

Grossesse extra-utérine : aspects épidémiologiques, étiologiques et avenir obstétrical des patientes au CHU de Cocody

Extra-uterine pregnancy: epidemiological, etiological aspects and the obstetrical future of patients at the Cocody university hospital center

Angoi AV, Mian DB, Moumouni O, Koffi A, N'guessan KLP, Boni ES

Service de gynécologie d'obstétrique du centre hospitalier et universitaire de Cocody. BP V13 Abidjan Côte d'Ivoire

Auteur correspondant : Angoi Aya Virginie. 06 BP 1941 Abidjan. RCI. Email: avavirginie@yahoo.fr

Résumé

Objectif : décrire les aspects épidémiologiques, étiologiques et évaluer l'avenir obstétrical des patientes ayant eu une grossesse extra-utérine (GEU).

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et longitudinale effectuée sur une période de 12 mois allant du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017. Ont été incluses dans cette étude, les patientes chez qui le diagnostic de GEU a été posé et ayant bénéficié d'une étude histologique de la pièce opératoire et / ou fait un bilan infectieux puis une HSG.

Résultats : La fréquence de la GEU était de 4,06% des urgences gynécologiques. L'âge moyen des patientes était de 27 ans (extrêmes de 18 et 41 ans) et célibataires dans 56,60% des cas. Les nullipares représentaient 34,90% de l'effectif. Les localisations ampullaires prédominaient dans 60,40% des cas et 95,28% des GEU étaient rompues. L'analyse histologique de la pièce a mis en évidence 52,48% de salpingite chronique non spécifique et la sérologie des chlamydiae était positive dans 77,35% des cas. L'HSG a objectivé une perméabilité tubaire de la trompe controlatérale dans 81,73% des cas.

Conclusion : La GEU demeure une affection relativement fréquente. Elle prédomine chez les femmes jeunes, célibataires et nullipares. L'étiologie principale est la chlamydie. Une prise en charge s'avère nécessaire pour la fertilité ultérieure.

Mots-clés : GEU – Métrorragies- Histologie – Chlamydia - Fertilité

Summary

Objective: Describe the epidemiological, etiological aspects and assess the obstetrical future of patients who have had an ectopic pregnancy.

Method: This is a prospective, descriptive and longitudinal study conducted over a 12-month period from January 1, 2017 to December 31, 2017. Patients were included in this study for whom the ectopic pregnancy diagnosis was made and having benefited from a histological study of the operative specimen and / or made an infectious assessment, then a hysterosalpingography

Results: The frequency of ectopic pregnancy was 4,06% of gynecological emergencies. The average age of the patients was 27 years (range, 18 and 41 years) and single in 56,60% of cases. Nulliparous accounted for 34,90% of the workforce. Ampullary localizations predominated in 60,40% of cases and 95,28% of ectopic pregnancies were ruptured. Histological analysis revealed 52,48% chronic nonspecific salpingitis and 77,35% positive chlamydial serology. Hysterosalpingography revealed a tubal permeability of the contralateral trunk in 81,73% of cases.

Conclusion: The ectopic pregnancy remains a relatively frequent affection. It predominates among young, single and nulliparous women. The main etiology is chlamydia. Management is needed for subsequent fertility.

Keywords: ectopic pregnancy - Metrorrhagia - histology - chlamydia- Fertility

Introduction

La grossesse extra utérine (GEU) constitue un problème de santé publique. Elle est une affection redoutable du fait d'une part de son caractère morbide et d'une mortalité élevée, et d'autre part de ses conséquences sur la fertilité. Elle est responsable de 13 % de décès maternels au premier trimestre de la grossesse dans le monde [1] et la première cause de mortalité maternelle en Afrique dans les trois premiers mois de gestion [2]. Son incidence, en baisse dans les pays développés avec un ratio 2 GEU pour 100 naissances vivantes [3], reste élevé dans les pays en développement allant de 2% dans les années 90 à 5% dans les années 2000 [3-6]. Le diagnostic de la GEU est précoce dans les pays industrialisés ouvrant la porte à plusieurs attitudes thérapeutiques. Alors qu'en Afrique, le diagnostic souvent tardif met en jeu le pronostic vital et l'avenir obstétrical.

L'objectif de notre étude étant de décrire les aspects épidémiologiques, étiologiques et d'évaluer l'avenir obstétrical des patientes ayant eu une GEU.

Méthode

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et longitudinale. Elle s'est déroulée sur une période de 12 mois allant du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017 dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU de Cocody Abidjan. Ont été incluses dans l'étude, les patientes prise en charge pour une GEU confirmée ; l'étude histologique des pièces opératoires a été faite, et/ou une sérologie chlamydia et un prélèvement vaginal et/ou endocervical ont été réalisés 2 semaines après le diagnostic, puis une hystérosalpingographie (HSG) réalisée à 6 mois du traitement. Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête élaborée avec le consentement éclairé des patientes. L'analyse statistique des résultats a été réalisée à partir du logiciel Epi Info version 6.

Résultats

Fréquence

Nous avons enregistré 106 GEU pour 7484 accouchements soit une fréquence de 1,41% et 2607 admissions aux urgences gynécologiques soit une fréquence de 4,06%.

Données socio-démographiques

Tableau I : Répartition des patientes selon les données socio-démographiques

Paramètres		Effectif	Pourcentage (%)
Tranche Age (ans)	< 20	04	03,78
	[20-30[62	58,48
	[30-40[36	33,96
	≥40	04	03,78
Situation matrimoniale	Célibataires	60	56,60
	Mariées	46	43,40
Gestité	Primigeste	10	09,44
	Paucigeste	51	48,11
	Multigeste	45	42,45
Parité	Nullipare	37	34,90
	Primipare	27	25,48
	Paucipare	31	29,24
	Multipare	11	10,38
Antécédents	Infections génitales	40	37,73
	Avortements provoqués	45	42,45
	Chirurgie pelvienne (GEU)	16(02)	15,11(01,90)
Méthode Contraceptive	Tabagisme chronique	05	04,71
	Oui (DIU)	46(04)	43,40(03,77)
	Non	60	56,60

Traitement de la GEU

Sur les 106 cas de GEU enregistrées, la majorité des patientes 101 (soit 95,28%) ont bénéficié d'un traitement chirurgical.

Aspects anatomopathologiques

Tableau II : Répartition des patientes selon l'aspect anatomopathologique

Paramètres		Effectif(n=101)	Pourcentage (%)
Localisation	<i>Ampullaire</i>	61	60,40
	<i>Isthmique</i>	29	28,71
	<i>Interstitielle</i>	11	10,89
Trompe controlatérale	<i>Saine</i>	89	88,11
	<i>Pathologique (moniliforme + hydrosalpinx)</i>	10	10,00
	<i>Inexistante</i>	02	01,89
Aspect histologique	<i>Triploïdie</i>	03	02,97
	<i>Môle hydatiforme</i>	02	01,98
	<i>Salpingite chronique non spécifique</i>	53	52,48
	<i>Trompe et œuf normaux</i>	40	39,60
	<i>Non analysées</i>	03	02,97

Suivi post opératoire

Sérologie chlamydiae

Elle était positive chez 82 patientes (77,35%) et négative chez 24 patientes (22,65%).

Prélèvement vaginal et/ou endocervical

Tableau III : Répartition des patientes selon le résultat du prélèvement vaginal et/ou endocervical

Résultat prélèvement vaginal et/ou endocervical	Effectif	Pourcentage (%)
<i>Chlamydia trachomatis</i>	75	70,75
<i>Infection à mycoplasme</i>	20	18,86
<i>Vaginite mixte</i>	10	09,50
<i>Vaginose bactérienne</i>	10	09,50
<i>Gonococcie</i>	06	05,60
<i>Vaginite à candida albicans + infection à mycoplasme</i>	02	01,88
<i>Normal</i>	01	0,95

Hystérosalpingographie**Tableau IV** : Répartition des patientes selon l'état radiologique de la trompe controlatérale

Résultat de l'HSG	Effectif(n=104)	Pourcentage (%)
<i>Perméabilité tubaire</i>	85	81,73
<i>Obstruction tubaire</i>	10	09,62
<i>Hydrosalpinx</i>	07	06,73
<i>Phymosis</i>	02	01,92
Total	104	100

Discussion**Aspects épidémiologiques**

Dans notre étude, la fréquence des GEU était de 4,06% des urgences gynécologiques. Elle était supérieure à celle de Yao [7] 2,89%. L'âge moyen était de 27 ans avec les extrêmes de 18 et 41 ans. La tranche d'âge la plus touchée était de 20 à 30 ans. Elle était identique à celle de Yao [7] 21 à 30 ans, contrairement à Bouyer J. [3] qui rapportait que le risque de GEU augmente avec l'âge et est plus forte après 35 ou 40 ans. Notre tranche d'âge correspond à la population dont l'activité sexuelle est plus élevée, donc la plus exposée aux IST et avortements à risque. Les célibataires représentaient 56,60% des cas. Ces résultats différaient de ceux de la littérature [8]. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les femmes célibataires seraient plus exposées aux infections, du fait qu'elles auraient plusieurs partenaires avec des rapports sexuels pas toujours protégés. La gestité moyenne de nos patientes était de 3 avec des extrêmes de 1 et 8. Les multigestes représentaient 45 cas soit 42,45%. Ce nombre élevé

de multigestes pourrait être dû au fait qu'un grand nombre de grossesse ont abouti à un avortement provoqué, source d'infection génitale. Les patientes nullipares représentaient 34,90% des cas. Ces résultats rejoignent ceux de Buambo [4] et Meye [2] qui trouvaient que les nullipares et les paucipares constituaient un groupe à risque. Par contre Goffinet [11] n'avait trouvé aucun lien entre parité et GEU. Le grand nombre de nullipares dans notre série pourrait s'expliquer par le fait que toutes les gestations n'évoluaient pas vers une parité, quand on se réfère d'une part au nombre élevé de multigestes et d'autre part, aux forts taux d'antécédent d'avortement provoqué. S'agissant des antécédents, les avortements provoqués étaient au premier plan avec 42,45%. Nos résultats traduiraient le fait que les avortements sont sources d'infections tubaires vu les mauvaises conditions dans lesquelles sont réalisés ces avortements clandestins. Puis les infections génitales venaient en deuxième position avec 37,73 %, en concordance avec ceux de la littérature [10].

Quant à la chirurgie sur le petit bassin, elle représentait 12,28% (GEU : 1,90%, appendicite : 10,38%). Nos résultats se rapprochaient de ceux de Randriambololona [10] qui trouvait 10,73%. La chirurgie en général et la chirurgie pelvienne en particulier entraînent des adhérences qui sont elles-mêmes pourvoyeuses de pathologie tubaire. Ensuite le tabagisme représentait 4,71% des cas. Ce faible taux s'expliquerait par le fait que chez nous, les femmes fumeuses ne sont pas très nombreuses et ne nous permettait pas d'apprécier le lien existant entre le tabagisme et la GEU comme l'affirmait Burguet cité par Bouyer J. [3]. Selon lui le tabac diminue la fertilité naturelle et augmente le risque de survenue de GEU. Dans notre série, 46 patientes (43,40%) avaient une méthode contraceptive (oestroprogestative = 31,13%, progestatif injectable = 8,50% et DIU = 3,77%). Cette faible population ayant un antécédent de DIU ne nous permettait pas de faire le lien entre DIU et GEU. Pour Gervaise A. [8], le port du stérilet au moment de la conception est responsable de 2,5% de GEU. Goffinet [9] aussi concluait que l'action antinidatoire du DIU au niveau de la cavité utérine et les modifications de la structure histologique de l'endomètre, seraient des facteurs prédisposant à la grossesse ectopique. Bouyer J. [3] lui a fait la distinction entre les GEU survenues alors que la femme n'avait pas de contraception (échec de reproduction) ou qu'elle en avait une (échec de contraception).

Etiologies

Dans notre étude, la nidation ampullaire a prédominé avec 60,40% des cas. Cette localisation a déjà été rapportée par plusieurs auteurs dans la littérature [3,11,12,13]. Cette prédominance ampullaire pourrait s'expliquer par le fait qu'au niveau de l'ampoule, le canal tubaire est large souple et se laisse volontiers se distendre. La prise en charge thérapeutique a été soit médicale à base de méthotrexate (5 cas soit 4,72%) ou alors chirurgicale essentiellement la salpingectomie (101 cas soit 95,28% pour rupture franche de la trompe avec hémopéritoine). Nos résultats étaient comparables à ceux de Randriambololona [10], mais différents de ceux de Bouyer J. [3]. Cela s'expliquerait par le fait que nos patientes avaient bénéficié d'une prise en charge dans d'autres structures avant leur évacuation et aussi l'ignorance des signes de GEU non rompues par ces dernières, mais surtout du fait qu'en Afrique les patientes consultaient tardivement avec pour conséquence un diagnostic tardif. La trompe controlatérale était absente chez deux (02) patientes soit 1,89%. La trompe controlatérale était macroscopiquement pathologique dans 10% des cas. L'histologie a retrouvé comme anomalie la salpingite chronique non spécifique 52,48% et les anomalies de l'œuf 4,95% (triploïdie = 2,97% et môle hydatiforme = 1,98%). La prédominance des salpingites chroniques

a été déjà rapportée dans de nombreux travaux [10,14]. Sur 106 patientes, 82 avaient une sérologie chlamydiae positive soit un taux de 77,35%. Nos résultats rejoignent ceux de MEYE [2] qui retrouvait 81%. Les germes retrouvés étaient majoritairement dominés par les chlamydiae (70,75%) suivi par les mycoplasmes (18,86%). Il faut cependant noter que nous avons observé plusieurs associations. Cela démontre tout l'intérêt et la nécessité de réaliser le bilan infectieux après tout traitement pour une GEU. Ainsi, au regard de ces résultats, l'infection à chlamydia constituerait un facteur de risque de GEU.

Evaluation de la fertilité

L'hystérosalpingographie a été l'examen radiologique réalisé après le traitement de la GEU dans le but de vérifier la perméabilité tubaire de la trompe controlatérale. 85 patientes avaient une perméabilité tubaire (81,73%), 10 patientes avaient une obstruction tubaire (9,62%), 7 cas d'hydrosalpinx (6,73%), et 2 cas de Phimosi (1,92%). Une cœlioscopie « **second look** » a été proposée à ces patientes. Sur les 106 patientes, 27 soit 25,47% ont contracté une grossesse et 3 soit 2,83% ont eu une GEU sur trompe controlatérale. Nos résultats sont loin de ceux de Fernandez H. et Alsunaidi [15,16] qui trouvaient un taux de 70% pour les patientes qui ont désirés une nouvelle grossesse et qui ont pu obtenir une grossesse intra utérine après traitement chirurgical conservateur et 64 % après traitement chirurgical radical. Cela pourrait s'expliquer par le recul. Nous n'avons qu'un délai de 6 mois après traitement, quant à eux ont un recul de deux ans. Néanmoins nous avons un réel motif d'espoir vu que 85 patientes sur les 106 avaient une perméabilité tubaire sur la trompe restante. Pour Fernandez, les résultats de cet essai invitent les gynécologues à reconsidérer la prise en charge des GEU en tenant compte des différents éléments que sont la fertilité ultérieure, la durée du suivi après traitement, la préférence des patientes, mais aussi les risques inhérents à chacun des traitements.

Conclusion

La grossesse extra-utérine demeure une affection fréquente. Elle prédomine chez les femmes jeunes, célibataires, multigestes, nullipares et pauci pares. La chirurgie pelvienne du fait de ses adhérences et les avortements provoqués constituent un facteur de risque de GEU. Les lésions histologiques sont dominées par les salpingites chroniques non spécifiques. L'infection à chlamydia représente la principale cause infectieuse. La prévention et le traitement des IST à chlamydiae s'avèrent nécessaire. La prédominance du traitement radical témoigne du stade tardif du diagnostic. L'avenir obstétrical doit inciter au diagnostic précoce et au traitement conservateur.

Références

1. **Barnhart K, Same MD, Chittams J, Hummel A, Shaunik A.** Risk factors of ectopic pregnancy in women with symptomatic first trimester pregnancies. *Am J Obstet Gynecol.* 2000; 106: 993-9.
2. **Meye. JF, Sima-Zue.A, Boniface. S, Kendjo. E** : Aspects actuels de la grossesse extra utérine à Libreville (Gabon) : A propos de 153 cas. *Cahiers d'études et de recherches francophones/ Santé.* 2003 ; 12 (4) : 405-8.
3. **Bouyer J.** Epidémiologie de la grossesse extra-utérine : Incidence, facteurs de risque et conséquences. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2003 ; 32(7) :8-17
4. **Buambo-Bamanga SF, Oyere-Moke P., Babiessa F., Gnekoumou L.A., Nkihouabonga G., Ekoundzola J.R.** La grossesse extra-utérine : Etude de 139 cas colligés au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. *Med Afr* 2010 ; 57 :259-264.
5. **Dohbit J.S., Foumame P., Kapche M.D., Mboudou E.T., Doumbe M., Doh A.S.** Grossesse Extra-Utérine à l'Hôpital Régional de Bafoussam : Aspects Epidémiologiques, Cliniques et Thérapeutiques. *Clinics in Mother and Child Health.* Vol.7 (2010), Article ID C101977, 4 pages.
6. **Foumane P., Mboudou E.T., Ngowe Ngowe M., Doh Bit J., Belinga E., DohA.S.** Traitement de la grossesse extra-utérine à l'hôpital Gynéco-Obstétrique et de Pédiatrique de Yaoundé. *Revue Africaine de Chirurgie et Spécialités –Vol 4 N°7(2010).*
7. **Yao I., Doukouré B., Guié P., N'Guessan E., Bouhoussou K P E, Dia J M L., Saki T C, Anongba S., Toure-Coulibaly K.** Grossesses extra-utérines tubaires : Aspects épidémiologiques et histopathologiques de 40 cas colligés à la maternité du CHU de Treichville (Abidjan Côte d'ivoire). *Revue bio-Africa- N°7-2009,* pp 44-49.
8. **Gervaise A, Fernandez H.** Prise en charge diagnostiques et thérapeutiques de la grossesse extra utérine. *Encycl. Med. Chir. Gynécologie.* 2010, 8p.
9. **Goffinet.F, Dreyfus.M, Madelenat.P.** Recommandations pour la pratique clinique : Prise en charge de la grossesse extra-utérine. *Gynecol.Obstet. Fertil.* 2004, 32 :180-185.
10. **Randriambololona D.M.A.** 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) : 16-19.
11. **Adikhari S, Blaivas M, Lyon M.** Diagnosis and management of ectopic pregnancy using transvaginal ultrasonography: A 2 years' experience. *Am J Emergency Med.* 2007; 25:591-6.
12. **Alleyassin A, Khademi A, Marzieh T.** Comparison of success rates in the medical management of ectopic pregnancy with single doses and multiple-dose administration of methotrexate: A prospective randomized clinical trial. *Fertil Steril.* 2006 ; 85 :1661-6.
13. **Houunkpatin B.I.B., Denakpo J.L., Bagnan Tonato A. ; Mehinto A., N. M. ; Perrin R. X.** Traitement coelioscopique de la grossesse extra-utérine à l'hôpital de la mère et l'enfant lagune (HOMEL) de Cotonou ; *Médecine d'Afrique noire* 2012, vol. 59 N°12 pp.597-604.
14. **N'guessan K., Boni S., Bohoussou K.,** La grossesse extra-utérine au CHU de Cocody : Aspect épidémiologique et thérapeutiques. *Guinée Médicale N°34* octobre –Novembre-Décembre 2001.
15. **Fernandez H, Capmas Perrine, Lucot J-P, Panel Pierre, Bouyer J;** Fertility after ectopic pregnancy: The demeter randomised trial, *Inserm, Hum Reprod,* mars 2013
16. **Alsunaidi M.** incidence of ectopic pregnancy after assisted reproduction treatment, *Saudi Med. J.* 2007; 28: 590-592.