

ASPECTS PARTICULIERS DES GROSSESSES EXTRA UTERINES AU BURUNDI

A propos de 249 cas

J.B. SINDAYIRWANYA*, M.G. HARAKYE*, G. NINTERETSE*, TH* RUFYIKIRI

RESUME

Une étude rétrospective portant sur 249 cas de GEU opérés dans 3 hôpitaux de BUJUMBURA de 1983 à 1988 a permis de constater que la GEU est en augmentation dans notre pays, qu'elle se rencontre chez la paucipare jeune (moyenne d'âge: 28 ans, moyenne de parité: 2,5). Parmi les facteurs de risque, on remarque une infection pelvienne (35,1 % des cas), une stérilité (23,9 %), des antécédents d'avortement (19 %) et une chirurgie abdomino-pelvienne (10,7 %). Les signes fonctionnels sont tolérés. Beaucoup de GEU (21,28 % des cas) sont au stade d'hématocèle. Le traitement chirurgical a été radical à cause des constatations péroopératoires et le pronostic obstétrical qui en découle est sombre. Les auteurs concluent que au Burundi plus qu'ailleurs il existe souvent une association entre stérilité, infections pelviennes et GEU sous forme d'hématocèle et une symptomatologie modérée, en dehors des cas de rupture tubaire franche.

Mots - clés: Grossesse extra-utérine, facteurs de risque, hématocèle, traitement radical.

INTRODUCTION

La fréquence de la grossesse extra-utérine est en augmentation régulière dans le monde et est constatée par plusieurs auteurs (7, 10, 19).

Parmi les facteurs de risques qui influencent cette évolution, on cite les infections pelviennes, les antécédents de Chirurgie pelvienne et surtout tubaire et l'utilisation de plus en plus courante de dispositifs intra-utérins (1, 3, 9, 10, 11, 12, 19).

Cependant les aspects cliniques et thérapeutiques de la grossesse extra-utérine sont différents et fonction de l'état sanitaire du pays où l'on se trouve. Ainsi des progrès importants ont été réalisés dans les pays industrialisés,

notamment le dosage de la bêta HCG plasmatique (6), l'usage de l'échographie (8), le diagnostic et le traitement percoelioscopiques (18). Cependant tous les pays ne disposent pas de ces moyens, notamment les pays en voie de développement. C'est pourquoi, nous nous sommes intéressés à étudier les aspects particuliers de la grossesse extra-utérine au Burundi.

MATERIELS ET METHODES

Matériel

Il s'agit d'une étude rétrospective effectuée dans les services de Gynécologie-Obstétrique des 3 hôpitaux de Bujumbura : "Hôpital Prince Régent Charles" (HPRC). La Clinique Prince Louis RWAGASORE (CPLR) et le Centre Hospitalo-universitaire de Kamenge (CHUK), de Janvier 1983 à Octobre 1988. Elle porte sur 249 grossesses extra-utérines (GEU) opérées chez 245 patientes.

Ainsi nous avons colligé : 159 cas à l'H.P.R.C. qui est un hôpital populaire qui draine le plus de malades, 49 cas à la C.P.L.R. où le coût des prestations limite l'accessibilité aux soins, 41 cas au CHUK dont la capacité d'accueil est moindre.

Méthodes

Les données ont été recueillies à partir de registres d'hospitalisation, de registres des interventions gynéco-obstétricales et des dossiers de malades. Une fiche d'observation standardisée était utilisée pour chaque patiente. Nous voulions étudier la fréquence des GEU, leurs aspects particuliers ainsi que le pronostic des patientes à travers les constatations macroscopiques per-opératoires

Résultats

1 - La fréquence

Fréquence par rapport aux accouchements

Le taux global des GEU par rapport aux accouchements est en augmentation, passant de 0,36 % des accouchements à

* Département de Gynécologie Obstétrique.

Centre Hospitalo Universitaire de Kamenge B.P. 2210 - Bujumbura.

0,72 % des accouchements pendant la période étudiée. Il oscille en 1988 autour de 2 % des accouchements au CHUK, 0,50 % des accouchements à l'HPRC et 1 % des accouchements à la CPLR.

Fréquence par rapport aux grandes interventions chirurgicales en Gynécologie - Obstétrique.

Ici également nous remarquons une augmentation du taux des GEU opérées par rapport aux grandes interventions chirurgicales, puisqu'il passe de 2 à 4 % des interventions en 1983 à 8 à 11 % des interventions en 1988. Nous constatons donc qu'une intervention chirurgicale sur dix concerne une GEU. Il s'agit d'une sous-estimation, car quelques GEU ont été gérées dans le service de chirurgie générale, notamment à l'HPRC.

2 - L'âge

L'âge des patientes varie de 16 à 43 ans avec un âge moyen de 28 ans. La tranche d'âge de 21 à 25 ans représente 22 % des patientes. La tranche d'âge de 26 à 30 ans représente 44 % des patientes.

Ainsi donc 66 % des patientes ont entre 21 et 30 ans.

3 - La parité

La GEU touche surtout des patientes qui n'ont pas encore accouché ou qui ont accouché une ou deux fois. Cette catégorie représente en effet 56 % des patientes, tandis que les multipares (>3 parités) représentent 44 % des patientes. La parité moyenne est de 2,59 %.

4 - Les antécédents (Tab 1)

* Infection pelvienne

Cet élément a été obtenu à l'interrogatoire et à l'aspect péroopératoire du pelvis (hydrosalpinx, pyosalpinx, phimosis controlatéraux, adhérences). Ainsi ce facteur est retrouvé dans 35,1 % des patientes.

* Stérilité

Sur 205 patientes ou ce facteur a été recherché, 49 présentaient une stérilité soit 23,9 % des cas ; la majorité présentaient une stérilité secondaire (47/49) avec une durée moyenne de stérilité de 8 ans.

* Avortement

Que ce soit un avortement spontané ou provoqué, ce facteur a été retrouvé chez 19 % des patientes.

* Chirurgie abdomino-pelvienne

- . Elle a été retrouvée dans 10,73 % des cas.
- . Dans 50 % de ces interventions, il s'agissait de salpingectomies pour G.E.U.

* Récidives de GEU

La récurrence a été constatée dans 13 cas (sur 205 patientes) soit 6,34 %. Parmi ces récurrences un facteur favorisant a été retrouvé : antécédent de chirurgie pelvienne, avortement, stérilité secondaire et adhérences multiples.

* Stérilisation tubaire

Une patiente avait déjà subi une ligature des trompes selon la méthode de Pomeroy.

* DIU (Dispositif Intra -Uterin)

Une patiente était porteuse d'un DIU lors de GEU. Une autre l'avait utilisé dans les antécédents.

TABLEAU 1
Facteurs favorisant retrouvés dans les antécédents dans 205 cas exploitables

Facteurs	Nombre	Pourcentage
Lésions infectieuses	72	35,10
Stérilité	49	23,90
Avortement	39	19,02
Chirurgie abdominale pelvienne	22	10,73
Récidives	13	6,34
D.I.U.	2	0,97
Stérilisation tubaire	1	0,45

5 - Les signes cliniques

* *Plaintes (Tableau 2)*. Elles ont été précisées dans 189 cas.

Interrogatoire	Nbre de cas	Pourcentage
Douleurs pelviennes spontanées	156	82,5
Métrorragies	113	59,7
Aménorrhée	104	55
Lipothymies	28	14,8
Inconscience	18	9,5
Masses pelviennes	6	3,1

D'autres signes moins constants ont été notés : vertiges, nausées, vomissements, dyspareunie et signes urinaires. L'aménorrhée moyenne a été de 10 semaines.

* *Constatations cliniques à l'examen* (Tabl 3)

TABLEAU 3 - Constatations cliniques

Examen clinique	Nombre	Pourcentage
Douleurs dans les culs de sac vaginaux	112	59,3
Signes d'irritation péritonéale	106	56,1
Masse annexielle	78	41,2
Signes de préchoc	68	36
Ballonnement abdominal	29	15,3
Examen normal	15	7,9

Il est évident que ce tableau est schématique et que l'élément douleur, par exemple, peut être constaté par plusieurs signes associés: douleurs dans les culs de sac, signes d'irritation péritonéale, signes de préchoc et ballonnement abdominal.

* *Examens complémentaires*

Divers examens ont été faits dans peu de cas, selon la disponibilité des laboratoires et des équipements médicaux (tests de grossesse, échographies, coelioscopies). Seule la ponction de Douglas a pu être faite dans 102 cas et s'est révélée être positive dans 94 % des cas.

6 - Constatations per opératoires

* *Localisation*

- La GEU était tubaire dans 94,4 %, ovarienne dans 2,8 %, abdominale dans 2,8 %
- La GEU sous forme d'hématocèle représentait 53 cas sur 249 GEU soit 21,28 %.

* *Etat de la GEU tubaire à l'intervention* (sur 205 GEU)
Tab 4

	Nombre	Pourcentage
GEU rompue	155	75,6
Avortement tubo-abdominal	23	11,2
GEU non rompue	15	7,3
GEU fissurée	12	5,8

7 - Traitement (Tableau 5)

Technique	Nombre	Pourcentage
Salpingectomie	184	73,9
Annexectomie	38	15,2
Exérèse d'hématocèle	13	5,2
Extraction foetus + placenta	6	2,4
Chirurgie conservatrice	1	2,4
Ovariectomie partielle	2	0,8

Le traitement radical (salpingectomie, annexectomie, ovariectomie) a été le plus appliqué, tandis que la chirurgie conservatrice a été effectuée dans 6 cas seulement : 5 cas de césarienne tubaire et 1 cas d'expression tubo-abdominale. Des gestes complémentaires ont été faits : adhésiolyse, myomectomie, kystectomie, salpingostomie contrôlatérale, etc... La transfusion et la couverture antibiotique ont été prescrites dans la majorité des cas.

* *Mortalité*

Sur 245 patientes opérées, il y a eu 4 décès, soit 1,6 % des cas, 3 patientes suite à une anémie aiguë et une autre par septicémie.

* *Morbidité*

Les suites opératoires ont été heureusement bonnes avec une durée moyenne d'hospitalisation de 9 à 10 jours.

* *Pronostic obstétrical*

La fécondité ultérieure a été estimée à l'aspect macroscopique peropératoire et en fonction du traitement chirurgical appliqué.

Ainsi, dans 90 cas, les constatations peropératoires préjugeaient d'un mauvais pronostic (obstruction, hydrosalpinx, phimosis controlatéraux, adhérences, etc...) et dans 16 cas, un traitement chirurgical radical obligé (salpingectomie sur trompe unique, salpingectomie bilatérale obligée, etc.). Au total dans 102 cas au moins, soit 40,9 % des cas, le pronostic obstétrical est sombre.

DISCUSSION

Fréquence

La fréquence des GEU par rapport aux accouchements semble plus basse au Burundi (0,72 %) et en Guinée (0,79 %)

(21) qu'en France (0,5 à 2,1 %) (16,25) et aux USA (1,81 % à 2,77 %) (23), mais il faut noter dans nos pays tous les cas de GE ne viennent pas à l'hôpital. De plus, les méthodes de diagnostic modernes et précoces sont plus développées dans les pays industrialisés. Ce qui leur permet de détecter un plus grand nombre de GEU.

Néanmoins, cette pathologie occupe une place importante dans notre pratique chirurgicale, puisqu'elle représente une sur 10 interventions majeures en Gynécologie-Obstétrique. D'autres auteurs citent les chiffres de 1/15 (21) et 1/21 (16).

Caractéristiques des patientes

- . L'age moyen est de 28 ans, de même que dans d'autres pays (13, 20, 21, 25).
- . La parité moyenne: dans les pays africains y compris le notre la proportion des primigestes-primipares est de 20 % à 32 % (15,21), alors qu'en France par exemple la proportion est plus élevée 52 % à 73 % (13, 16, 20). Cela est probablement dû à une distribution plus large des GEU dans nos pays, étant donné le nombre élevé de multipares, alors que la parité est en moyenne faible dans les pays industrialisés.

** Facteurs de risque*

Nous avons relevé comme les autres auteurs comme facteurs de risque : infection pelvienne, stérilité, avortement, chirurgie abdominopelvienne, usage de DIU. De ces facteurs l'infection pelvienne et la stérilité se retrouvent plus fréquemment (35,1 % et 23,9 % respectivement) que dans les pays industrialisés (12 à 25 % et 7,9 % à 31 % respectivement) (13, 16,20, 25).

** L'avortement et la chirurgie abdomino-pelvienne*

Sont notés dans les mêmes proportions. Par contre l'association de la GEU et du D.I.U. est faible dans notre pays (0,9 % des cas) étant donné le peu d'usage de cette méthode contraceptive dans notre pays. Par contre des auteurs français ont constaté cette association dans 22 à 26 % des cas (20, 25).

** Signes cliniques*

Ceux-ci sont moins nets dans notre pays que dans les pays industrialisés, en ce qui concerne surtout les douleurs, 82,5 % des cas dans notre série contre 91 % en France (20 %) et les métrorragies (59 % des cas contre 90 %) (20). Ce fait est en rapport avec le retard à consulter un centre de soins

et montre une tolérance chez nos patientes vis-à-vis de cette maladie.

En corollaire, l'aménorrhée est plus allongée dans notre série (10 semaines) que dans celles rapportées ailleurs (8 semaines) (15,20).

Un fait remarquable à l'examen de nos patientes, c'est la fréquence accrue d'hématocèles (21,28 % des cas contre 6 à 10 % ailleurs) (21, 25) et de signes de choc (36 % des cas contre 8 à 10 % des cas ailleurs) (20).

Toutes ces conditions sont, comme on l'a dit, en rapport avec les retards à la consultation et une grande tolérance vis-à-vis de la pathologie.

Examens complémentaires

Malgré nos faibles moyens d'investigations, la ponction de Douglas nous a beaucoup aidé puisque dans les cas où elle a été faite, elle a été positive dans plus de 90 % des cas. En plus, l'indication de la laparotomie d'emblée a été le plus souvent évidente.

Constatations peropératoires et traitement

Les constatations peropératoires ou percoelioscopiques conditionnent en fait le traitement. Dans notre série 93,9 % des GEU étaient rompues contre 45 % dans la série de Monnier et coll. en France (20). De plus, nous avons constaté dans la plupart des cas des séquelles inflammatoires. Cela nous a imposé à pratiquer un traitement radical dans 89,9 % des cas contre 73 % chez le même auteur (20).

Pronostic

Les constatations peropératoires et le traitement chirurgical radical appliqué ont lourdement grevé le devenir obstétrical de nos patientes qui, comme on l'a vu, sont des patientes jeunes et à faible parité. Le fait de noter dans leurs antécédents une stérilité de longue durée et une chirurgie tubaire (salpingectomie) assombrit davantage leur pronostic obstétrical.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, nous pouvons relever un certain nombre de constatations :
 - Les infections pelviennes font dans la majorité de nos

cas le lit des GEU et des stérilités. Ce qui traduit une incidence encore très élevée des maladies sexuellement transmissibles.

- Les retards à la consultation font que les GEU sont souvent vues au stade d'hématocèles et que les signes fonctionnels sont bien tolérés.

- Le traitement est souvent radical, étant donné l'état des trompes à l'intervention chirurgicale; ce qui alourdit le pronostic obstétrical de nos patientes.
- Un effort doit être fait pour lutter contre les maladies sexuellement transmissibles par l'information, par le dépistage et le traitement précoce des ces maladies.

BIBLIOGRAPHIE

1. AUBRIOT F.X., DUBUISSON J.B., HENRION R.
Epidémiologie des lésions tubaires. A propos de 588 plasties microchirurgicales et de 69 fécondations in Vitro. J. Gynecol. Obst. Biol. Reprod. 1986,15,141-146.
2. AUBRIOT F.X., DUBUISSON J.B., EYGUEM A., SCWARTZ J. VACHER-LAVENU M.C.
Etude de l'activité ciliaire des cellules de la trompe de Fallope (A propos des séquelles de Salpingite). J. Gynecol. Obst. Biol. Reprod. 1984,13, 617-620.
3. BODY G., LEPORS P. CORNEC A., TARIEL D. BOZON Y., LANSAC J.
Influence de l'étiologie de la stérilité sur les résultats de la microchirurgie. J. Gynecol. Obst. Biol. Reprod. 1986,15, 901-907.
4. BOOG G., CORNEILLO F., CAROFF J.
Place de l'échographie et du dosage plasmatique de l'HCG - bêta dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine. Rev. fr. Gynéc. Obstét. 1982, n, 5, 303-311.
5. BRONSTEIN R.
Grossesse extra-utérine avant le 5^e mois, Encyclopédie Médico-Chirurgicale (PARIS) 700 A10 - 6, 1977.
6. CARBASSE D., LAHAYE C., VILLAROS A. - M.
Valeur diagnostique du dosage de la BHCG plasmatique lors de la grossesse extra - utérine Rev. fr. Gynéc.Obstét. 1986, 81, 1, 1-3.
7. COSTE J. JOB-SPIRA N.
Aspects épidémiologiques des grossesses extra-utérine, (GEU). Rev. fr. Gynéc.Obstét. Biol. Reprod., 1988, 17, 991-1001.
8. CREQUAT J., LOUFRANI B., MADELENAT P.
L'échographie résout -elle le problème du diagnostic de la grossesse extra-utérine débutante ? La Presse Médicale, 1983, 12, 1265-1267.
9. DIA M. et NOLOT . B.
Grossesses extra utérines chez les femmes porteuse d'un stérilet. A propos de 19 nouvelles observations Rev. franc. Gynec. 1979, 74, 6, 429-433.
10. DUBUISSON J.B., AUBRIOT F.X., VACHER-LAVENU M.C.; PICHARD D., HENRION R.
Salpingite chronique et grossesse extra-utérine Résultats de l'étude histologique de 215 grossesses tubaires. J.Gynéc. Obst. Biol. Reprod. 1987,16, 27-31.
11. DUBUISSON J.B., AUBRIOT F.X., SOMBARDIER E., HENRION R.
La sérologie des infections à Chlamydia trachomatis au cours des grossesses tubaires. A propos de 95 Cas. J.Gynéc. Obst. Biol. Reprod. 1987,16, 553-554.
12. DUBUISSON J.B., AUBRIOT F.X., VACHER - LAVENU M. C. HENRION R.
Histologie tubaire des grossesses extra-utérine Rev. fr. Gynéc. Obstét. 1986, 81,1, 9-14.
13. GILLET J.Y., OLIVERO J.F., GABAUDE B., SIMON E., GRIMALDI M., MARIGOT M.
Aspects épidémiologiques de la grossesse extra-utérine et attitude thérapeutique. A propos de 200 cas en série continue. Rev. fr. Gynéc. Obstét., 1987, 82, 7-9, 465-469.
14. KERBRAT G., MOBILLO M., PAPIERNIK E.
Résultats bruts de l'enquête menée auprès du collège National des Gynécologues et obstétriciens français sur l'évolution de la fréquence des G E U en France. J.Gynéc. Obstét. Biol. Reprod. 1983,12, 325.
15. KOUMARE A.K., BAYO S. et DIALLO B.
20 cas de G E U en un an dans service de chirurgie digestive au Mali. Médecine d'Afrique Noire, 1982, 29, 111-114.
16. LEMOINE J.P., DAGORNE J.M., PAQUET M., DUVAL Cl., DEMORY J.E.
Etude épidémiologique de la grossesse extra-utérine. A propos de 375 observations. Rev. fr. Gynéc. Obstét., 1987, 82, 3,175-183.
17. LEROY J.L., REGNIER C.
Endométriose et grossesse extra-utérine, 1986, 811, 23-26.
18. MAGE G., MANHES H., POULY J.L., ROPERT J.F., BRUHAT M.A.
Etude de la fertilité après traitement coelioscopique de la grossesse tubaire non rompue. J. Gynéc. Obstét. Biol. Reprod. 1983,12, 775-778.
19. MARCHNKS P.A., ANNEGERS J.F., COULAM C.B., STRATHY J.H., KURLAND L.T.
Risks factors ectopic pregnancy. A population - Based Study JAMA, 1988, 259, 12, 1823- 1827.
20. MONNIER J.C., VANTYGHEM. A., VANTYGEM - HAUDIQUET, MC, LANCIAUX, VINANIER D.
La GEU: Aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques: A propos de 117 observations relevées d'avril 1976 à septembre 1983. J. Gynéc. obstét. Biol. Reprod. 1985,14, 67-75.
21. NDAYISABA V.
Contribution à l'étude de la GEU à Conakry : Aspects statistiques, épidémiologiques, traitement et prophylaxie. Thèse Méd. Conakry, 1795.
22. PHILIPPE E.
A propos de "Salpingite chronique et grossesse extra-utérine". J. Gynéc. Obstét. Biol. Reprod. 1987,16, 261.
23. TAYLOR R.N.
Ectopic pregnancy and Reproductive Technology, JAMA, 1988, 259, 12, 1862 - 1864.
24. TRAN D.K., OLIVERO J.F., BARBEAULT J.M., COULET M.
Pathologie du segment isthmo-interstitiel de l'oviducte, grossesse tubaire et microchirurgie. Rev. fr. Gynéc. Obstét., 1986, 81, 1, 17 - 21.
25. VITSE M. BOULANGER J.C., VERHOEST P., CAMIER B., BALLOT J.J.
Etude de la fécondité après grossesse extra-utérine, Rev. fr. Gynéc. Obstét. 1984, 79, 12, 785- 789.