant multigestes. L'antécédent de IST (36,8%), est le principal facteur de risque retrouvé. Le statut hémodynamique des patientes est stable dans la majorité des cas. La prise en charge, essentiellement chirurgicale, est radicale dans 93,2% des cas. Le taux de survie est de 100% dans notre série.

Références

[1]- Randriambololona D.M.A., Randiambololona N.T. et al. Grossesse extra-utérine à Madagascar. Médecine et Santé Tropicales. 2012;22:394-397.

[2]- Cabar FR, Fettback PB, Zugaub M. Serum markers in the diagnosis of tubal pregnancy. Clinics (Sao Paulo). 2008;63:701-8.

[3]- Gervaise A, Fernandez H. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des grossesses extra-utérines. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2010;39:F17-24.

[4]- Sivalingam VN, Duncan WC, Shephard LA, Horne AW. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. J Fam Plann Reprod Health Care. 2011;37:231-40.

[5]- 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. Gynecol Obstet Fertil. 2006;34:14-8.

[6]- Bouyer.J. Epidemiolgie de la grossesse extra-utérine: Incidence, facteurs de risque et conséquences. J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod. 2003, 32(7) :8-17.

[7]- Jessica Papillon-Smith et Al. Population-Based Study on the Effect of Socioeconomic Factors and Ra ce on Management and Outcomes of 35,535 Inpatient Ectopic Pregnancies. Journal of Minimally Invasive Gynecology. September/October 2014;21(5):914-920.

[8]- Rafia Mohamed. Prise en charge de la grossesse extra-utérine au service de gynéco-obstétrique "B" (A propos de 86 cas). Thèse .Med. Casa 2006,137.

[9]- Loffredo.V, Tesquier.L, Paris F.X, Debrux .J. La grossesse extra-utérine. ncycl. Méd. Chir. 1984; 700- A10, 20p.

[10]- Yaya Dembele. Grossesse extra-utérine : Aspects épidémiologique, clinique, diagnostique, thérapeutique et pronostique au centre de santé de référence de la commune V du distrit de Bamako a propos de 128cas. Thèse. Med. Bamako. 2006.

[11]- Sy T, Diallo Y et al. Prise en charge de la grossesse extra-utérine à Conakry (Guinée). Med Trop. 2009 ;69 :565-568.

[12]- Debra B. Stulberg, M.D., M.A. Ectopic pregnancy rates and racial disparities in the Medicaid population, 2004–2008. Fertility and Sterility. Déc 2014 ; 102(6): 1671 – 1676.

[13]- N. Mathlouthi, O. Slimani, A. Fatnassi, R. Ben Temime, et al. Diagnostic échographique des grossesses extra-utérines : Etude prospective à propos de 200 cas. La tunisie Medicale. 2013;91(04):254-257.

[14]- Jean Bouyer, PH.D. Emmanuelle Rachou, et al. Risk factors for extrauterine pregnancy in women using an intrauterine device. FERTILITY AND STERILITY. NOVEMBER 2000;74(5).

[15]- Lawani et al. Ectopic pregnancy: a life-threatening gynecological emergency. Int J Womens Health. 2013;5:515-521.