

MORTALITE DE LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE A LIBREVILLE

A. PICAUD *, A.R. NLOME-NZE **, A. FAYE **, S. SALEH **,
F. OZOUAKI **, T. ENGONGAH-BEKA ** et LOUNDOU-TSOUMBOU **

RESUME

Entre le 1^o janvier 1984 et le 30 juin 1990, nous avons enregistré 10 décès pour 923 GEU, soit un taux de 10,8 ‰. 9 cas sont liés à la GEU, par l'importance de l'hémorragie (4 cas), un défaut d'hémostase (2 cas) ou un accident anesthésique (5 cas) et un cas est lié à une intoxication à but abortif.

La GEU représente 9,7 % de la mortalité maternelle observée à Libreville et occupe le 3^o rang des causes obstétricales directes après les hémorragies (30,1 %) et les complications des avortements provoqués (23 %).

L'analyse des soins en dessous des normes montre la responsabilité des patientes par leur négligence, des difficultés d'accès aux centres de soins, et surtout du centre de transfusion sanguine (insuffisance en réserve de sang et défauts d'équipements).

L'amélioration de la mortalité de la GEU peut être obtenue à court terme par l'échographie et les dosages de β HCG plasmatiques, et à long terme par la lutte contre les MST, étiologie principale de la GEU.

MOTS-CLES : Mortalité maternelle - Soins inadéquats - Transfusion sanguine - Echographie

SUMMARY

Between January 1, 1984 and June 30, 1990, we recorded 10 deaths out of 923 ectopic pregnancies, or a rate of 10,8 per thousand. Nine cases were EP-related due to major hemorrhage (4 cases), a problem of hemostasis (2 cases) or an accident related to anesthesia (5 cases) and 1 case due to ingestion of a toxic substance to induce abortion.

EP accounts for 9,7 % of maternal mortality observed in Libreville and is the third ranking direct obstetrical cause of such mortality after hemorrhage (30,1%) and complications resulting from induced abortion (23%).

Analysis of substandard care reveals the role of negli-

gence on the part of patients, difficulties in access to healthcare facilities, and especially deficiencies in blood transfusion centers (inadequate stocks of blood and inadequate equipment).

Improvement in mortality due to ectopic pregnancy can be obtained in the short term by increased use of ultrasounds and assay of β HCG plasma levels, and in the long term by combating STDs, the major cause of EP.

INTRODUCTION

La fréquence de la grossesse extra-utérine (GEU) a évolué du double au triple au cours des deux dernières décennies dans les pays industrialisés comme dans les pays non industrialisés. Pendant la même période, la mortalité maternelle due à la GEU a diminué considérablement. Néanmoins la disparition des complications de l'avortement par la "législation" de l'interruption volontaire de grossesse donne à la GEU le deuxième rang des causes de mortalité maternelle aux Etas-Unis (5,20).

Dans les pays non industrialisés, l'importance des décès par hémorragie obstétricale occulte la part des GEU, d'autant plus que ces dernières sont souvent traitées dans les services de chirurgie et échappent aux statistiques obstétricales.

METHODOLOGIE

1 - Définition :

L'OMS dans sa 9^o classification (I.C.D.9) définit la mortalité maternelle par "le décès d'une femme pendant la grossesse ou pendant les 42 jours suivant l'issue de la grossesse, quel que soit la durée ou le siège de celle-ci, pour n'importe quelle cause due ou aggravée par la grossesse. Sont exclues les causes de décès accidentelles ou fortuites".

Les morts directes correspondent aux complications de la grossesse, de l'accouchement, de la période postnatale,

* - Dr. A. PICAUD - 14, rue Ampère - 22600 LOUDEAC

** - Département de Gynécologie Obstétrique du CHU de Libreville (GABON)

ainsi qu'aux décès survenant à la suite d'une intervention, d'une omission ou d'un traitement incorrect.

Les morts indirectes correspondent à une maladie préexistante ou à une maladie développée pendant la grossesse. Le décès n'est pas dû à une cause obstétricale directe, mais la maladie a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse (19).

La GEU est classée "I C D 9-633".

2 - Recrutement du département de Gynéco-Obstétrique

Le département de gynécologie obstétrique du CHU de Libreville reçoit directement les urgences gynécologiques et toute l'obstétrique. Lorsqu'une patiente hospitalisée en médecine, chirurgie ou réanimation, présente une pathologie gynécologique, elle est prise en charge par le département qui assure une garde sur place par l'interne et le résident et par astreinte par le gynécologue obstétricien qualifié.

3 - Saisie des informations :

Dans le département de gynécologie-obstétrique, une réunion hebdomadaire analyse les dossiers de pathologie et de mortalité avec détermination des normes de soins. Pendant la période d'étude, nous avons consulté les registres de décès des services de médecine, chirurgie, réanimation, ainsi que le registre de la morgue, de façon à analyser tout décès survenant chez une femme en âge de procréer. Cette recherche a permis de déceler des décès maternels qui auraient échappé à l'analyse de notre recrutement propre, mais il s'agissait essentiellement de complications d'avortements clandestins par ingestion toxique, responsable de troubles neurologiques, hépatologiques ou néphrologiques, ou de pathologie fortuite dans les 42 jours post partum. L'étude concerne les décès de GEU observés entre le 1^{er} janvier 1984 et le 30 juin 1990.

4 - Evitabilité de la morbidité

En 1970, la FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie-Obstétrique) a défini les morts évitables, attribuées à un soin défectueux du bloc obstétrical ou des autres unités de la maternité, à un environnement défectueux, au refus du traitement ou à d'autres raisons et les morts probablement inévitables.

Depuis ces dernières années, sous l'influence des anglo-

saxons, le terme d'évitabilité a été remplacé par la notion de soins en dessous des normes (substandard care) par faute clinique, par absence de consultation médicale, par le défaut d'organisation administrative de la maternité, par le défaut de l'environnement médical de la maternité, de l'anesthésie, de la radiologie, etc...

RESULTATS

Nous avons enregistré 10 décès pour 923 GEU soit un taux de 10,8 ‰ GEU. La fréquence de la GEU est de 16 ‰ accouchements ou 1 pour 62 accouchements (16).

TABLEAU I : Nombre de GEU et de décès de 1984 à 1990

Années	Nb GEU	Nb décès
1984	126	2
1985	118	2
1986	124	2
1987	141	1
1988	140	1
1989	204	2
1990* (6 mois)	70	-
Total	923	10

1 - Décès liés à la GEU par l'importance de l'hémorragie : 4 cas

La rupture cataclysmique de la GEU entraîne un hémopéritoine extrêmement abondant, parfois jusqu'à 4000 cm³. L'une des patientes était décédée à l'admission. Les trois autres sont décédées au cours de l'intervention. Nos conditions d'exercice sont en dessous des normes par insuffisance de réserves de sang au Centre de Transfusion Sanguine. Dans la pratique quotidienne, il faut obtenir le don de sang par la famille qui doit aussi se procurer parfois en pharmacie privée les poches de prélèvement. Nous ne disposons de réactifs unitaires pour le dépistage HIV que depuis le début de l'année 1990. Le médecin devait auparavant signer une décharge de responsabilité pour obtenir le sang des donneurs familiaux non testés. En revanche, l'absence de dépistage de la syphilis, de l'antigène HBS et du paludisme n'impose pas de décharge de responsabilité.

2 - Décès par défaut de surveillance post opératoire : 2 cas

L'un en salle de réveil avec reconstitution rapide de l'hémopéritoine par défaut d'hémostase.

La seconde patiente a présenté un état de choc en réanimation après reconstitution de l'équilibre hémodynamique. Elle décédait au cours de la réintervention.

Ces deux dossiers cumulent deux facteurs en dessous des normes. Tout d'abord, comme pour les décès par hémorragie, l'absence de réserve de sang. Les substituts du plasma (Dextran, Gélatines) ne réalisent qu'une hémodynamique à très bas débit et l'hémostase chirurgicale est incomplète. Lors de la reconstitution de la volémie en post opératoire, l'hémopéritoine se reconstitue.

Parmi les 6 réinterventions nécessaires, il y a donc eu 2 décès. Ces décès sont survenus dans les deux premières années de notre étude et depuis 1986 nous n'avons observé aucun décès par défaut d'hémostase, grâce à l'amélioration des conditions opératoires et de réanimation (présence d'un médecin anesthésiste-réanimateur).

3 - Décès dus à l'anesthésie : 3 cas

- 2 cas par inhalation réalisant un syndrome de Mendelson.
- 1 accident de ventilation par inversion d'une valve, lié à la qualification du personnel hospitalier, le médecin réanimateur n'étant pas présent. La patiente réanimée est décédée le 8^e jour de son coma hypoxémique.

4 - Décès non lié à la GEU :

1 décès par intoxication à but abortif par des décoctions de plantes réalisant une hépatonéphrite mortelle en post-opératoire. La cause de ce décès est plus l'intoxication à but abortif que la GEU.

Si l'on ne tient compte que des décès liés à la GEU, la mortalité est de 9,75 p. mille GEU.

5 - Décès fortuit :

1 cas enregistré à part, dû au paludisme 40 jours après une intervention pour GEU.

6 - La place de la GEU dans la mortalité maternelle (M.M.) est exprimée dans le tableau II. La GEU représente

9,7 % de la M.M. et occupe le 3^e rang des causes obstétricales directes (15). L'étude de la M.M. doit inclure la GEU dans les statistiques de mortalité maternelle dans les pays non industrialisés.

Tableau II : Mortalité Maternelle au C.H.U. de Libreville
93 décès pour 54 711 naissances vivantes.
Taux de 170 pour 100 000 N.V.

Cause	Nb décès	%
1. Causes obstétricales directes :	81	87,0
- Hémorragie	21	30,1
- Rupture utérine	7	
- Avortements provoqués	22	23,6
- GEU	9	9,7
- Infections	8	8,6
- HTA	6	6,4
- Anesthésie	5	5,4
- Embolie amniotique	3	3,2
2. Causes obstétricales indirectes :	11	11,8
- Drépanocytose	4	
- Cardiopathie	3	
- Hépatopathie	3	
- Iatrogène (hépatite toxique)	1	
3. Inexpliquée	1	1,1

COMMENTAIRES

1 - Fréquence de la GEU

Dans les pays non industrialisés, la fréquence de la GEU est de 16 à 48 p. mille accouchements (14 - 16- 21), mais la mortalité n'est estimée que sur de courtes séries : Keita (9) sur 35 GEU présente une mortalité de 85 p. mille GEU.

2 - Mortalité de la GEU

Ce n'est qu'aux Etats-Unis que la mortalité de la GEU a fait l'objet d'études précises (1, 4, 5, 20). Le taux de mortalité a diminué de 1,4 à 0,8 p. mille GEU, pendant que la fréquence de la GEU doublait (5, 7, 13, 19). Cependant la mortalité est 3,2 fois plus importante chez les femmes noires pour une fréquence 1,6 fois plus élevée (4).

A la Jamaïque, la GEU représente 10 % de la M.M. et occupe le 3ème rang après l'HTA et les hémorragies (taux de M.M. : 108 p. 100 000 N.V.) (21).

En Suède, la GEU ne représente que 4 % de la M.M. (19).

3 - Mortalité Maternelle

En Afrique la M.M. varie de 170 (15) à 700, et même 1300 pour 100.000 N.V. (2, 3, 8, 9, 10, 12, 14). Les hémorragies sont responsables de 39 à 95 % des décès.

4 - Etiologie de la mortalité de la GEU

La rupture cataclysmique est responsable de la majorité des décès souvent associée au retard du diagnostic et au retard d'intervention (13).

Cependant, des observations exceptionnelles d'hémopéritoïnes, d'origines génitales, non liés à la GEU ont été décrites : une bilharziose, un choriocarcinome tubaire, et même un SIDA révélé par une thrombopénie (18) ou encore par un syndrome de Fitz-Hugh-Curtis (6). Il est donc essentiel de bénéficier de l'examen histologique des pièces d'exérèse et surtout de réaliser une enquête complète si l'appareil génital ne semble pas être à l'origine de l'hémopéritoïne.

L'intervention chirurgicale éviterait le décès : sur 165 décès, Ogsuthorpe (13) met en évidence qu'un tiers seulement de ces femmes avaient été opérées. Les accidents anesthésiques ont considérablement diminué dans les pays industrialisés mais n'ont pas disparu.

5 - Soins en dessous des normes

L'Afrique réunit plusieurs facteurs qui concourent à la diminution de la qualité des soins tout d'abord par l'environnement, les conditions de transport et d'accès aux centres médicaux, et par le coût des prestations de santé.

La femme africaine a tendance à cacher son état de gravité par crainte du mauvais œil ou encore de la malveillance de ses rivales, si bien qu'elle ne consultera que tardivement en PMI. Alors que la grossesse extra-utérine est une grossesse anormale parce qu'elle est douloureuse et qu'elle saigne, la patiente ne s'alarmera pas craignant (ou espérant ?) un avortement spontané et ne se présente à l'hôpital que lors de l'état de choc provoqué par la rupture de la GEU.

Une fois à l'hôpital, l'absence de sang est le principal facteur de soins inadéquats. La patiente se présente en hémodynamie importante (nous observons des taux d'hématocrite

de 10 à 15 %) et l'utilisation des gélatines ou des cristalloïdes n'améliore pas l'oxygénation cérébrale. Il est urgent de promouvoir la réalisation de banques de sang et de disposer de tests unitaires pour le dépistage HIV. L'aide internationale doit aussi se préoccuper des risques de transmission des virus de l'hépatite B ou C, de la syphilis, du paludisme, en équipant les centres de transfusions sanguines.

6 - Amélioration de la qualité des soins

Elle nécessite le diagnostic de la GEU avant sa rupture. L'aphorisme : "il faut toujours penser à la GEU et lorsqu'on y pense toujours, on n'y pense pas assez" est absolu.

- les tests de grossesse urinaires sont onéreux et leur fiabilité dépend du respect du mode d'emploi.
- l'échographie nous paraît l'examen primordial (17). Nous disposons de 2 appareils et par nécessité économique nous ne réalisons pas de documents photographiques. Une description précise de l'observation permet de porter le diagnostic. Nous avons ainsi abaissé le taux de rupture de la GEU de 87 à 50 % de 1984 à 1989. Les faux positifs (11 %) sont redressés par la coelioscopie ou la laparoscopie. Les faux négatifs sont plus préoccupants (6 %) liés à la redoutable association GEU-GIU (1 pour 230 GEU dans notre série) ou à des pathologies tubaires ou ovariennes associées.
- Dans les formes fissurées, les signes d'irritation péritonéale, scapulalgie, subocclusion, douleur à la mobilisation du col utérin, doivent imposer la réalisation d'une culdocentèse, aisée à réaliser en salle d'urgence ramenant quelques cm³ de sang incoagulable.

La diminution du taux de GEU rompues a fait évoluer la mortalité de la GEU de 13,75 ‰ (16) à 7,2 ‰. Il n'y a pas de signification statistique par le test du "chicarré" en utilisant la correction de Yates, par insuffisance de l'échantillon.

La GEU reste un risque mortel pour la femme : aux Etats-Unis, la GEU a un risque 10 fois plus élevé que l'accouchement et 50 fois plus élevé que l'IVG légale (4).

CONCLUSION

Au CHU de Libreville, à propos de 923 GEU nous avons enregistré une mortalité de 10,8 ‰ représentant 9,7 % de la mortalité maternelle.

La mortalité de la GEU doit être incluse dans les statistiques de mortalité maternelle : elle occupe le 3ème rang des

causes obstétricales directes.

La lutte contre cette mortalité nécessite, à court terme le développement des moyens de diagnostic précoce (écho-

graphie-dosage plasmatique de β HCG) ainsi que l'équipement des banques de sang. A long terme, elle nécessite la lutte contre les MST, principale étiologie de la GEU (16).

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - ATRASH H.K., FRIEDE A.N. HOGUE C.J.
Ectopic pregnancy mortality in the United States - 1970-1983.
Obstet. Gynecol., 1987, 70, 6, 817-822
- 2 -BOHOUSSOU K.M., BONIS A., DNOI J.D.
Mortalité maternelle au cours de la parturition et du post-partum immédiat. Etude hospitalière.
Afr. J. Med., Sci., 1986, 25, 232-239
- 3 -CRANFORD J.S.
Maternal mortality in third world countries.
Lancet, 1985, 11, 215-216
- 4 -DORFMAN S.F.
Deaths from ectopic pregnancy, United States. 1979 to 1980.
Obstet. Gynecol., 1983, 62, 334-338
- 5 -DUTHIE S.J., GHOSH A., MA H.K.
Maternal mortality in Hong Kong 1961-1985.
Br. J. Obstet. Gynecol., 1989, 96, 4-8
- 6 -FOSTER H.M.
Hemoperitoneum : an unusual complication of Fitz-Hugh. Curtis syndrome - Aust. N. Z. J. Surg., 1988, 58, 342-343
- 7 -GABEL H.D.
Maternal mortality in South Carolina from 1970 to 1984 : an analysis.
Obstet. Gynecol., 1987, 69, 307-311
- 8 -HARTFIELD V.S.
Maternal mortality in Nigeria compared with earlier international experience.
Int. J. Gynecol. Obstet., 1980, 18, 11-70
- 9 -KEITA N., HIZAZY Y., DIALLO M.S.
Etude de la mortalité maternelle au CHU de Konka (Conakry - Guinée)
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1989, 18, 849-855
- 10 - KINKENDA K.N., LUS ANGAN, MBA NZULUN, YANGA K.
Mortalité maternelle en obstétrique aux cliniques universitaires du Mont Amba Kinshasa.
Arch. Med., 1985, 24, 495-500
- 11 - MACINTOSH M.C.M.
Trends in ectopic pregnancy in New Zeland.
Austr. N.Z. J. Obstet. Gynecol., 1986, 26, 145-148
- 12 - NASAH B.J.
Mortalité maternelle au Cameroun.
Ann. Surv. Sci. Santé Yaoundé, 1987, 4, 299-300
- 13 - OGSUTHORPE N.C., KEATING C.E.
Ectopic pregnancy. Surgical intervention and peri operatoire nursing care.
Aorn J., 1988, 48, 254-267
- 14 - ORONSAYE A.V., ODIASE G.I.
Incidence of ectopic pregnancy in Benin City.
Tropical Doctor, 1981, 11, 160-163
- 15 - PICAUD A., NLOME-NZE A.T., FAYE A., OGOWET-IGUMU N.
La mortalité maternelle au Centre Hospitalier de Libreville (1984-1987).
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1989, 18, 445-450
- 16 - PICAUD A., NLOME-NZE A.R., OGOWET-IGUMU N., FAYE A., LOUNDOU J.
La grossesse extra utérine. Etude de 509 cas traités chirurgicalement au CHU de Libreville.
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1980, 18, 714-720
- 17 - PICAUD A., NLOME-NZE A.R., OGOWET-IGUMU N.
Diagnostic échographique des grossesses extra utérines (GEU). A propos de 228 GEU confirmées par la laparotomie.
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1990, 19, 817-821
- 18 - PICAUD A., BENNANI S., MBA ALLO L., MOUELY G., NLOME-NZE A.R., OGOWET-IGUMU N.
Causes inhabituelles des hémopéritoinies d'origine génitale.
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1990, 19, 441-445
- 19 - RAUDRANT D., THOULON J.M.
La mortalité maternelle.
Mises à jour du Collège national des gynécologues et obstétriciens français, Vigot, Paris, 1987, 375-406
- 20 - SCHNEIDER J., BERGER C.J., CATELL C.
Maternal mortality due to ectopic pregnancy. A review of 102 deaths.
Obstet. Gynecol., 1977, 49, 557-561
- 21 WALKER G.J., ASHLEY D.E., MC CAW A.M., BERNARD G.W.
Maternal mortality in Jamaica.
Lancet, 1986, 1, 486-488