



Grossesse extra-utérine au centre de santé de la mère et de l'enfant de Zinder, Niger.

Ectopic pregnancy at Zinder mother and child health center, Niger.

Oumarou Garba S^{1*}, Salifou Lankoande Z¹, Hassane ML², Dan Rani P³, Tankora A¹, Maman HZ¹, Adamou H², Nayama M⁴.

Mots-clés

Grossesse extra-utérine, métrorragie, diagnostic, salpingectomie, Zinder.

Résumé

Introduction : La grossesse extra-utérine (GEU) est une urgence diagnostique et thérapeutique, fréquente dans les pays sous médicalisés. L'objectif de l'étude était de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques de la GEU.

Patientes et Méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective réalisée au Centre de Santé de la Mère et de l'Enfant (CSME) de Zinder sur une période de 4 ans (1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2016). Nous avons inclus les cas de GEU (rompue ou non).

Résultats : Durant la période d'étude, 12099 grossesses avaient été enregistrées, dont 82 cas de GEU, soit une incidence de 0,67%. L'âge moyen était de 29,20±8,5ans. Les antécédents d'infection génitale, d'avortement, de chirurgie pelvienne étaient retrouvés respectivement dans 25,61% (n=21), 21,95% (n=18) et 8,54% (n=7) des cas. L'aménorrhée et les douleurs pelviennes étaient retrouvées dans 100% (n=82) et la métrorragie dans 61 cas (74,39%). L'échographie avait fait le diagnostic chez 74 patientes, soit (90,24%), le test de grossesse était réalisé dans 100% des cas. La GEU était rompue dans 90,24% de cas. La salpingectomie était effectuée dans 96,34% (n=79). La salpingotomie a concerné 2,44% (n=2) et l'annexectomie a été réalisée dans 1,22% (n=1). L'anémie était retrouvée 90,24% (n=79), la transfusion sanguine était réalisée chez 50% des patientes. Aucun cas de décès n'a été enregistré.

Conclusion : La grossesse extra-utérine est une pathologie qui touche les jeunes femmes et de diagnostic tardif au stade de rupture dans notre milieu. La sensibilisation de la population sur les facteurs de risques et la consultation précoce devant une aménorrhée associée à des douleurs pelviennes pourraient permettre d'améliorer son diagnostic et son pronostic.

Keywords:

Ectopic pregnancy, metrorrhagia, diagnosis, salpingectomy, Zinder.

Abstract

Introduction: Ectopic pregnancy (EP) is a diagnostic and therapeutic emergency, frequent in under-medicalized countries. The objective of the study was to describe the epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of EP.

Patients and Methods: This was a retrospective study carried out at the Mother and Child Health Center (CSME) in Zinder over a period of 4 years (January 1, 2013, to December 31, 2016). We have included cases of USG (ruptured or not).

Results: During the study period, 12,099 pregnancies were recorded, including 82 cases of EP, an incidence of 0.67%. The average age was 29.20 ± 8.5 years. The antecedents of genital infection, abortion, pelvic surgery were found respectively in 25.61% (n=21), 21.95% (n=18) and 8.54% (n=7) of the cases. Amenorrhea and pelvic pain were found in 100% (n=82) and metrorrhagia in 61 cases (74.39%). Ultrasound had made the diagnosis

in 74 patients, i.e. (90.24%), the pregnancy test was performed in 100% of cases. The USG was ruptured in 90.24% of cases. Salpingectomy was performed in 96.34% (n=79). Salpingotomy involved 2.44% (n=2) and adnexectomy was performed in 1.22% (n=1). Anemia was found in 90.24% (n=79), blood transfusion was performed in 50% of patients. No death cases were recorded.

Conclusion: Ectopic pregnancy is a pathology that affects young women and late diagnosis at the rupture stage in our environment. Raising public awareness of risk factors and early consultation in the face of amenorrhea associated with pelvic pain could improve diagnosis and prognosis.

Introduction

La grossesse extra-utérine (GEU) correspond à une implantation anormale du produit de la conception en dehors de la muqueuse endométriale de la cavité utérine [1,2]. Elle constitue une urgence diagnostique et thérapeutique, elle est source de morbidité et mortalité maternelle importantes [2]. Son incidence varie entre 1 à 2% des grossesses, mais peut dépasser 3% dans certaines régions d'Afrique [1,3-6]. Son diagnostic est devenu plus aisé grâce à la connaissance des facteurs de risque, le dosage quantitatif de l'HCG plasmatique et de l'échographie [5]. Malgré une triade clinique caractéristique (aménorrhée, douleur pelvienne, saignements), les symptômes sont très variables d'une patiente à l'autre : de la forme totalement asymptomatique malgré un épanchement péritonéal, à l'état de choc hémorragique mettant en jeu le pronostic vital [1,2]. En Afrique subsaharienne, en dépit de ces moyens de diagnostic, les GEU sont souvent découvertes dans les formes évoluées responsables des phénomènes hémorragiques engageant le pronostic vital des patientes [7,8]. Ceci explique la nécessité du diagnostic précoce qui permet d'une part une chirurgie conservatrice au niveau de la trompe pour préserver ainsi un certain capital de fertilité, d'autre part un traitement médical de la GEU qui est de nos jours possible dans notre contexte [5,7,8]. Le retard de consultation fait que la chirurgie par laparotomie est le traitement de choix dans le contexte africain et les risques de

morbidité et de mortalité sont plus élevés [5-8].

La Motivation de cette étude était de proposer des solutions qui peuvent améliorer le pronostic des GEU au centre de santé de la mère et de l'enfant de Zinder (Niger). Ainsi, l'objectif de cette étude était de décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques, et thérapeutiques des GEU à Zinder.

Matériels et méthode

Il s'agissait d'une collecte rétrospective une période de 4 ans allant du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2016, réalisée au Centre de la Santé de la Mère et de l'Enfant (CSME) de Zinder, Niger. Étaient incluses dans l'étude toutes les patientes admises et prises en charge pour une GEU diagnostiquée, dont les dossiers étaient complets. Étaient exclues, toutes les patientes dont les dossiers étaient incomplets.

Affiliations :

- 1- Centre de santé de la mère et de l'enfant de Zinder, Gynécologie-obstétrique, Université André Salifou, Zinder.
- 2- Faculté des Sciences de la Santé, Université André Salifou, Zinder.
- 3- Centre de santé de la mère et de l'enfant de Zinder, Imagerie médicale.
- 4- Faculté des Sciences de la Santé, Université Abdou Moumouni, Niamey.

* **Correspondance** : Dr OUMAROU GARBA Souleymane, Gynécologue-obstétricien, Faculté des Sciences de la Santé, Université André Salifou, Zinder.
Mail : souleyfazo@gmail.com

Les variables d'étude étaient les caractéristiques socio-démographiques de la population d'étude, les facteurs de risque qui sont rapportés par la littérature, les signes cliniques, le bilan réalisé, et les gestes réalisés. La collecte des données a été faite à partir des dossiers des patientes, et du registre du bloc opératoire du CSME. Les données contenues dans ces documents ont été collectées à partir d'une fiche d'enquête et analysées avec les logiciels Epi info 3, 4 et 5 ; Excel 2013 ; et Word 2013.

Résultats

Durant la période de l'étude (du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2016), 12099 grossesses avaient été enregistrées, dont 82 cas de GEU, soit une incidence de 0,67%. Le constat des caractéristiques sociodémographiques montre que la majorité des patientes avaient un âge compris entre 25-29 ans (34,14%), que l'on peut catégoriser comme des jeunes femmes. La majorité était en union de mariage (98,78%), femmes au foyer (73,17%) et réside en milieu urbain (58,53%) et les multipares (40,24%), **tableau I**.

Tableau I : caractéristiques socio-démographiques.

Variables		n	%
Age (ans)	< 20	4	4,88
	20 -24	10	12,19
	25-29	28	34,14
	30-34	20	24,39
	35-39	12	14,63
	40-44	7	8,53
	≥ 45	1	1,22
Parité	0	13	15,85
	1	11	13,41
	2-3	14	17,07
	4-5	33	40,24
	≥ 6	11	13,41
Statut matrimonial	Marié	81	98,78
	Célibataire	1	1,22
Profession	Femme au foyer	60	73,17
	Fonctionnaires	11	13,41
	Etudiantes	6	7,31
	Commerçantes	5	6,11
Provenance	Urbaine	48	58,53
	Rurale	34	41,47

Les patientes étaient référées dans 56,09% (n=46) et admises directement dans 43,90% (n=36)

Les antécédents d'infections sexuellement transmissibles (41,18%) et d'avortement (35,30%) étaient les facteurs de risque le plus retrouvés, **Tableau II**.

Tableau II : présente la répartition des facteurs de risque portés par les patientes

Facteurs de risque	n	%
Avortement	18	21,95
Chirurgie pelvienne	7	8,54
Antécédents de GEU	5	6,1
Antécédent IST	21	25,61
Non mentionnés	31	37,8
Total	82	100

Les signes fonctionnels classiques ont été retrouvés étaient l'aménorrhée associée aux douleurs pelviennes dans 100% de cas, la métrorragie dans 61 cas (74,39%). La pression artérielle était normale dans 69,51% (57 patientes) et 33 patientes (40,24%) présentaient des signes de choc hémorragiques. Le toucher vaginal était douloureux chez 55 patientes, soit 67,7%. Le test biologique de la grossesse (βHCG qualitatif) était positif chez toutes les patientes. L'échographie a été pratiquée chez 74 patientes soit 90,24%. La culdocentèse était réalisée chez 36 patientes soit 43,90%. Le diagnostic de la GEU rompue était évoqué à l'échographie chez 68 patientes soit (82,92%).

Sur le plan thérapeutique, la laparotomie est effectuée chez toutes les patientes. A l'exploration, la GEU était rompue dans 90,24% (n=74), non rompue dans 8,54% (n=7) et enkystée dans 1 cas (1,2%). La salpingectomie était effectuée dans 96,34% (n=79). La salpingotomie a concerné 2,44% (n=2) et l'annexectomie a été réalisée dans 1,22% (n=1). L'hémopéritoine était retrouvé chez 82,92% (n=68) ; ces pertes sanguines étaient ≥ 1000 ml pour 30,49% (n=25). La complication de la GEU

était la rupture qui a entraîné l'anémie chez (90,24%), la transfusion sanguine était réalisée chez 50% des patientes. Aucun cas de décès n'a été enregistré.

La durée de séjour est de 3 jours chez la majorité des patientes (69,51%).

Discussion

En Afrique subsaharienne, l'incidence de la GEU est située entre 0,5 à 3,5% selon Bruno [5-9]. L'évolution chronologique des études sur la GEU, a permis de constater une tendance décroissante de l'incidence entre les années 90 à aujourd'hui [1,3]. Cela pourrait être dû à la prévention et la prise en charge des certains facteurs de risque de la GEU (IST et les avortements) grâce à la redynamisation des programmes dans le domaine la santé sexuelle et reproductive (SSR) dans plusieurs pays, et des législations sur la SR élaborée dans le domaine [3,4].

La faible incidence de 0,67% trouvée dans notre étude par rapport aux autres études à incidences élevées, pourrait aussi s'expliquer par non seulement des progrès ont réalisés dans la prévention et la prise en charge de certains facteurs de risque (IST et avortement), mais aussi la pratique de la chirurgie dans les hôpitaux de district qui prend en charge une partie de GEU dans la région de Zinder.

La moyenne d'âge de 29,20 ans retrouvé dans cette étude concorde avec celle de plusieurs études africaines qui notaient un âge moyen autour de la trentaine [5,8-10]. Cette tranche d'âge jeune est relativement la plus exposée aux différents facteurs de risques de GEU, tels que les IST et les avortements [1-5,7].

Dans cette étude, les multipares étaient affectées plus de 40% des cas, ce qui est similaire aux travaux de Hssain et al. au Maroc [11] a rapporté 40,94% des multipares. Mais, Anyanwu et al. [5] en Gambie et Maman, à Niamey au Niger [12] rapportaient plus des primipares avec respectivement 32,6% et 54,84% ; ce constat montre que la parité ne

semble pas être un facteur de risque dans la survenue de GEU. Les antécédents retrouvés dans notre étude sont : l'antécédent d'avortements (21,95%) les IST, d'infections pelviennes (25,61%), de chirurgie pelvienne (kystectomie 3,65% la salpingectomie 6,09% la césarienne 2,44% et la myomectomie 2,44%). Bangambe et al. [13] avaient trouvé, les mêmes facteurs de risque à des proportions variables dans : antécédents de GEU (4,8%), IST (34,9%), chirurgie pelvienne (27,6%). Dans d'autres études comme celle de Mpiima et al. [14] le lien était fait entre l'infection au Chlamydia Trachomatis et la GEU.

Dans notre étude, la triade de la symptomatologie clinique était retrouvée : aménorrhée, algies pelviennes dans 100% de cas, et métrorragies dans 74,39% de cas. Cette triade symptomatique (aménorrhée, douleur pelvienne, et métrorragie) était constamment rapportée par plusieurs études [15, 16], mais avec des variations sur les proportions de douleurs pelviennes et de métrorragie.

La forme rompue de la GEU a concerné 90,24% patientes dans notre étude, cette situation est due au retard de recours aux soins dès le début des symptômes ou des erreurs diagnostic par insuffisance d'interrogatoire et/ou de moyen diagnostic Diarra [17]. Dans les pays à ressources limitées, le retard dans la fréquentation de service de santé et la difficulté diagnostic conduit à de formes évoluées de GEU (rompues) avec 17 à plus de 87% [5-7,18, 19]. Ces résultats montrent que les patientes consultent tardivement, le temps suffisant pour que la GEU évolue vers la rupture.

L'échographie pelvienne reste l'examen paraclinique de première intention en cas de suspicion de GEU surtout lorsqu'elle est couplée au dosage de bêta HCG plasmatique [1-5,11]. Au CSME de Zinder devant tout cas de suspicion de grossesse, le test biologique de grossesse est systématiquement réalisé couplé à l'échographie qui demeure un examen important dans la confirmation du diagnostic,

elle complète toujours le bilan biologique à la recherche des signes indirects qui peuvent orienter un diagnostic. L'avancée des techniques coelochirurgicales conservatrices ainsi que du traitement médical voire l'abstention de toute thérapeutique, ont considérablement modifié la prise en charge de la GEU [1-5]. Mais la laparotomie demeure la voie thérapeutique salvatrice dans les pays sous médicalisés [7-9], comme le cas de notre étude où le taux de laparotomie réalisée était de 100%. La salpingectomie totale reste fréquemment adoptée vu le taux important des formes évoluées et ceci a été rapporté par plusieurs études africaines [5-9,12-19]. Le pronostic de la GEU était bon dans notre étude, aucun cas de décès n'avait été enregistré malgré les formes évoluées, résultat pareil dans l'étude d'Achour en Tunisie [20] en 2015 sans aucun décès maternel. Mais malgré le bon pronostic, la GEU reste et demeure une pathologie redoutable et est responsable de décès maternel au premier trimestre de la grossesse, Baldé en Guinée avec 1,8% en 2014 [21] le bon pronostic avait été grâce aux moyens diagnostiques et thérapeutiques, mais il n'en reste pas moins que le pronostic obstétrical peut être compromis en raison de nombre important des formes évoluées.

Conclusion

La GEU a affecté les femmes jeunes, les facteurs de risque identifiés étaient l'antécédent d'avortement, les IST et la chirurgie pelvienne. La GEU était rompue chez la majorité des patientes dans notre milieu. L'échographie était l'élément clé du diagnostic. La morbidité était dominée par l'anémie. La GEU pose un problème de santé publique dans nos pays sous-médicalisés, seule la prévention essentiellement basée sur la lutte contre les IST et la prise en charge des avortements et soins après avortement peut améliorer son ampleur. Sensibiliser la communauté pour une consultation précoce dès le début des

symptômes pour éviter tout retard diagnostique pouvant évoluer vers la rupture qui peut entraîner souvent le décès. Intégrer l'échographie dans structures sanitaires serait un atout pour faire un diagnostic précoce de la GEU.

Conflit d'intérêts : aucun

Références

1. Tonick S, Conageski C. Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2022 Sep;49(3):537-549.
2. Togas T. Ectopic pregnancy: epidemiology, risk factors and anatomic site. *J Obstet Gynaecol India.* 2015; 65(4): 284–285
3. Vanitha N, Sivalingam, Duncan C, Kirk E, Lucy AS, Andrew WH. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2011; 37: 231–240.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 193: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018;131(3):e91-e103. doi: 10.1097/AOG.0000000000002560.
5. Anyanwu M, Titilope G. Grossesse extra-utérine dans un hôpital tertiaire en Gambie. *Afri Health Sci.* 2021;21(1):295-303.
6. Ononuju CN, Ogbe AE, Changkat LL, Okwaraoha BO, Chinaka UE. Ectopic pregnancy in Dalhatu Araf Specialist Hospital Lafia Nigeria - A 5-year review. *Niger Postgrad Med J.* 2019;26(4):235-238.
7. Randriambololona DM, Anjaharisoaniaina NT, Harioly M, Rekoronirina E, Randriambelomanana JA, Andrianampanalarivo R. Prise en charge de la grossesse extra-utérine à l'Hôpital Universitaire. *Rev Anesth Réanim Med Urgence.* 2012;4(1):16-9.
8. Gabkika B Madoue, Abdelsalam S, Ilboudo SERGE RW, Adoum T, Domga K. Grossesse extra-utérine : Aspects épidémiologiques et Pronostic maternel à l'Hôpital de district de N'djamena sud (Tchad) *Kis Med.* 2015; 6(1) :111-6.
9. Kenfack B, Noubom M, Bongoe A, Tsatedem FA, Ngono M, Tsague GN, Mboudou E. La grossesse extra-utérine dans une région semi

- rurale en Afrique: Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques à propos d'une série de 74 cas traités à l'Hôpital de District de Sangmelima au Sud-Cameroun. *Pan Afr Med J*. 2012; 13: 71.
- 10.Essiène Ebono AM, Anki Y, Niama AC, Mbou Essie D, Voumbo Y. Ndinga H et al. Facteurs de risque de la grossesse extra-utérine à l'hôpital de référence de Talangai, Brazzaville 2018-2019 : Facteurs de risque de la GEU à Talangai. *Health Sci. Dis*. 2022; 23 (5) :15-24.
 - 11.Hssain H, Berreda R, Ghanmi A EL, Feerhati D. Grossesse extra-utérine. *Maroc Med*. 2011 ; 33 (2): <https://doi.org/10.48408/IMIST.PRSM/mm-v33i2.1267>
 - 12.Maman Z. Grossesse extra-utérine au Centre Hospitalier Régional de Niamey. Etude rétrospective à propos de 31 cas. Thèse de médecine 2014. FSS de Niamey 134p.
 - 13.Bangambe BJ, Kangudia MJ, Mbanzulu PN, Yanga JJ, Monzango G, Kabongo R, Juakali SKV, Mboyo G.Profil épidémiologique et prise en charge de la grossesse extra-utérine à l'hôpital de l'amitié Sino-Congolaise de N'djili Kinshasa-RDC. *KisMed* 2016, 7 (1) 255-8.
 - 14.Mpiima DP, Wasswa Salongo G, Lugobe H, Ssemujju A, Mumbere Mulisya O, Masinda A, Twizerimana H, Ngonzi J. Association between Prior Chlamydia trachomatis Infection and Ectopic Pregnancy at a Tertiary Care Hospital in South Western Uganda. *Obstet Gynecol Int-Hindawi*. 2018;2018:4827353. doi: 10.1155/2018/4827353.
 - 15.Dembele S, Diassana M, Macalou B, Sidibe A, Hamidou A, Sinayoko Y, Traore S.O, Sima M, Sylla C, Kane F, Traore S. Extra-utérine Pregnancy in the Obstétric Gynécology Departement of Fousseyni Daou Hospital in Kayes. *Sch J App Med Sci* 2021 9 (6) 822-6.
 - 16.Fan YY, Liu YN, Mao XT, Fu Y. The Prevalence of Ectopic Gestation: A Five-Year Study of 1273 Cases. *Int J Gen Med*. 2021 Dec 14;14:9657-61.
 - 17.Diarra L, Samaké A, Konaté M, Keita M, Diallo M, Traore S, Mariam M, Traore O, Traoré D. Grossesse Extra-Utérine Rompue de Diagnostic Tardif. *Health Sci. Dis*. 2020 ;21 (4) : www.hsd-fmsb.org
 - 18.Akaba GO, Agida TE, Onafowokan O. Ectopic pregnancy in Nigeria's federal capital territory: a six year review. *Niger J Med*. 2012; 21(2):241-5.
 - 19.Nayama M, Gallais A, Ousmane N, Idi N, Tahirou A, Garba M, Djibrill B, Boukerrou M. Management of ectopic pregnancy in developing countries: example of a Nigerian reference maternity. *Gynecologie, obstetrique & fertilite*. 2006;34(1):14-8.
 20. Achour A, Gabkika MB, Boudeya F, Gharsa A, Chelli D, Sfar E. .Prise en charge chirurgicale de la grossesse extra-utérine au Centre de Maternité et de Néonatalogie de Tunis. *Rev.méd.Madag*. 2015, 5(3) : 634-9.
 - 21.Baldé IS, Diallo FB, Conté I, Diallo MH, Sylla I, Diallo BS, et al. Grossesse extra-utérine dans la clinique de gynécologie-obstétrique Ignace-Deen du CHU de Conakry Aspects épidémiologique, sociodémographique, thérapeutique et pronostique. *Med Santé Trop*. 2014 ;24 (3):297-300.