



Décembre 2012 ; volume 2
N°2, pages 57 - 114

Journal Africain de Chirurgie

Revue de l'Association Sénégalaise de Chirurgie

ARTICLE ORIGINAL
**PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES EXTRA-UTERINES
 (GEU) AU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE
 OUROSSOGUI (SENEGAL)**

**MANAGEMENT OF ECTOPIC PREGNANCY (EP) AT REGIONAL
 MEDICAL CENTER OUROSSOGUI (SENEGAL)**

DIOP CT¹, TOURÉ FB¹, WADE TMM¹, TOURÉ AO¹, NDIAYE D², FAYE KG², NGOM G³,
 PR TOURÉ CT¹

¹Service de Chirurgie Générale

²Service de Gynéco-Obstétrique

³Service de Chirurgie Pédiatrique

Hôpital Aristide Le Dantec

Auteur Correspondant : Dr Cheikh Tidiane DIOP- Tél. 00221775547430

E-mail : ctkheerdiop2@yahoo.fr

Résumé

Objectif : le but de cette étude était d'évaluer les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la GEU dans nos services chirurgicaux. **Patientes et méthode** : il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 48 cas de GEU colligés entre janvier 2007 et Décembre 2009. **Résultats** : la GEU occupait 5,5% de l'ensemble des urgences abdomino-pelviennes chez les femmes en activité génitale. L'âge moyen des patientes était de 30 ans avec des extrêmes de 16 et 42 ans. Les paucipares et les multipares étaient les plus touchées. La triade clinique classique était retrouvée dans 68,8 % des cas. L'échographie abdominale couplée au dosage des bêta HCG ont permis de faire le diagnostic. La localisation tubaire était la plus fréquente. Le délai moyen de prise en charge était de 12h. La salpingectomie a été réalisée dans 85,4% des cas et toutes par incision de Pfannenstiel. Aucun cas de morbidité ou de mortalité n'a été noté dans les suites immédiates. **Conclusion** : l'admission et le diagnostic précoces ont permis d'améliorer la prise en charge des GEU dans notre pratique.

Mots clés : grossesse extra-utérine ; urgences abdomino-pelviennes, salpingectomie.

Summary

Objective: The aim of this study was to evaluate the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of the uterine extra pregnancy in our surgical services. **Patients and method**: it is about a retrospective study of 48 cases of uterine extra pregnancy collected between January 2007 and December 2009. **Results**: USG occupied 5.5% of all pelvic abdominal emergencies in women in genital activity. The average age of patients was 30 years with extremes of 16 and 42 years. The pauci parous and multiparous women were most affected. The classical clinical set of three was found in 68.8. of cases. Abdominal ultrasound coupled with the determination of beta HCG led to the diagnosis. The location was the most common tubal. The average time taken was 12 hours. Salpingectomy was performed in 85.4% of all cases and by section of Pfannenstiel. No cases of morbidity or mortality was noted in the immediate aftermath. **Conclusion**: admission and diagnosis have improved the management of ectopic pregnancy in our practice.

Keywords: ectopic pregnancy, pelvic abdominal emergencies, salpingectomy.

INTRODUCTION

La grossesse extra-utérine, urgence hémorragique gynéco-obstétricale, se définit comme une nidation de l'œuf en dehors de la cavité utérine (1).

Elle est de plus en plus fréquente et constitue la première cause de mortalité maternelle au cours du premier trimestre de la grossesse (2).

La vulgarisation du dosage des bêta HCG plasmatiques et l'usage de l'échographie endo-vaginale ont permis de poser précocement son diagnostic et de supplanter la culdocentèse.

Malgré la modification de sa prise en charge par le traitement médical et la coelochirurgie (3), sa létalité varie entre 1,2 et 9% (1, 2).

Cette étude a pour but d'évaluer la prise en charge de la GEU dans un hôpital situé à 750km de la capitale du Sénégal, Dakar.

PATIENTES ET METHODE

Il s'agissait d'une étude rétrospective de type descriptif allant de Janvier 2007 à fin Décembre 2009. Nous avons inclus toutes les patientes admises pour GEU et prises en charge dans le service de chirurgie générale et de gynéco-obstétrique. L'examen clinique, le dosage des beta HCG et l'échographie abdominale nous ont permis de faire le diagnostic de la GEU.

Les variables d'étude étaient : épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques.

RESULTATS

Sur 871 dossiers d'urgences abdomino-pelviennes chez la femme en activité génitale, 48 cas de GEU ont été colligés soit 5,5%. Son incidence par rapport au nombre global de grossesses durant cette période était de 1,6% (48/2998).

L'âge moyen des patientes était de 30 ans avec des extrêmes de 16 et 42 ans. Elles étaient toutes des ménagères mariées avec un taux d'alphabétisation de 6,25% (3/48). Les paucipares et les multipares ont été les plus touchées (tableau I).

Tableau I : Répartition de la GEU selon la parité

Parité	Nombre de cas	Pourcentage
Primipare	5	10.4%
Paucipare	16	33.3%
Multipare	15	31.3%
Grande multipare	12	25%
Total	48	100%

Une infection génitale a été retrouvée chez 14 patientes soit 29,2% et un passé de GEU et de césarienne a été noté une fois chacun soit 2,1% des malades.

Au plan clinique, la douleur abdominale, l'aménorrhée et les métrorragies étaient les signes les plus fréquents (tableau II).

Tableau II : Répartition des signes cliniques

Signes cliniques	Nombre	Pourcentage
Douleur		
abdominale	45	93.8%
Aménorrhée	41	85.4%
Métrorragie	35	72.9%
Vertige	7	14.6%
Vomissement	7	14.6%
Masse pelvienne	15	31.3%
Syndrome occlusif	1	2.1%

La triade classique : douleur abdominale, métrorragie et aménorrhée était observée chez 33 patientes (68,8%).

Dix sept patientes (35,4%) ont présenté une anémie dont la valeur moyenne était de 7g/dl avec des extrêmes de 4 et 9.5g/dl. Trente une demandes de dosage des bêta HCG plasmatiques qualitatives étaient revenues positives.

L'échographie, réalisée chez 39 patientes (81,3%) a donné les résultats suivants : association sac intra-utérin et extra-utérin avec activité cardiaque 2 cas ; grossesse abdominale 1 cas et masse latéro-utérine 36 cas.

Un épanchement péritonéal a été observé dans 37 cas.

Les mesures de réanimation ont été entreprises et consistaient à l'administration de solutés de remplissage à base de cristalloïdes et/ou de

colloïdes suivie de transfusion iso-groupe et iso-rhésus.

Le délai moyen de prise en charge était de 12 heures. Toutes les patientes ont été prises en charge chirurgicalement. L'abord par la voie de Pfannenstiel nous a permis de retrouver 43 GEU rompues soit 89,6% contre 5 non rompues soit 10,4%. L'association GEU et GIU a été notée chez 2 patientes.

Le siège tubaire était le plus fréquent avec 46 localisations (95,8%) (Tableau III).

Tableau III : Répartition selon le siège

Siège	Nombre	Pourcentage
Isthme	4	8.3%
Ampoule	41	85.4%
Infundibulum	1	2.1%
Ovaire	2	4.2%
Total	48	100%

Les gestes chirurgicaux réalisés ont été dominés par la salpingectomie dans 41 cas (85,4%) suivie l'annexectomie et la salpingotomie respectivement dans 5 cas (10,4%) et 2 cas (4,2%). Aucun cas de morbidité ou de mortalité n'a été.

DISCUSSION

L'incidence de la GEU est difficile à évaluer. Son taux dépend du dénominateur utilisé et le meilleur dénominateur semble être le nombre total de grossesses (1).

Au Sénégal, la GEU représentait 9,3% des urgences obstétricales en 1996. Rapportée au nombre total de grossesse, elle varie de 0,8 pour 1000 en 1992 à 0,6 pour 1000 en 1996 (2).

En Guinée, la GEU est en nette progression : elle passe de 0,54% en 1973 à 5,28% en 1990 (4). Au Niger sa fréquence est de 2,32% (5) sur l'ensemble des naissances. Au Burundi, un taux faible de 0,7% a été noté en cinq ans (6). En Europe et en Amérique du Nord, sa fréquence a triplé ces trente dernières années et était estimée à 2% des naissances vivantes (7).

Dans notre étude, la GEU représentait 5,5% de l'ensemble des urgences abdomino-pelviennes chez la femme en activité génitale. Ce dénominateur nous a permis de replacer cette dernière

dans son contexte d'urgence d'autant plus que la plupart des GEU est vouée à l'avortement.

Globalement la GEU est en nette progression en Europe (8). Cette augmentation est due à une recrudescence des IST, des avortements, de la chirurgie pelvienne, du tabagisme et de la procréation médicalement assistée (1).

En Afrique, les IST sont prédominantes (9,10) et ces résultats sont superposables à ceux de notre étude ou les infections génitales représentaient 29,2% des cas et ceci en corrélation avec le faible taux de scolarisation de nos patientes et souvent de leur faible niveau de vie.

La symptomatologie clinique de la GEU est variable, allant de la forme asymptomatique de découverte fortuite à l'état de choc hémorragique. Le nombre important d'examen paracliniques qui sont proposés pour faire le diagnostic de cette affection traduit les limites de la clinique. Devant toute femme en période d'activité génitale qui consulte pour des métrorragies ou des douleurs pelviennes, le premier diagnostic à évoquer est la GEU (1).

La triade classique a été la principale symptomatologie clinique révélatrice avec 68,8% des cas. Couplée à l'échographie et au dosage qualitatif du bêta HCG, elle permettait de poser le diagnostic de la GEU sans équivoque.

Certains auteurs préconisent la ponction du cul-de-sac de Douglas comme moyen diagnostique (5, 6). Cependant elle est actuellement abandonnée avec l'avènement l'échographie qui lui est supérieure. De plus, la culdocentèse réalisée à l'aveugle entraîne un risque non négligeable de lésions d'anses digestives ou de ponction vasculaire. Afin de limiter les risques de la ponction, celle-ci doit être réalisée sous échographie (1).

La GEU est une urgence gynécologique nécessitant des mesures de réanimation préalable.

La salpingectomie par laparotomie demeure le traitement le plus utilisé en Afrique sub-saharienne (2,4,5,11). Par contre le traitement médical par le méthotrexate ainsi que la coeliochirurgie fortement recommandés dans les pays du nord(12), rencontrent beaucoup d'obstacles faute de moyens et de plateau technique dans nos régions.

Dans notre série, 2,4% des patientes avaient bénéficié d'un traitement conservateur par salpingotomie suivie d'hémostase. Le traitement

conservateur est très controversé (2,5).

Il pose en effet la problématique d'une grossesse ultérieure supposée plus à risque de rupture utérine et de placenta anormalement adhérent (13).

Deux cas de grossesses hétérotopiques pris en charge par salpingectomie et suivi prénatal ont évolué normalement jusqu'à l'accouchement par voie basse.

La grossesse hétérotopique (GH) est une pathologie qui est réputée rare. Sa fréquence a tendance à augmenter avec le développement des techniques de procréation médicalement assistée. Ces techniques sont en elles-mêmes pourvoyeuses de GEU. De plus, les patientes prises

en charge pour stérilité sont souvent des patientes à risque de GH (14).

Le délai précoce et la multidisciplinarité de la prise en charge de la GEU dans nos services chirurgicaux ont permis d'obtenir d'excellents résultats tant sur le plan de la mortalité que de la morbidité et ceci malgré une létalité comprise entre 1,2 et 9% dans la littérature (1,2).

CONCLUSION

Ce travail montre qu'il est possible, malgré un plateau technique faible, d'obtenir de bons résultats avec les GEU dans une région reculée.

REFERENCES

- 1- Dupuis O, Camagna O, Benifla JL, Batallan A, Dhainaut-Renolleau C et Madelenat P. Grossesse extra-utérine. Encycl med chir, gynécologie/obstétrique, 5-032-A-30, 2001, 18p.
- 2- Cissé CAT, De Bernis L, Faye EO, Diadhiou F. Grossesse extra-utérine au Sénégal. Cahiers d'études et de recherches francophones/santé 2002 ; 12 (2) :271-4.
- 3- Chapron C, Fernandez H, Dubuisson JB. Le traitement de la grossesse extra-utérine en l'an 2000. J Gynecolog Obstet Biol Reprod 2000 ; 29 :351-361.
- 4- Diallo FB, Diallo AB, Diallo TS, Camara AY, Baldé MA, Diallo Y et al. Grossesse extra-utérine (GEU) : Aspects épidémiologiques et thérapeutiques au service de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen de Conakry. Médecine d'Afrique Noire 1999 ; 46(10) :42-45.
- 5- Nyama M, Gallais A, Ousmane N, Idi 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(1):14-8.
- 6- Sindayirwanya JB, Harakeye MG, Ninteretse G et Rufyikiri TH. Aspects particuliers des grossesses extra-utérines au Burundi à propos de 249 cas. Médecine d'Afrique Noire 1991 ; 38(5) :335-341.
- 7- Tay JI, Moore J, Walker J. Ectopic pregnancy. BMJ 2000; 320:916-9.
- 8- Thonneau P, Hijazi Y, Goyaux N, Calvez T et Keita N. Ectopic pregnancy in Conakry, Guinea. Bulletin of the world health organisation 2002;80 (5) :365-370.
- 9- Ville Y, Leruez M, Glowaczower E, Robertson JN et Ward ME. The role of Clamidia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in the etiology of ectopic pregnancy in Gabon. British Journal of obstetrics and gynecology 1991; 98:1260-6.
- 10- De Muylder X, Laga M, Tennstedt C, Van Dyck E, Aelbers GNM, Piot P. The role of Neisseria gonorrhoeae and Clamidia trachomatis in pelvis inflammatory disease and its sequelae in Zimbabwe. Journal of infectious diseases 1990;162:501-5.
- 11- Sy T, Diallo Y, Toure A, Diallo FB, Balde AA, Hyjazi Y et al. Prise en charge de la grossesse extra-utérine à Conakry (Guinée). Cahiers d'études et de recherches francophones/santé. 2003 ; 13 (3):191-5.
- 12- Faller E, Kauffmann E, Cheviere S, Heisert M, Ranjatoelina H, Boumahni B et al. Grossesse abdominale menée à terme. J Gynecolog Obstet Biol Reprod 2006 ; 35 :732-5.
- 13- Flye Sainte Marie H, Baudo M, Benezech C et al. Prise en charge obstétricale après grossesse ectopique intracavitaire : à propos d'un cas et revue de la littérature. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2007 ; 36 : 503-506.
- 14- Montilla F, Amar P, Boyer S, Karoubi R, Diquelou JY. Grossesse hétérotopique: à propos d'un cas avec un tableau clinique rare. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2007 ; 36 : 302-5.

