

## Profil et issue des femmes présentant une grossesse extra-utérine au Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa

### *Profile and outcome of women with an ectopic pregnancy at the University Hospital Center of Fianarantsoa*

N.Z.R. Andriamifidison (1)\*, J.F. Rafamatanantsoa (1), F.M. Randriatsarafara (1), H. Rakotomahenina (2), J.D. Tovoniaina (3), J.A. Randriambelomanana (4), V.D. Randrianarimanana (1), J.D.M. Rakotomanga (1)

(1) Département santé publique, Faculté de Médecine, Antananarivo

(2) Centre Hospitalier Universitaire Tambohobe, Faculté de Médecine de Fianarantsoa

(3) Faculté de Médecine d'Antananarivo

(4) Département mère-enfant, Faculté de Médecine, Antananarivo

#### Résumé

**Introduction.** La grossesse extra utérine constitue une cause fréquente de morbidité et parfois de mortalité chez les femmes en âge de procréer. Cette étude vise à déterminer les itinéraires des femmes et à évaluer leur issue.

**Patientes et méthodes.** Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et transversale de toutes les patientes diagnostiquées et traitées pour grossesse extra utérine vues au Centre Hospitalier Universitaire de Fianarantsoa du 01<sup>er</sup> janvier 2013 au 30 juin 2014.

**Résultats.** Dans notre série, 43 patientes ont présenté une grossesse extra utérine. La proportion a été de 1,67 %. L'âge moyen des femmes avoisine les 30,3±5,6ans. La plupart des patientes ont été paucigestes (58,14 %), paucipares (44,18 %), ayant un niveau d'étude primaire (48,88 %), habitant dans la zone rurale (53,48%). Elles ont déjà contracté une infection sexuellement transmissible (58,14%), et ont déjà pratiqué des avortements (27,91 %). L'association : aménorrhée, douleur abdomino-pelvienne et métrorragie était retrouvée chez 71,2 % des patientes. Le diagnostic a été posé par l'échographie pelvienne et le test de grossesse. La localisation ampullaire d'une grossesse extra utérine a été la plus fréquente (75 %). Elle a été rompue dans 60,9 % des cas et la majorité de ces cas ont été des cas référées. La salpingectomie a été le type d'intervention chirurgicale le plus pratiqué dans 85,4 %. Aucun décès n'a été enregistré.

**Conclusion.** L'amélioration de la prise en charge de la grossesse extra-utérine nécessite un diagnostic précoce. La référence ou l'évacuation sanitaire à temps préviennent leurs ruptures.

**Mots-clés :** grossesse extra utérine, cliniques, thérapeutique, Fianarantsoa, Madagascar

#### Abstract

**Introduction.** Ectopic pregnancy represents the main cause of morbidity and mortality in women of childbearing age. This study aims to determine the epidemiological and clinical aspect of ectopic pregnancy and to evaluate its management and treatment.

**Patients and methods.** A cross sectional study about women presenting ectopic pregnancy was conducted at the Academic Hospital of Fianarantsoa from January, 1<sup>st</sup> to June 30<sup>th</sup>, 2014.

**Results.** We investigated 43 (1.67%) patients with ectopic pregnancy. The mean age  $\pm$ SD was 30.3 $\pm$ 5.6 years. The proportion of women at their first or second gravidity was 58.14%. Among those women, 44.18 % were uni or biparous. The levels of instruction of the women was low, 48.88% of them were at primary level. More than a half (53.48%) of the patients lives in an urban area. The proportion of women getting sexually transmitted infections and carrying out abortion is respectively estimated to 58.14% and 27.91 %. The main clinical symptoms is represented by the association of amenorrhea, abdominal and pelvic pain, metrorrhagia (71.2%). The diagnosis was established by pelvic ultrasonography and Beta HCG assay. Ampullar pregnancy represented the most frequent clinical forms and it was unruptured in 60.9% of the case. Salpingectomy represented the most practiced surgical intervention (85.4 %). No death were recorded.

**Conclusion.** The improvement of ectopic management requires an early diagnosis. Surgical intervention represents the one treatment of its complication.

**Key words:** ectopic pregnancy, clinics, therapeutic, Fianarantsoa, Madagascar

## Introduction

La grossesse extra-utérine (GEU) correspond à l'implantation de l'œuf fécondé en dehors de la cavité utérine, le plus souvent au niveau de la trompe et plus rarement au niveau de l'ovaire et de la cavité péritonéale. La GEU constitue l'une des principales complications et l'une des causes de mortalité maternelle au cours de premier trimestre de la grossesse [1]. La pré-

valence de la GEU dans le monde n'a cessé de croître ces dernières années aussi bien dans les pays à revenu élevé que les pays à faible et moyen revenu. Elle varie d'un pays à l'autre. En 2006, en France, la GEU est estimée à 15000 femmes 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 [2]. En 2013, aux Etats-Unis, la prévalence s'avère 2,07% à New York,

2,43% en Californie et 2,43 % à l'Illinois [3]. En Afrique le problème reste crucial et semble lié à un diagnostic tardif souvent au stade de rupture ; ainsi la GEU reste une urgence avec un pronostic obstétrical réservé. Au Mali, les GEU ont touché 0,75% des grossesses [4]. A Madagascar : au Centre Hospitalier universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana, la prévalence de la grossesse extra-utérine est de 2,41 % en 2011 [5]. Au Service de gynécologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Fianarantsoa, la GEU a représenté 3,33% des grossesses en 2012 [6]. Son diagnostic reste souvent difficile, et elle constitue l'une des rares pathologies dont la prise en charge est très diversifiée. La GEU représente un problème majeur de santé publique car sa rupture constitue une urgence médico-chirurgicale et peut engager le pronostic vital et fonctionnel des femmes. Ainsi, la présente étude vise à identifier les itinéraires des femmes et à évaluer leur issue.

## Méthodologie

La présente étude a été menée au service de gynécologie-obstétrique de centre hospitalier universitaire de Fianarantsoa qui est localisé à 410 km au sud de Tananarive. Il reste le seul centre hospitalier de référence médico-chirurgical de la région Haute Matsiatra sur les hautes terres sud de Madagascar. Une étude rétrospective transversale de type descriptive a été menée du 01<sup>er</sup> Janvier 2013 au 30 Juin 2014. Il s'agit d'une étude exhaustive menée à partir des dossiers des patientes présentant une grossesse extra-utérine vues dans ce service pendant cette période. Les dossiers incomplets ont été exclus. Les données ont été recueillies manuellement à l'aide d'une fiche pré établie. La présence de GEU est considérée comme la variable dépendante de cette étude. Les variables indépendantes concernent les profils sociodémographiques, les antécédents gynécologies-obstétriques et chirurgicaux, le motif et le mode d'hospitalisation, les aspects cliniques et paracliniques, les caractéristiques d'intervention et la durée d'hospitalisation. Les données ont été saisies par le logiciel Word, traitées et analysées par Excel et Epi Info 7.1.3. Le test du chi-carré de Pearson a été utilisé pour comparer les proportions et le seuil de signification statistique a été fixé à 0,05.

## Résultats

Pendant cette période, 43 GEU ont été observées

soit une proportion de 1,67% de toutes les pathologies obstétricales traitées dans le service. L'âge moyen des femmes a été 30,3±5,6 ans et 48,8 % se trouvent dans la tranche d'âge de 30 à 39 ans. Les femmes mariées ont représentées 65,1 % des cas. Environ la moitié des femmes (48,8%) ont un niveau d'étude primaire et seule 14 % ont un niveau d'étude supérieure. Les 34,9% sont des cultivatrices et les 32,6% sont des femmes au foyer. Plus de la moitié des femmes (53,5%) habitent dans la zone rurale. Le tableau I montre la répartition des femmes selon les antécédents gynécologie-obstétriques.

Tableau I. Répartition des femmes selon les antécédents gynécologie-obstétriques.

Antécédents gynécologie-obstétriques	Effectif (n)	Proportion (%)
<b>Avortement</b>		
Oui	12	27,9
Non	31	72,1
<b>Antécédents d'infection sexuellement transmissible</b>		
Oui	25	58,1
Non	18	41,9
<b>GEU antérieure</b>		
Oui	8	18,6
Non	35	81,4
<b>Utilisation contraception</b>		
Oui	6	14,0
Non	37	86,0
<b>Age gestationnelle (semaine d'aménorrhée)</b>		
≤ 10	28	65,1
11 - 15	10	23,3
≥ 16	5	11,6
<b>Gestité</b>		
1	4	9,3
2 - 3	25	58,1
≥ 4	14	32,6
<b>Parité</b>		
0	7	16,3
1	13	30,2
2 - 3	18	41,9
≥ 4	5	11,6

Ce tableau montre que 58,1% des femmes présen-

taient un antécédent d'infection sexuellement transmissible, seule 14% utilisaient une méthode contraceptive et 65,1% possédaient un âge gestationnel inférieur ou égal à 10 semaines d'aménorrhée.

Plus de la moitié des femmes (58,1%) étaient admises pour douleur abdomino-pelvienne et 48,8 % étaient des entrantes référées. La métrorragie était présente dans 81,4% des cas. La palpation abdominale semblaient douloureux chez 38 patientes soit 88,4% des cas et le cri de Douglas lors d'un toucher vaginal a été constaté chez 34 patientes. Le test rapide de grossesse a été pratiqué dans 95,4% et l'échographie pelvienne a été objectivée une image en faveur de grossesse extra-utérine dans 100% des cas. Il a été constaté que plus de 60% de GEU a été rompue.

Selon la prise en charge thérapeutique : deux femmes étaient traitées médicalement par la Méthotrexate et elles n'ont pas présenté des complications contre 41 patientes nécessitant une intervention chirurgicale.

Selon la localisation, la localisation ampullaire s'avèraient la plus fréquente, soit 75% des cas (31 patientes) suivie par la localisation isthmique (17,1%) puis, la localisation abdominale (4,9%) et enfin la localisation ovarienne (2%).

Le tableau II montre la répartition des femmes selon le type d'intervention chirurgicale et la localisation de la GEU. La salpingectomie a été effectuée chez 35 patientes soit 85,4 %, l'annexectomie a été effectuée chez 4 cas et l'extraction de grossesse chez 2 cas.

Dans cette étude, la quantité d'hémopéritoine variaient de 100 à 1 500 ml. Au cours de la GEU non rompue, la quantité d'hémopéritoine a varié de 100 à 500 ml dans 92,3%. En cas de GEU rompue, 56% des patientes avaient présenté une quantité d'hémopéritoine entre 500 à 1 000 ml et 16% avaient présenté une quantité d'hémopéritoine plus de 1 000 ml.

Presque toutes les patientes avaient présenté une évolution favorable durant cette période. La durée moyenne de séjours d'hospitalisation a été de 5,7 jours avec des extrêmes de 4 et 14 jours.

**Tableau II.** Répartition selon le type d'intervention et localisation de grossesse extra-utérine.

	Types d'intervention (n=41)					
	Salpingectomie		Annexectomie		Extraction de la grossesse	
	n	%	n	%	n	%
<b>Localisation de la GEU</b>						
Interstitielle	1	100	0	0,0	0	0,0
Isthmique	6	100	0	0,0	0	0,0
Ampullaire	28	90,3	3	9,7	0	0,0
Abdominale	0	0,0	0	0,0	2	100
Ovaire	0	0,0	1	100	0	0,0
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>85,4</b>	<b>4</b>	<b>9,8</b>	<b>2</b>	<b>4,8</b>

## Discussion

La proportion de GEU dans cette étude est chiffrée à 1,67%. Dans les pays industrialisés, la prévalence de GEU a doublé voir triplé. En revanche, la prévalence de GEU varie selon les pays, à l'Hôpital Régional de Bafoussam, la fréquence de GEU est estimée à 2,3% [7]. Selon Kimata, l'élévation de la grossesse extra-utérine est due à la recrudescence des facteurs de risque tels que : les infections sexuellement transmissibles, le tabac, la pathologie tubaire, la chirurgie tubaire et le dispositif intra-utérin [8].

Dans cette étude, l'âge des patientes varie entre 17 et 41 ans avec un âge moyen de 30,3 ans. Au centre hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo Madagascar ; l'âge moyen de femmes présentant une GEU a été de 30,7 ans [9]. Degée a montré que le risque de GEU augmente avec l'âge. La fréquence élevée chez ces patientes coïncide avec la période de pleine activité génitale et l'activité sexuelle reste encore précoce en général à Madagascar. La probabilité des lésions augmente avec la durée d'exposition aux divers facteurs de risque [10]. Cette étude montre une proportion des femmes mariées à 65,1% alors qu'Anorlu a constaté que le statut matrimonial ne figure pas parmi les facteurs de risque de la GEU. Pourtant, le changement fréquent de partenaire sexuel pourrait être considéré comme à l'origine de risque de contamination infectieuse source d'une GEU le plus souvent [11]. Dans cette étude, les patientes s'avèrent surtout des cultivatrices (34,88%) et des ménagères (32,59%). Ce résultat peut s'expliquer par le fait qu'étant un hôpital de référence, le CHU de Fianarantsoa accueille les malades référées de tous les districts de la région haute Mahatsiatra. La population de cette région exerce principalement dans le secteur primaire. Le manque d'information sur les facteurs de risque peut expliquer cette prédominance de GEU chez ces cultivatrices.

Plus de la moitié des femmes (58%) présentent un antécédent d'infection sexuellement transmissible. Le manque de sensibilisation contre l'infection sexuelle-

ment transmissible dans cette région contribue à la propagation des infections sexuellement transmissible et notamment chez les jeunes vus leur comportement sexuel à risque. Le risque de GEU pourrait s'expliquer par la destruction des franges tubaires suite à une salpingite probable. Presque 15% des femmes utilisent la méthode contraceptive. D'après l'étude de Bouyer, la micropilule progestative est associée à une augmentation du risque relatif de la GEU de l'ordre de 10% et le stérilet provoque une inflammation persistante ou des infections pelviennes asymptomatiques favorisant probablement une GEU [12]. Plus de 65% des femmes possèdent un âge gestationnel inférieur à 10 semaines d'aménorrhée. Dans l'étude de Meye, la majorité des patientes présentant une GEU a été détectée avant 8 semaines d'aménorrhée [13]. Le seul fait de connaître qu'elles présentent un retard de règle ne les amène pas systématiquement à consulter un médecin. Les patientes consultent lorsque l'évolution de la grossesse semble anormale ou lorsqu'elles présentent des signes fonctionnels inquiétants tels que la douleur et/ou la métrorragie. Pour certaines femmes, l'éloignement du CHU les motive à consulter chez des médecins les plus proches ou même chez des *tradipraticiens*, retardant ainsi le diagnostic et la prise en charge de GEU. Ces faits ont expliqué ainsi l'élévation de l'âge gestationnel moyen à l'admission à l'hôpital.

La douleur abdomino-pelvienne et la métrorragie constituent les motifs d'admissions la plus fréquente. Cette situation peut s'expliquer d'une part par le fait de l'ubiquité des présentations cliniques de la GEU qui s'avère une source d'angoisse lors de la consultation en gynécologie. L'association d'aménorrhée, de douleur abdomino-pelvienne et de métrorragie a été retrouvée dans 71,2% des cas et le cri de douglas a été présent dans 79,1% des cas. Majhi ont enregistré pour leurs patientes une aménorrhée (76,1%), des douleurs pelviennes (86,1%) et des saignements vaginaux (42,2%) et un toucher vaginal douloureux dans 82,2% des cas [14]. Ces différentes études ont montré que l'association d'aménorrhée, de douleur abdomino-pelvienne, de métrorragie et un cri de douglas au cours d'un toucher vaginal constitue les signes majeurs de la GEU.

Selon la localisation, la localisation ampullaire de la GEU reste la plus fréquente dans cette étude car elle a été constatée dans 75% des cas. Selon la littérature, la localisation ampullaire de la GEU s'avère la plus fréquente ; la proportion varie selon la région : Degée a été trouvé respectivement une localisation ampullaire de la GEU dans 75% des cas [10]. En effet, la localisation ampullaire reste la plus privilégiée du fait des conditions de nidation favorable au niveau de la portion ampullaire de la trompe. Cette dernière s'avère très dilatable et souple, avec une paroi peu musclée et muqueuse tapissée de plis profonds. D'autre localisation tels que abdominale, isthmique et ovarienne existent mais rarement.

Concernant la prise en charge thérapeutique, la salpin-

gectomie a été pratiquée dans 85,4% des cas. Historiquement, le traitement de la GEU est passé par trois étapes : la laparotomie dans les années 1970, la coelioscopie dans les années 1980 et le traitement médical dans les années 1990. Actuellement, La prise en charge de la GEU varie selon les pays, la coelochirurgie conservatrice est la méthode la plus pratiquée dans les pays développés [15]. Dans notre série, la pratique de la salpingectomie s'expliquerait également par le fait que la majorité des patientes sont admises au stade de complication rendant ainsi nécessaire la résection de la portion pathologique. En outre, la salpingectomie respecte les ovaires et préserve ainsi sa fonction hormonale. Elle permet de prévenir une éventuelle récurrence homolatérale de la GEU tubaire. Dans cette étude, la quantité d'hémopéritoine varie entre 100 à 1 200 ml. Le caractère rompue ou non rompue de la GEU détermine la quantité d'hémopéritoine. Aussi, ce résultat peut s'expliquer par le retard de diagnostic d'une GEU.

## Conclusion

La GEU reste une pathologie grave et constitue une urgence médico-chirurgicale au service de gynéco-obstétricale du CHU de Fianarantsoa. Dans la présente étude, la proportion de la GEU a été de 1,67%. La GEU pose encore un problème de prise en charge diagnostique et thérapeutique engageant ainsi le pronostic vital et fonctionnel des femmes. Afin d'améliorer sa prise en charge, des progrès doivent être réalisés et intensifiés notamment sur les mesures de prévention, sur la consultation précoce des patientes, sur la mise à disposition des moyens de diagnostic précoce dans tous les centres de santé, sur les conditions des évacuations sanitaires pour faciliter la référence des patientes, sur le développement de la coelochirurgie et enfin sur le recours au traitement médical de façon efficace.

## Références

1. Cabar F, Fettback PB, Pereira PP, et al. Serum markers in the diagnosis of tubal pregnancy. *Clinics* 2008; 63(5): 01-8.
2. Goyaux N, Leke R, Keita N, Thonneau P. Ectopic pregnancy in African developing countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: 305-12.
3. Stulberg DB, Cain LR, Dahlquist I, et al. Ectopic Pregnancy Rates in the Medicaid Population. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 208(4): 274-7.
4. Daouda B. Aspects épidémiologiques et anatomopathologiques de la grossesse extra-utérine au centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako [Thèse]. Médecine humaine : Bamako ; 2011. 78p.
5. Ahmed A. Prise en charge des grossesses extra-utérines au CHU Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana en 2011 [Thèse]. Médecine humaine : Antananarivo ; 2013. 58p.
6. Razanajatovo Z. Les grossesses extra-utérines vues au CHU de Fianarantsoa de 2010 à 2012 [Thèse]. Médecine humaine : Mahajanga; 2013; 65p.

7. Gervaise A, Fernandez H. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la GEU. *J Gynecol Obstet Bio Reprod* 2010; 39S: 14-24.
8. Kimata P, Amar N, Benifla JL, Madelenat P. Diagnostic des grossesses extra-utérines: Pathologie tubulaire. *Rev Prat* 2002; 52:1 781-8.
9. Razafindrabia TR. Prise en charge des grossesses extra-utérines au CENHO-SOA [Thèse]. Médecine humaine : Antananarivo ; 2013. 56p.
10. Degée S, Dricot JF, Lamborelle S, et al. Comment je traite une grossesse extra-utérine. *Rev Med Liege* 2006; 61(12):797-803.
11. Anorlu RI, Oluwole A, Abudu OO, Adebajo S. Risk factors for ectopic pregnancy in Lagos, Nigeria. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84: 184-8.
12. Bouyer J, Coste J, Shojaei T, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a comprehensive analysis based on a large case-control population based study In France. *Am J Epidemiol* 2003; 157: 185-94.
13. Meye JF, Sima-Zue A, Sima-Ole B, et al. Aspects actuels de la grossesse extra-utérine à Libreville (Gabon) : à propos de 153 cas. *Santé* 2002; 4(12): 405-8.
14. Majhi AK, Roy N, Karmakar KS, Banerjee PK. Ectopic pregnancy an analysis of 180 cases, *J Indian Med Assoc.* 2007: 308-10, 312.
15. Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ* 2005; 173: 905-12.