

ETUDE CLINIQUE, THERAPEUTIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE LA GROSSESSE EXTRA UTERINE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE CVI DU DISTRICT DE BAMAKO (MALI)

CLINICAL, THERAPEUTIC AND PATHOLOGICAL STUDY OF ECTOPIC PREGNANCY AT COMMUNE CVI HEALTHCARE CENTER IN DISTRICT OF BAMAKO (MALI)

KEITA M, COULIBALY B^{2,3}, SAMAKE A, DAO SZ⁴, DIALLO M, SOUMAORO S¹, Haidarad, DIASSANAM, DIASSANA B, KONATE M¹, DIAKITE IK¹, KONAKEMS¹, MAIGA M, TRAORE M¹, DIARRA SM¹, ELMEHDI ELANSARI MSAM¹, COULIBALY M, KAMATE B⁶, TRAORE CB^{2,6}, TRAORE Y^{3,7}

¹Centre de Santé de Référence de la Commune VI Bamako: Service de Gynéco-Obstétrique, Chirurgie Générale, Pédiatrie, Ophtalmologie et ORL

²Faculté de médecine et d'odontostomatologie, Université des sciences des techniques et des technologies de Bamako.

³Maitre-assistant en Anatomie et Cytologie Pathologiques Service d'Anatomie Cytologie pathologiques du CHU Point G

⁴Service de Gynéco-Obstétrique : Centre de Santé de Référence de la Commune II Bamako

⁵Service de Gynécologie Hopital du Mali Bamako

⁶Professeur Titulaire Service d'Anatomie cytologie pathologiques du CHU Point GBamako

⁷Professeur Agrégé Département Gynéco-Obstétrique CHU G TOURE Bamako

**Contact : Dr KEITA Mamadou Gynécologue Obstétricien CSREF CVI
Tel : (223) 66720546 E-mail : madoukeit@yahoo.fr**

Résumé

OBJECTIF : L'objectif de cette étude était d'évaluer la fréquence de la grossesse extra utérine, de déterminer le type anatomopathologique et étiologique, mais aussi de préciser les aspects thérapeutiques dans une structure sanitaire de 2^{ème} niveau de Bamako. **METHODOLOGIE :** Nous avons réalisé une étude prospective sur 12 mois allant du 01 janvier 2018, de type descriptif, dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI et le service d'Anatomie et Cytologie pathologiques du CHU Point G, portant sur 116 patientes. L'étude a concerné toutes les femmes qui avaient été opérées dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune CVI pour grossesse extra utérine, dont le compte-rendu anatomopathologique est disponible et qui avaient acceptées de participer à l'étude. **RESULTAT :** L'étude a concerné 116 patientes opérées pour grossesse extra utérine.

Nous avons enregistré une fréquence de 5,45%. La tranche d'âge la plus touchée était de 20-35 ans. L'âge moyen était de 27 ans. Notre échantillon était constitué de ménagères (87%), de mariées (95%) et de non scolarisées (78%). L'antécédent de salpingite (35%) ou de vulvovaginite (65%) a été retrouvé chez nos patientes. Les signes cliniques retrouvés ont été des douleurs pelviennes, associées à des saignements vaginaux dans un contexte de trouble du cycle (86%). La grossesse extra utérine était rompue dans 98%. Le traitement a été chirurgical dans 96%. Il s'agissait d'une salpingectomie subtotale. Le diagnostic étiologique à l'examen anatomopathologique a retrouvé la salpingite chronique (35%), la salpingite bilharzienne (26%), et l'endométriose tubaire (13%). **CONCLUSION :** Notre étude a prouvé que la grossesse extra utérine reste une pathologie fréquente. La chirurgie classique garde toute sa place dans le contexte d'urgence. La prise en charge correcte des étiologies pourrait améliorer le pronostic.

Mots clés : Grossesse extra utérine, Etiologies, Traitement Chirurgical ; Bamako (Mali)

ABSTRACT

OBJECTIVE: The aim of this study meant to evaluate the frequency of ectopic pregnancy, to determine the anatomicopathological and etiologic type, as well as to specify the therapeutic means in a level-two healthcare facility of Bamako. **METHODOLOGY:** We had carried out a 12-month prospective study, which started on January 1st, 2018. The study design was prospective and descriptive and took place at the Obstetrics and Gynaecology Unit of Commune VI healthcare center and at the Pathological Anatomy and Cytology Unit of Point G Teaching Hospital. A hundred and sixteen patients actually participated, all operated for ectopic pregnancy in Obstetrics and Gynecology Service of Commune VI healthcare center. These women willingly participated in the study. **RESULTS:** The study concerned with 116 women who were operated on due to ectopic pregnancy. A 5.45% frequency was recorded. The most

affected patients were in the 20-35 age range. The average age was 27 years old. Our sample consisted of housewives (87%), married (95%), and those who did not attend school (78%). Our patients had a medical history of salpingitis (35%) or vulvovaginitis (65%) when diagnosed. The clinical signs were pelvic pain, accompanied by vaginal bleeding in a situation of menstrual cycle disorders (86%). In 98% cases, the ectopic pregnancy was ruptured. In 96% cases, the treatment was surgical, mostly a subtotal salpingectomy. Aetiological diagnosis, through anatomicopathological examination, revealed chronic salpingitis (35%), bilharzic salpingitis (26%), and tubal endometriosis (13%). **CONCLUSION:** Through our study, we found out that ectopic pregnancy is a common pathology. The classical surgery remains a much important means to deal with the issue in case of emergency. Insofar as aetiologies are better taken care of, the pronostic would much improve.

Key words: Ectopic pregnancy, Aetiologies, Surgical treatment, Bamako (Mali)

INTRODUCTION

Les hémorragies du premier trimestre de la grossesse sont des motifs fréquents de consultation dans le service de gynécobstétrique au centre de santé de référence de commune VI du District de Bamako. Parmi ces causes, la grossesse extra utérine (G E U) est la complication la plus redoutable et menace le pronostic vital et obstétrical de la femme.

En France, on estime que 15000 femmes auront une GEU chaque année dont 2 à 5 auront une issue fatale ; 400 environ auront des problèmes de fertilité ultérieure et 1000 devront recourir à l'assistance médicale à la procréation (A M P) [1]. A ce jour peu d'études spécifiques, ont été réalisées au Mali sur les aspects anatomopathologiques et particulièrement au Centre de Santé de Référence de la Commune VI du District de Bamako qui est une maternité de deuxième référence dans la pyramide sanitaire du Mali.

Ce qui justifie la présente étude dont les objectifs étaient d'évaluer la fréquence de la grossesse extra utérine, de déterminer le type anatomopathologique et étiologique, mais aussi de préciser les aspects thérapeutiques dans une structure sanitaire de 2^{ème} niveau de Bamako.

PATIENTES ET METHODES

Nous avons réalisé une étude prospective sur 12 mois allant du 01 janvier 2018 au 31 Décembre 2018, de type descriptif et analytique, dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI et le service d'Anatomie et Cytologie pathologiques du CHU Point G, portant sur 116 patientes.

Ont été incluses dans notre étude toutes les femmes qui avaient été opérées dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune CVI pour

grossesse extra-utérine, dont le compte-rendu anatomopathologique était disponible et qui avaient accepté de participer à l'étude. Les pièces opératoires de GEU ont été fixées avec du formol dilué au 1 /10 puis transportées immédiatement au service d'anatomie pathologique du CHUP « G ».

N'étaient pas inclus, tous les cas GEU non opérées dans le service, les cas de GEU opérées en dehors de la période d'étude et les cas de GEU sans diagnostic anatomopathologique.

Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire rempli à partir des dossiers obstétricaux, le registre d'accouchement, le registre du protocole opératoire, une copie a été remplie pour chaque patiente.

Les données ont été saisies et analysées en utilisant le logiciel Epi-info version 7.2.2.6. Le test statistique χ^2 a été utilisé pour étudier les relations entre les variables. L'obtention d'une valeur de p inférieure à 0,05 était considérée comme statistiquement significative.

RESULTATS

FREQUENCE

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 116 cas de GEU sur 2128 grossesses soit une fréquence de 5,45%.

PROFILS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

AGE

La tranche d'âge 20 à 35 ans était la plus représentée avec 102 cas soit 87,93% (Figure 1). L'âge moyen était 27ans avec des extrêmes de 18 à 40 ans.

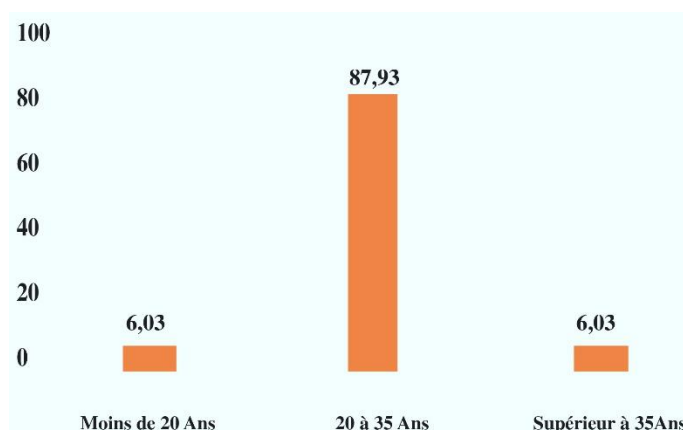


Figure 1 : Répartition des patientes selon l'âge

Dans notre étude nous n'avons pas trouvé d'association entre l'âge et la survenue d'une GEU rompue (Tableau I)

Tableau I : Age/GEU.

Age	GEU		Total
	Rompue	Non rompue	
Moins de 20 ans	7 100%	0 0,00%	7 100%
20 à 35 ans	99 97,06%	3 2,94%	102 100%
Supérieur à 35 ans	7 100%	0 0,00%	7 100%
Total	113 97,41%	3 2,59%	116 100%

Les GEU étaient fréquentes entre 20-35ans soit 87,93% des cas sans tendance significative. $\chi^2 = 0,28$, $P = 0,86$.

ETUDE CLINIQUE

Les patientes avec un antécédent de vulvo-vaginite ont représenté 65,52%, et 40 cas de salpingites ont été retrouvés soit 34,48%.

L'utilisation de méthodes contraceptives a été retrouvée chez 101 de nos patientes soit 87,07%. Le contraceptif le plus utilisé était un progestatif type implant sous cutané (JADELLE) dans 25,86 % des cas (Figure2)

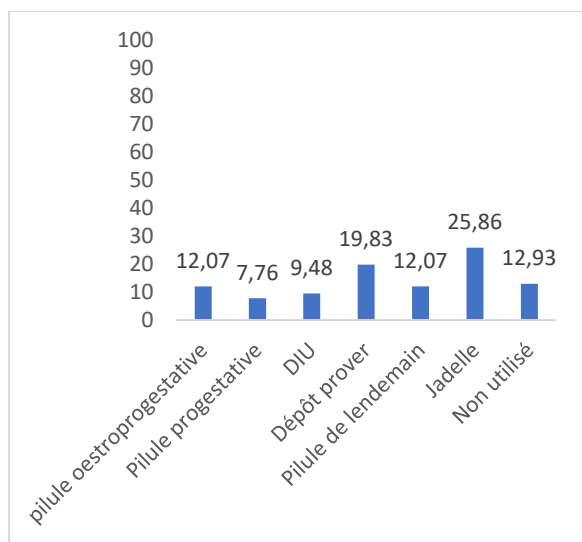


Figure 2 : Répartition des patientes selon l'antécédent de contraception

D'autres structures de la commune VI ont référé 48,28% (n=56) de nos malades. Les patientes venues d'elles-mêmes représentaient 60 cas (51,72%).

La douleur pelvienne et l'hémorragie génitale étaient les circonstances de découverte retrouvées respectivement dans 48 (41,38%) et 20 cas (17,24%).

La GEU était rompue dans 102 cas soit (87,93%), et non rompue dans 3 cas soit (2,59%). Un cas de grossesse hétérotopique a été retrouvé (0,86%). Dans 4 cas (3,45%), la GEU était associée à un Dispositif intra utérin, et dans 6 cas (5,18%) à un contraceptif progestatif type implant : JADELLE. Nous n'avons pas trouvé de liaison entre la GEU et la contraception ($\chi^2 = 0,20$, $P = 0,91$) (Tableau II).

GEU			
Contraceptions	Rompue	Non rompue	Total
Oui	10	0	10
	100%	0,00%	100%
Non	103	3	106
	97,17%	2,83%	100%
Total	113	3	116
	97,41%	2,59%	100%

Tableau II : Contraception / GEU.

En per-opératoire le siège de la grossesse extra utérine était ampullaire (Figure 3) dans 106 cas (93,10%) et isthmique dans (4,31%), 3 cas (2,59%) de grossesses extra utérines interstitielles ont retrouvées. Un cas de grossesse extra utérine ampullaire avec un embryon vivant a été retrouvé (Figure 4), il s'agissait d'une patiente qui avait séjournée dans une structure périphérique dont le diagnostic a été tardif.

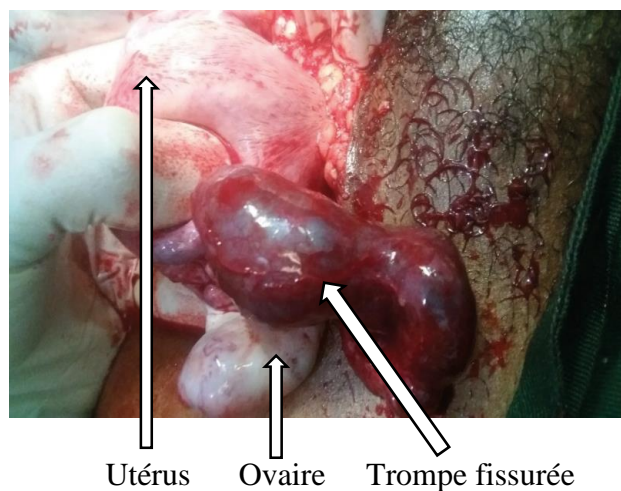


Figure 3 : per opératoire masse latéro-utérine droite avec fissure de la trompe droite



FIGURE 4 : pièce opératoire GEU tubaire de 15 SA avec embryon vivant

La salpingectomie subtotale a été effectuée dans 108 cas (93,10%), 5 cas (4,31%) d'annexectomie et 3 cas (2,58%) de kystectomie associée à la salpingectomie. L'anatomopathologie a révélé 65 cas de salpingite chronique soit 56,03%, 17 cas de Bilharziose tubaire soit 14,65%, et 10 cas d'endométriose tubaire soit 8,62%

Les suites immédiates ont été simples pour 115 patientes soit 99,13%. Nous avons enregistré un cas (0,8%) de choc hémorragique extrême soldé par un décès.

DISCUSSION

La fréquence de la grossesse extra-utérine (GEU) est en augmentation au cours des dernières années dans les pays industrialisés. Sa fréquence est estimée à 20 pour 1000 grossesses en France [2]. Dans les pays en développement notamment en Afrique subsaharienne, l'incidence de la GEU est située entre 0,5 à 3,5% selon Bruno au Cameroun Akaba au Nigeria, Nayama au Niger [3, 4,5]. Notre étude a trouvé une fréquence de 5,45%. Cette augmentation pourrait s'expliquer par l'évolution concomitante de la fréquence de certains facteurs de risques comme les infections sexuellement transmissibles.

Concernant l'âge comme facteur de risque de GEU, les résultats sont différents selon les séries. Ainsi, Fahimi et al ont trouvé que le

risque de survenue de grossesse extra utérine est très significatif à partir de 31ans et il est sensiblement élevé chez les femmes dont l'âge est compris entre 16 et 25 ans [6]. Dans notre série, comme celle de Makinenet al, les auteurs n'avaient pas trouvé d'association entre l'âge et le risque de GEU, cependant la GEU était plus observée dans la tranche d'âge de 20 à 35ans dans notre échantillon [6].

Dans notre échantillon soixante-seize des patientes étaient sous contraception hormonale soit 65% dans les antécédents, et six cas de GEU (5%) sont survenus sous implant type JADELLE. De même, onze des patientes avaient déjà bénéficié d'une pose de stérilet dans les antécédents et quatre cas de GEU (3%) sont survenus sous stérilet. Nos résultats sont proches de ceux de Fahimiet Hernandez [1, 6]. Beaucoup d'auteurs ont estimé que le risque de survenue de GEU sous stérilet était de 0,8 à 10% [1, 6]. En effet, il semblerait que le stérilet prévient mieux contre les grossesses intra-utérines que les GEU [1]. Les infections génitales sont considérées comme le principal facteur de risque de survenue de GEU du fait qu'elles endommagent la trompe empêchant une migration normale de l'œuf [7]. D'après Spira, les altérations de la muqueuse tubaire secondaire aux infections seraient responsables de 50% de GEU [7]. Eggeret al. ont montré que les actions de prévention pour diminuer le taux des infections génitales à chlamydiae ont diminué l'incidence de GEU [8]. Dans notre étude, les infections génitales ont été retrouvées chez toutes nos patientes

Le diagnostic clinique a été évoqué devant les douleurs pelviennes dans 48 cas (41,38%), associées à des hémorragies génitales pour 17,24% de nos patientes comme dans plusieurs études africaines [4, 5]. L'échographie pelvienne demeure le seul outil diagnostique accessible dans notre contexte, elle a pu suspecter le diagnostic dans 86% des cas. La grossesse extra-utérine était rompue dans 102 cas soit (87,93%), et non rompue dans 3 cas soit (2,59%). Un cas de grossesse hétérotopique a été retrouvé soit

(0,86). Ces résultats sont proches de ceux des études Africaines [3, 4, 5]. La fréquence élevée de la GEU rompue dans notre contexte pourrait s'expliquer par le fait que le recours tardif aux soins dus facteurs environnementaux, et les erreurs de diagnostic contribuent à la rupture tubaire.

Dans notre étude, la localisation ampullaire a été retrouvée chez cent huit de nos patientes soit 93%. Le siège isthmique vient en second lieu (4%). Ces données sont proches de celles de la littérature [1, 6]. La localisation extra-tubaire ne représente que 1%, elle n'a pas été retrouvée dans notre série [1].

La cœlioscopie est le traitement de référence de la grossesse extra-utérine. Cependant en Afrique sub-saharienne, la laparotomie reste le choix thérapeutique à cause de l'insuffisance du plateau technique [4]. Ainsi, dans notre série, nous avons réalisé une laparotomie chez toutes nos patientes comme dans beaucoup d'études africaines [9, 10]. La salpingectomie a été la technique chirurgicale la plus utilisée dans notre étude (95%). Après étude histologique, les étiologies suivantes

ont été les plus fréquentes : la salpingite chronique dans 35%, puis la bilharziose tubaire dans 26% des cas, et enfin, l'endométriose tubaire dans 13%. Nos résultats sont nettement supérieurs à ceux de Picaud et al qui ont trouvé 25,1% de salpingite chronique, 0,5% de bilharziose et d'endométriose [11]. La fréquence élevée de la salpingite bilharzienne pourrait s'expliquer par le fait que la bilharziose sévit de façon endémique dans nos pays, c'est pour ces raisons qu'un programme national existe pour la prise en charge des maladies tropicales négligées et entreprend des campagnes de lutte contre les schistosomiasés.

CONCLUSION

La GEU reste une pathologie fréquente. Dans notre contexte le recours tardif aux soins, favorise la rupture tubaire ; La chirurgie classique garde toute sa place dans le contexte d'urgence. La prise en charge correcte des étiologies en amont pourraient améliorer le pronostic.

REFERENCES

- 1. FERNANDEZ H, POTTIER. S, DOUMERS S, LELAIDIER C, OLIVENNES VILLE Y et al.** Ultrasound guided injection of methotrexate versus laparoscopic salpingotomy in ectopic pregnancy. *Fertil Steril.* 1995 ; 63 : 25-29
- 2. GERVAISE A, FERNANDEZ H.** Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la GEU. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2010 ; 39S : 14-24.
- 3. BRUNO K, MICHEL N, ADAMO B, et al.** La grossesse extra-utérine dans une région semi-rurale en Afrique: Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à propos d'une série de 74 cas traités à l'Hôpital de District de Sangmelima au Sud-Cameroun. *Pan Afr Med J* 2012; 13: 71.
- 4. AKABA GO, AGIDA TE, ONAFOWOKAN O.** Ectopic pregnancy in Nigeria's federal capital territory: a six year review. *Niger J Med* 2012; 21(2): 241-5.
- 5. NAYAMA M, GALLAIS A, OUSMANE N, et al.** Management of ectopic pregnancy in developing countries: example of a Nigerian reference maternity. *Gynecol Obstet Fertil* 2006; 34(1): 14-8
- 6. MAKINEN JL.** Increase of ectopic pregnancies in Finland. Combination of time and cohort effect. *Obstet Gynecol* 1989. 73 : 21-4.
- 7. JOB-SPIRA N, COLLET P, COSTE J, BREMOND A, LAUMAN B.** Facteurs de risque de la grossesse extra-utérine Résultats d'une enquête de cas témoins dans la région Rhône-Alpes. *Contracept Fertil Sex* 1993;21: 307-312.

8. EGGER M. LOW N. SMITH GD. LINBLOM B. HERMAN R. Screening for risk of ectopic pregnancy in a county in Sweden. Ecologic analysis. Br Med J. 1998;316: 1776-80.

9. GABKIKA BRAY MADOUE, ABDELSALAM SALEH, ILBOUDO SERGE R. WILFRIED, ADOUMTCHARI, DOMGAKOLOMSO : Grossesse extra-utérine : Aspects épidémiologiques et Pronostic maternel à l'Hôpital de district de N'Djamena sud (Tchad), Kisangani Médical 2015, 6(1):115.

10. RANDRIAMBOLOLONA D M A et al. Prise en charge de la grossesse extra-utérine à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de BEFELATANANA ANTANANARIVO Madagascar. Revue d'Anesthésie Réanimation et de Médecine d'Urgence 2012; 4(1): 1619.

11. PICAUD A. Evolution de la fréquence de la grossesse extra utérine à Libreville (Gabon) de 1977à1989. Med. Afr. Noire 1992,12 : 798-805.