

PLACE DE L'ÉCHOGRAPHIE DANS LE DIAGNOSTIC DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES (GEU) AU C.H.N. SS*. DE BOBO-DIOULASSO (BURKINA-FASO) DE 1993 À 1995

Y.A. BAMOUNI*, B. DAO***, A.J. BAZIE***, J.P. YARA***, A. TAOKO**

RÉSUMÉ

Une étude rétrospective sur dossiers a été menée, du 1/1/93 au 1/5/95 au Centre Hospitalier National Sanou Souro de Bobo-Dioulasso afin de déterminer la place de l'échographie dans le diagnostic des grossesses extra-utérines dans cette formation sanitaire, d'en apprécier les formes cliniques, les aspects écho-anatomiques et d'en analyser la sémiologie.

96 GEU ont été opérées sur cette période. La fréquence des GEU est de 1 pour 62 accouchements. L'échographie est peu utilisée au C.H.N. SS. comme moyen de diagnostic (24% des GEU), après la ponction péritonéale (72,8%). Le tableau échographique est dominé par les signes indirects de GEU. L'aspect écho-clinique et anatomique prédominant est le tableau d'inondation péritonéale par rupture de la grossesse (91%). La localisation anatomique préférentielle est tubaire (85,4%) puis abdominale (9,8%).

Une action de formation doit être menée au niveau périphérique, intermédiaire et central de notre système de santé pour une meilleure gestion des grossesses à risque.

Mots clés : Grossesse extra-utérine - Échographie Diagnostic - Hémo-péritoine.

SUMMARY

The authors present a retrospective study carried in National Hospital Center Sanou Souro,

- to determinate the place of ultrasound in diagnose of ectopic pregnancy,
- to appreciate the clinical, ultrasound and anatomic particularities of this pathology.

From January 1 st 1993 to May 1 st 1995, 96 cases of ectopic pregnancy have been operated. The incidence is 1 for 62 deliveries. Ultrasound is used in second for diagnosis (24%) after peritoneal puncture (72,8%). The clinical-ultrasound and anatomic aspect is often (91%) hoemoperitoneum. The localisation of ectopic preg-

nancy is preferently uterine tubal (85,4%) and abdominal (9,8).

Authors suggest that to groove management of the high risk pregnancies, more actions (formation, equipment) must be done in peripheric, middle and central level of National Health System.

Key-words : Ectopic pregnancy - Ultrasound - Diagnosis Hoemoperitoneum.

I. INTRODUCTION

La localisation de la grossesse en dehors de l'utérus est une éventualité de plus en plus fréquente de nos jours (1, 4, 10, 11, 12, 13). Les conséquences d'une telle situation sont :

- la rupture cataclysmique hémorragique qui met en jeu le pronostic vital,
- l'hypothèque de l'avenir obstétrical de la patiente (16) (par lésions tubaires secondaires à la rupture ou à la salpingectomie thérapeutique),

La nécessité d'un diagnostic précoce se pose dans nos pays qui ne disposent pas de moyens de technologie avancée.

L'échographie d'introduction récente (1993) dans notre milieu a certainement modifié l'approche diagnostique des GEU.

Notre étude se propose :

- d'analyser la place faite effectivement à l'échographie dans le diagnostic des GEU au C.H.N. SS.
- de présenter les aspects cliniques et écho-anatomiques des GEU, et d'en analyser la sémiologie.

II. MÉTHODES ET PATIENTS

Notre étude rétrospective est réalisée dans le service de Gynéco-obstétrique et de Radiologie du Centre Hospitalier National Sanou Souro de Bobo-Dioulasso, deuxième hôpital national du Burkina-Faso, de 474 lits qui drainent les

BURKINA-FASO.

*** Service de Gynécologie-Obstétrique C.H.N. SS. BP. 676 BOBO-DIOULASSO - BURKINA-FASO.

* Centre Hospitalier National Souro Sanou. BP. 676 BOBO-DIOULASSO - BURKINA-FASO.

** Service de Radiologie C.H.N. SS. BP. 676 BOBO-DIOULASSO -

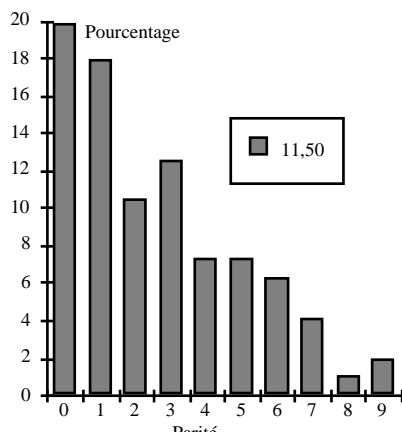
patients de la province du Houet et des provinces environnantes. C'est la seule formation sanitaire de l'Ouest du Burkina à disposer d'un appareillage d'échographie, soit un appareillage pour 3,5 millions d'habitants.

L'étude résulte de l'exploitation des dossiers de toutes les femmes opérées en Gynéco-obstétrique pour GEU ayant bénéficié ou non d'une échographie pelvienne, de la période du 1/1/93 au 1/5/95 soit une période de 28 mois.

Les examens d'échographie ont été réalisés par voie sus-pubienne sur un échographe de marque C.G.R. RT 2800 avec une sonde convexe de 3,5 MHZ.

1.3. Parité

Figure 1 : Répartition des patientes opérées pour GEU au CHN. SS. selon la parité du 1/1/93 au 1/5/95



Les cas où la gestité n'a pas été précisée représentent 11,5%.
 Les nulipares ont représenté 28% de l'effectif.
 Les cas où la parité n'a pas été précisée représentent 11,5% des cas.

1.5. Origine

Tableau 1 : Distribution des patientes opérées de GEU au C.H.N. SS. selon la provenance, de la période du 1/1/93 au 1/5/95

Provenance	%
Bobo	58,3
Périphérie	41,7

III. RÉSULTATS

1. Aspects épidémiologiques

1.1. Fréquence au C.H.N. SS.

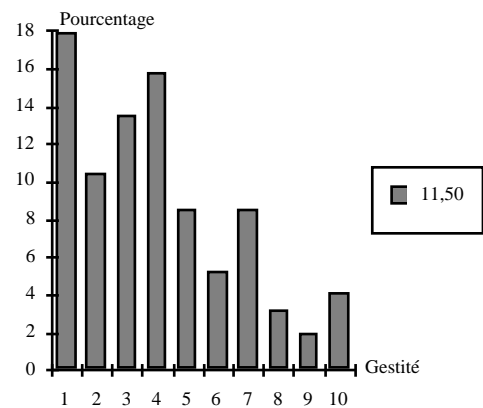
En 28 mois, nous avons recensé 96 cas de GEU soit 3,4 GEU/mois. Dans la même période, il y a eu 6020 accouchements soit 1 GEU/62 accouchements.

1.2. Age

L'âge moyen des patientes est de 26,3 ans avec des extrêmes entre 16 et 45 ans. On retrouve 9,4% de femmes qui ne connaissent pas leur âge. Les femmes de 30 ans ont été les plus touchées (11,5%).

1.4. Gestité

Figure 2 : Répartition des patientes opérées pour GEU au C.H.N. SS. en fonction de la gestité de la période du 1/1/93 au 1/5/95



1.6. Antécédents

Tableau 2 : Répartition des patientes opérées de GEU au C.H.N. SS. selon les antécédents pathologiques de la période du 1/1/93 au 1/5/95

Antécédents	Nb de cas	%
Avortement	20 cas	31,6
GEU antérieure	6 cas	6,3
Dispositif intra-utérin	0 cas	0
Autres antécédents chirurgicaux	4 cas	4,2

L'avortement a été l'antécédent gynécologique le plus retrouvé chez nos patientes (31,6%)

2. Aspects cliniques

2.1. Signes fonctionnels

Tableau 3 : Fréquence des signes fonctionnels chez les patientes opérées de GEU au C.H.N. SS. de la période du 1/1/93 au 1/5/95

Signes fonctionnels	Nb de cas	%
Douleurs pelviennes	91 cas	94,8
Métrorragies	54 cas	56
Aménorrhée	58 cas	70,4

Deux symptômes surtout ont motivé la consultation : les algies pelviennes (94,8%) et l'aménorrhée (70,4%).

2.2. Signes physiques

Tableau 4 : Fréquence des signes physiques observés chez les patientes opérées de GEU au C.H.N. SS. du 1/1/93 au 1/5/95

Signes physiques	Nb de cas	%
Masse annexielle	13 cas	13,5
Anémie	63 cas	65,6%

L'anémie a dominé les données de l'examen clinique.

2.3. Examens complémentaires

Tableau 5 : Répartition des examens complémentaires pratiqués chez les patientes opérées pour GEU au C.H.N. SS. du 1/1/93 au 1/5/95

Examens complémentaires	Nb de cas	%
Ponction péritonéale	71 cas	72,9
T.I.G	13 cas	13,54
Échographie	23 cas	24

Le diagnostic paraclinique a fait appel à l'échographie dans 24% des cas tandis que dans 72,9% on eu recours à une ponction péritonéale.

3. Aspects échographiques

1. Répartition de l'état des GEU selon la présence ou non de l'échographie

Tableau 6 : Répartition des patientes opérées pour GEU selon l'état de rupture ou non et la présence ou non d'examen échographique

État GEU	Écho. faite	Écho. non faite	Total
GEU non rompue	7(30%)	2(3%)	9(9,4%)
GEU rompue	16(70%)	71(97%)	87(90,6%)
Total	23(24%)	73(76%)	96

Dans les 24% des cas où l'échographie a posé le diagnostic, elle a retrouvé le plus souvent une GEU rompue (70%).

2. Répartition de l'échographie selon l'origine des patientes

Tableau 7 : Répartition des patientes opérées pour GEU au C.H.N. SS. ayant bénéficié ou non de l'échographie en fonction de leur provenance de 1/1/93 au 1/5/95

Domicile	Écho. non faite	Écho. faite	Total
Bobo	40(71,4%)	16(28,6%)	56(58,3%)
Périphérie	33(82,5%)	7(17,5%)	40(41,7%)
Total	73(76%)	23(24%)	96

3. Sémiologie échographique

Tableau 8 : Fréquence des signes échographiques observés chez les patientes opérées de GEU

	Signes échographiques	Nb de cas	%
Signes directs	Sac ovulaire extra-utérin	13 cas	61,9
	Présence d'un embryon	10 cas	47,6
Signes indirects	Pseudo-sac ovulaire intra-cavitaire	6 cas	26,1
	Masse annexielle	20 cas	86,6
	Utérus vide	14 cas	60
	Épanchement liquidien du douglas	15 cas	65,2

4. Aspects opératoires

1. Aspects anatomiques

Tableau 9 : Répartition des cas de GEU opérées selon le siège

Siège	Nombre de cas	%
Isthmique	14	14,6
Interstitielle	9	9,8
Ampullaire	59	61,5
Ovarienne	1	1
Abdominale	9	9,8
Autres	4	4,2

2. Répartition des GEU selon la provenance

Tableau 10 : Répartition des patientes opérées pour GEU au C.H.N. SS. selon l'état de rupture ou non et selon leur provenance

Provenance	GEU rompue	GEU non rompue	Total
Bobo	50 (89,3%)	6 (10,7%)	56 (58,3%)
Périphérie	37 (92,5%)	3 (7,5%)	40 (41,7%)
Total	87 (90,6%)	9 (9,4%)	96

IV. COMMENTAIRES

La fréquence des GEU au C.H.N. SS. de Bobo-Dioulasso est la même que celle du Gabon (1 GEU pour 62 accouchements) (10) plus faible que celle de la Guinée (0,79%) et du Burundi (0,72%) (13) mais est peu significative eut égard au mode de recrutement. Les facteurs épidémiologiques : âge, parité, gestité ne présentent pas de particularité locale. Les antécédents sont dominés par les avortements (31,6%) qui pourraient constituer un facteur de risque important au vu des conditions dans lesquelles ils se déroulent, concordant avec les conclusions de FERNANDEZ et Coll (4).

Le dosage plasmatique de β -HCG et la coelioscopie qui demeurent les meilleurs moyens d'affirmer le diagnostic de GEU (7, 15) n'ont pas été utilisés à cette période dans notre formation sanitaire. Les tests immunologiques de grossesse

urinaires ont été signalés dans 13 cas où ils s'avéraient tous positifs. Ils constituent un argument supplémentaire dans le sens du diagnostic positif de la grossesse mais non un élément déterminant (6) de la GEU.

Le diagnostic de GEU au C.H.N. SS. est basé sur la ponction péritonéale (ponction du douglas ou ponction abdominale) et sur la laparotomie exploratrice. La ponction péritonéale est positive dans 91% des cas, proche des 94% au Burundi (13) et des 96% dans le service de Chirurgie du C.H.N. YO (3). La certitude du diagnostic d'hémorragie interne obtenue après examen clinique et la ponction péritonéale dans le contexte d'aménorrhée et/ou de métrorragies sur douleurs pelviennes a imposé la laparotomie d'emblée : la rupture de la GEU est le tableau clinique dominant ici contrairement à la France où il est de 45% (13). L'échographie dans le diagnostic de GEU n'a été utilisée que dans 24% des cas et surtout dans les situations où le tableau clinique était peu alarmant ; PICAUD et Coll. (10) sont à 35,1% ayant bénéficié de l'échographie dans leur série.

L'échographie a été donc peu sollicitée comme moyen diagnostique des GEU au C.H.N. SS. de 1993 à 1995. La cause principale de la faible demande paraît être la hantise du praticien gynéco-obstétricien de retarder outre mesure le geste thérapeutique en cherchant à affiner le diagnostic, déjà fortement suspecté sur la positivité de la ponction péritonéale. Cette positivité traduisant la rupture est imputable au retard de la consultation des patientes du fait de leur éloignement du C.H.N. SS. (42% des GEU rompues sont de la périphérie) et/ou de l'insuffisance de l'information de la patiente quant à la gestion de sa grossesse. Contrairement à certains auteurs (8) qui estiment que «l'échographie» a peu d'intérêt dans les cas d'hématocèle, nous ne pourrions occulter l'apport de cet examen :

- dans le pronostic obstétrical par la possibilité d'analyse des organes intra-pelviens, partant des facteurs pouvant interférer sur la fertilité ultérieure de la patiente (12, 16),
- dans le diagnostic anatomique du siège de la grossesse (2, 9, 10, 13),
- dans la possible association de GEU et GIU (7, 9, 10) ; de GEU sur DIU (2, 4, 12) (aspects que nous ne retrouvons pas dans notre série).

La sémiologie échographique diffère peu de celle de la littérature (6, 7, 10, 13, 14).

Le diagnostic de certitude basé :

- sur la présence du sac gestationnel extra-utérin 61,9% des cas avec mise en évidence d'un embryon dans 10 cas (47,6%),
- sur la présence du fœtus intra-abdominal (6,9).

PICAUD et Coll. retrouvent les éléments de certitude dans 60,5% des cas (10).

Le diagnostic de présomption repose sur :

- le pseudo-sac intra-utérin (5),
- l'utérus vide avec ou non épanchement liquidien dans le douglas ou dans l'espace de Morrison (1, 2, 6, 7, 14),
- la masse hétérogène latéro ou rétro-utérine.

Cette présomption est d'autant plus forte dans notre milieu que les signes cliniques sont plus francs au moment où la patiente est vue c'est-à-dire en phase de rupture.

Il est impérieux donc d'oeuvrer à faire le diagnostic précoce des GEU. Cela implique d'une part une disponibilité en

personnel qualifié et en matériel de diagnostic notamment en appareillage d'échographie qui s'avère être le moyen diagnostic le plus rapide, présentant une innocuité certaine ; d'autre part cela suppose un recyclage du personnel de première ligne en périphérie et des prestataires de service dans les Centres de Santé Maternelle et Infantile quant à la gestion des grossesses à risque. Et enfin au niveau des Centres Nationaux, la mise en usage de la laparoscopie et des dosages hormonaux.

V. CONCLUSION

L'échographie a été peu sollicitée (24% des cas) dans le diagnostic des GEU au C.H.N. SS. du 1/1/93 au 1/5/95. Le diagnostic des GEU a été basé sur la ponction péritonéale positive dans 91%. La laparotomie exploratrice confirme que les GEU ne sont vues qu'au stade de rupture, posant avec acuité dans notre milieu la nécessité de relire et réécrire notre politique de santé de la mère dans son volet consultation prénatale, aux différents niveaux (périphérique, intermédiaire et central) de notre système sanitaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. S.N. AMVENE, M. BIWLOE, J.M. KASIA, SHASHAW, J.L. ESSANE. La grossesse extra-utérine en milieu tropical : étude échographique de 93 cas. *J. de Radiologie* 1993, 74 (11) : 589-592.
- 2; K. AKPADZA, K.T. KOTOR, S. BAETA, K. FIAGNON, A.K.S. HODONOU. Grossesse extra-utérine sur dispositif intra-utérin : à propos d'un cas. *Médecine d'Afrique Noire* 1993, 40 : (11).
3. Y.A. BAMOUNI. Les abdomens chirurgicaux en Haute-Volta : bilan de 7 ans d'activité d'un service de Chirurgie. Thèse Méd. Ouagadougou ESSA 1983 n°340.
4. H. FERNANDEZ, J. COSTE, N. JOBSPIRA, A. SPIRA, E. PAPIERNICK. Facteurs de risque de la GEU. *J. Gynécol-obstét. Biol. Reprod.* 1991, 20 : 373-379.
5. R. FILLY. Place de l'échographie dans le diagnostic de la GEU. Valeur du double sac. *J. de Radiologie* 1984, 4 : 225-228.
6. B. GUERIN du MASGENËT, Y. ARDAENS, I. LAMBERT, L. LEMAITRE. Diagnostic précoce de la grossesse et de la grossesse extra-utérine. In *Échographie pelvienne en Gynécologie*. Ed. MASSON 1990 : 139-145.
7. P.J. METGES, P. FORGEARD, R.P. DELAHAYE, F. HEITZ. Échotomographie en obstétrique. E.M.C. Paris, Radiodiagnostic V, 1980. 34750 A10.
8. J.C. MITSINGOU, P. GOMA. Réflexion sur 2 cas d'hématocèle rétro-utérin enkysté. *Médecine d'Afrique Noire*. 1994, 41 : 2.
9. A. PICAUD, R. ELLAEDOCHA, F. OZOUAKI, A.R. NLOMENZE, A. FAYE, N. OGOWET-IGUNU, T. ENGONGHA. Grossesse abdominale. A propos de 11 cas. *Médecine d'Afrique Noire* 1990, 37 : 8-9.
10. A. PICAUD, A.R. NLOMENZE, N. OGOWET-IGUNU. Diagnostic échographique des GEU. Spécificité et sensibilité (à propos de 228 GEU confirmées par laparotomie). *J. Gynécol-obstét. Biol. Reprod.* 1990, 19 : 817-821.
11. A. PICAUD. Évolution de la GEU à Libreville. *Médecine d'Afrique Noire* 1992 ; 39 ; 12 : 798-805.
12. J.L. POULY, C. CHAPRON, M. CANIS, G. MAGE, A. WATTIEZ, H. MANHES, M.A. BRUHAT. Grossesse extra-utérine sur stérilet : caractéristiques et fertilité ultérieure. *J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod.* 1991, 20 1069-1073.
13. J.B. SINDAYIRWANYA, M.G. HARAKEYE, G. NINTERETSE, TH. RUFYIKIRI. Aspects particuliers des grossesses extra-utérines au BURUNDI. A propos de 249 cas. *Médecine d'Afrique Noire* 1991, 38 : (5).
14. J. TABOURY. Guide pratique d'échographie abdominale. Ed. MASSON Paris 1980.
15. J.M. VILLETTE, J. FIET, J. BARRIER, F. BELLENOT, S. ETHAIK, M. VIGNERON-CIRAM. Dosage des HCG plasmatiques. Notre expérience dans le diagnostic de GEU. A propos de 45 observations. *J. Gynécol-Obstet. Biol. Reprod.* 1983, 12 : 129-133;
16. VITSE et COLL. Étude de la fécondité après GEU. *Rev. Fr. de Gyn-Obst.* 1984, 19 (12) : 785-789.