



Aspects cliniques, thérapeutiques et pronostiques de la grossesse extra-utérine au Centre Hospitalier Universitaire Départemental du Borgou-Alibori, Bénin.

Clinical, therapeutic and prognostic aspects of ectopic pregnancy at Borgou-Alibori Departmental University Hospital Center, Benin.

Atadé SR^{1*}, Sidi IR², Dangbemey P³, Vodouhe MV², Djato AA¹, Toko M¹, Togbenon NDL², Salifou K².

Mots-clés	Résumé
Grossesse extra-utérine, hémorragie, trimestre de la grossesse, pronostic, Parakou.	Introduction : La grossesse extra-utérine représente la première cause de mortalité maternelle au cours du premier trimestre de la grossesse. Objectif : Evaluer les aspects cliniques, thérapeutiques et pronostiques de la grossesse extra-utérine. Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec recueil rétrospectif des données sur une période de 3 ans du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2021 dans le service de gynécologie et d'obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Départemental du Borgou-Alibori (CHUD/B-A). Nous avons inclus dans notre étude toutes les patientes admises pour grossesse extra-utérine. Résultats : Nous avons enregistré 100 cas de grossesse extra-utérine pour 5256 accouchements soit une fréquence de 1,9%. L'âge moyen de survenue de la grossesse extra-utérine était de 27,77 ans et la tranche d'âge la plus représentée était 25- 29 ans. Les ménagères représentaient 29,55% et les non-scolarisées 44,32%. L'état général était altéré dans 46,59%. La douleur pelvienne a été le principal signe fonctionnel (97,72%) retrouvé. L'échographie avait permis de faire le diagnostic dans 71,59%. La grossesse extra-utérine était rompue dans 80,68%. La prise en charge était essentiellement chirurgicale par laparotomie (97,72%), avec salpingectomie dans 94,18% et d'une auto-transfusion dans 28,07%. Aucun décès maternel n'a été enregistré et 65,52% des patientes avaient présenté une anémie décompensée. Conclusion : La grossesse extra-utérine reste une pathologie fréquente dans notre milieu. Les formes rompues sont les plus retrouvées lors du diagnostic. La prise en charge est essentiellement chirurgicale par laparotomie. Le pronostic maternel est favorable.
Keywords:	Abstract
Ectopic pregnancy, hemorrhage, trimester of pregnancy, prognosis, Parakou.	Introduction: Ectopic pregnancy is the leading cause of maternal mortality during the first trimester of pregnancy. Objective: To evaluate the clinical, therapeutic and prognostic aspects of ectopic pregnancy. Materials and method: This was a descriptive cross-sectional study with retrospective data collection from January 1, 2019, to December 31, 2021. All patients admitted and treated for ectopic pregnancy were included in the study. Results: There were 100 patients who had an ectopic pregnancy for 5256 deliveries, a frequency of 1.9%. The average age of women was 27.77 years. Housewives represented 29.55% (n= 26) and uneducated 44.32% (n= 39). The general state was altered in 46.59% (n= 41). Pelvic pain was the main functional sign in 97.72% of cases (n=86). Ultrasound had made the diagnosis in 71.59% (n = 63). Ectopic pregnancy was ruptured in 80.68% (n

= 71). Management was essentially surgical by laparotomy in 97.72% (n=86), with salpingectomy in 94.18% (n=81) and auto-transfusion in 28.07% (n=16). No maternal death was recorded and 65.52% (n = 57) of the patients had presented decompensated anemia.

Conclusion: Ectopic pregnancy remains a frequent pathology in our environment. The ruptured forms were the most found during the diagnosis. Management was essentially surgical by laparotomy. The maternal prognosis was favorable.

Introduction

La grossesse extra-utérine (GEU), caractérisée par la nidation et le développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine, est grave et est à l'origine habituellement d'accidents hémorragiques mettant en jeu le pronostic vital de la patiente [1]. Elle représente la première cause de mortalité maternelle au premier trimestre de la grossesse [2]. En recrudescence pour diverses raisons, la GEU peut revêtir différentes formes rendant parfois le diagnostic clinique difficile. Malgré une triade clinique caractéristique (aménorrhée, douleur pelvienne, saignements), les symptômes sont très variables d'une patiente à une autre : de la forme totalement asymptomatique malgré un épanchement péritonéal, à l'état de choc hémorragique [3]. Le retard au diagnostic entraîne la perte de la trompe par Salpingectomie et parfois la mort maternelle par hémorragie [4]. L'objectif de la présente étude est d'évaluer l'aspect clinique thérapeutique et pronostique de la grossesse extra-utérine dans le service de gynécologie et d'obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Départemental du Borgou-Alibori CHUD/B-A (Bénin).

Matériels et méthode

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive avec recueil rétrospectif des données allant du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2021.

La population d'étude était constituée des dossiers des patientes reçues pour grossesse extra-utérine dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHUD/B-A, pendant ladite période. Tous les dossiers des patientes chez

qui le diagnostic de GEU a été posé ont été inclus dans notre étude. Les dossiers inexploitable ont été exclus de l'étude.

La variable dépendante de l'étude était le diagnostic de la grossesse extra-utérine. Les variables indépendantes ont été constituées des caractéristiques sociodémographiques des patientes, des antécédents des patientes, des caractéristiques cliniques, du traitement et des complications postopératoires.

Les données recueillies ont été enregistrées et traitées avec le logiciel Epi- Info7.1.14. Les variables qualitatives étaient exprimées en pourcentage, les variables quantitatives étaient exprimées sous forme de moyenne plus ou moins écart type.

Résultats

Au cours de la période d'étude, 100 dossiers de GEU ont été dépouillés dont 12 exclus, car inexploitable. Parmi les 5256 accouchements enregistrés durant la période d'étude, nous avons colligé 100 cas de GEU ce qui correspond à une fréquence de 1,90%.

Affiliations :

1. Département Mère-Enfant Institut de Formation en Soins Infirmiers et Obstétricaux (IFSIO) Université de Parakou, Bénin
2. Département Mère-Enfant Faculté de Médecine (FM), Université de Parakou, Bénin
3. Département Mère-Enfant Faculté des Sciences de la Santé (FSS)- Université d'Abomey Calavi, Bénin

*Correspondance : ATADE Sèdjro Raoul,
email : raoulatade@yahoo.fr Tél : (229)
97 09 90 11 / 95 59 25 41

L'âge moyen des femmes victimes de GEU était de 27,77 ans $\pm$ 5,31 ans avec des extrêmes de 17 ans et de 45 ans. La tranche d'âge comprise entre 25 et 29 ans était la plus représentée dans une proportion de 37,50% (n= 33). Les femmes qui avaient présenté la GEU étaient des ménagères 29,55% (n= 26) et étaient non scolarisées 44,32% (n= 39). En outre 78,41% (n= 69) d'elles étaient mariées, 36,36% (n= 32) étaient Bariba et 53,43% (n= 47) pratiquaient l'islam.

Selon les antécédents, les paucigestes étaient plus atteintes 45,45% (n= 40) suivies des primigestes 19,32% (n= 17). Les primipares représentaient 31,82% (n= 28) des femmes ayant eu une GEU suivie des nullipares 29,55% (n= 26). Les antécédents de GEU étaient retrouvés chez 4,55% (n= 4) des femmes. Un antécédent d'avortement a été retrouvé chez 32,95% (n= 29) des femmes, et dans 23,86% il s'agissait d'avortement provoqué (n= 11). Une seule femme avait un antécédent d'infection génitale soit 1,14%. Les antécédents de salpingectomie ont été retrouvés chez 4,55% (n= 4) des patientes.

Les femmes ayant présenté une GEU n'avaient pas démarré les consultations prénatales dans 94,32% (n= 83) contre 5,68% (n=5) qui avaient réalisé les consultations prénatales. Elles ont été référées dans 62,5% (n= 55).

Le signe fonctionnel le plus fréquent était la douleur pelvienne (97,72%). L'état général des patientes était altéré dans 46,59% des cas. L'état de choc a été noté chez 21,59%. Les muqueuses étaient pâles chez 47,72%. On retrouvait à l'examen physique chez toutes nos patientes, une défense dans 25%, un cri de l'ombilic dans 47,72% et un cri du douglas dans 18,18%. L'âge des grossesses correspondait à 6SA dans 36,36% des cas. (**Tableau I**).

L'échographie avait permis de faire le diagnostic chez 71,59% (n= 63) des patientes. Dans 25,41% (n= 16) il y a eu un doute à

l'échographie et le dosage quantitatif des BHCG plasmatiques a été demandé. La GEU était rompue dans 80,68% (n= 71) des cas. Toutes les patientes avaient bénéficié d'un dosage qualitatif urinaire de β -HCG.

Tableau I: Répartition des patientes selon les aspects cliniques.

Variables	n	%
<i>Signes fonctionnels</i>		
Douleurs pelviennes	86	97,72
Métrorragies	69	78,41
Vertiges	23	26,13
<i>Etat général à l'entrée</i>		
Bon	47	53,40
Altéré	41	46,59
<i>Etat de choc</i>		
Oui	19	21,59
Non	69	78,41
<i>Muqueuses palpébrales</i>		
Normo-colorées	46	52,28
Pâles	42	47,72
<i>Signes physiques</i>		
Cri de l'ombilic	42	47,72
Défense pariétale	22	25
Cri du douglas	16	18,18
<i>Age gestationnel</i>		
6SA	32	36,36
10SA	10	11,36
15SA	1	1,14
Inconnu	45	51,13

Au plan thérapeutique, le traitement était chirurgical par laparotomie dans 97,72%. Le diagnostic de la GEU a été peropératoire dans 3,2% des cas. La localisation ampullaire représentait 67,04% des cas de GEU et la salpingectomie a été réalisée dans 94,18%. (**Tableau II**).

En outre, les patientes avaient bénéficié d'une transfusion sanguine dans 36,84% (n= 21). L'auto-transfusion a été faite chez 28,07% (n= 16). Les patientes ayant bénéficié à la fois de transfusion et autotransfusion étaient de 35,09% (n= 20).

Tableau II: Répartition des patientes selon la décision thérapeutique, la localisation de la GEU et les gestes opératoires.

Variables	n	%
Décision thérapeutique		
Chirurgicale (laparotomie)	86	97,72
Médical (Méthotrexate)	1	1,14
Abstention thérapeutique	1	1,14
Localisation GEU		
Ampullaire	59	67,04
Isthmique	11	12,50
Interstitielle	5	5,68
Pavillonnaire	4	4,54
Cornéale	3	3,42
Ovaire	6	6,68
Abdominale	1	1,14
Gestes opératoires		
Salpingectomie	81	94,18
Ovariectomie	3	3,49
Annexectomie	2	2,33

Le nombre moyen de jours d'hospitalisation des femmes incluses dans notre étude était de 4,68 jours $\pm$ 1,71 jour avec des extrêmes de 3 jours et de 14 jours. Les complications ont été dominées par l'anémie (65,52% ; n=57), les infections (2,28% ; n= 2) et une suppuration pariétale (1,14% ; n= 1). Aucun décès maternel n'avait été enregistré.

Discussion

La fréquence de la GEU dans notre étude était de 1,90%. Une étude réalisée dans le même

service en 2015 par Salifou et al. [5], retrouvaient une fréquence de 4,7%. La fréquence de la GEU variable de 1,56 à 4,7% diminue au fil des années [5-8]. L'accessibilité des antibiotiques à tous avec pour corollaire le traitement correct des infections sexuellement transmissibles pourrait expliquer cette baisse de la fréquence des GEU. Dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHUD/B-A, le traitement systématique du Chlamydia trachomatis chez les conjoints en cas de désir de maternité pourrait être un facteur non négligeable de la régression des taux de GEU. Une étude montrant l'impact de ce traitement systématique sur la réduction des cas de GEU serait nécessaire pour faire un état des lieux. La tranche d'âge la plus touchée était celle des 25-29 ans (37,50%). Plusieurs études avaient rapporté un résultat semblable au nôtre où les femmes âgées de 25-29 ans avaient majoritairement développé une GEU [8, 9]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que cette tranche d'âge correspond à la période d'activité génitale donc période dans laquelle sont susceptibles de survenir les pathologies gynécologiques infectieuses.

Le signe fonctionnel le plus retrouvé chez nos patientes était la douleur pelvienne (97,72%). Gandzien et al [10] et Bagnan et al [7] avaient fait les mêmes constats que nous en affirmant que leur patiente avait consulté pour douleur respectivement dans 88,89% et 76,3%. Pour Lokossou et al [11] c'était plutôt la triade (douleur pelvienne + métrorragie + aménorrhée) qui prédominait à 58,5%. Toute douleur pelvienne chez une femme en âge de procréer dans un contexte de retard des règles devrait faire craindre une GEU.

L'âge gestationnel le plus représenté était 6SA (36,36%). Randriambololona et al. [12] trouvaient un âge gestationnel moyen de 8SA avec des extrêmes de 5 et 20 SA. Koulimaya et al. [13] quant à eux rapportaient un terme de 7SA pour l'âge gestationnel moyen de la GEU.

La moyenne d'âge gestationnel de la GEU dépend non seulement du terme de recours de la patiente aux soins, mais aussi, et surtout de la compétence de l'échographiste à diagnostiquer tôt une GEU. Dans les pays industrialisés, la précocité du diagnostic permet de retrouver souvent les GEU à un stade précoce. Par contre dans les pays en voie développement, les difficultés de diagnostic (liées au retard qu'accusent les patientes avant la consultation) conduisent à une découverte des GEU à un stade évolué (Stade de rupture). Ainsi, Baldé et al. [14], et Bangambe et al. [8] rapportaient respectivement 80,2%, et 72,3% de GEU dans sa forme rompue. Dans notre étude, la forme rompue de GEU a concerné 80,60% des cas.

L'échographie avait permis de faire le diagnostic dans 71,59% dans notre étude. Achour et al. [15] et Parashi et al. [16], rapportaient respectivement 100% et 99,6% de diagnostic échographique de la GEU. Le taux d'échographie un peu bas dans notre étude est lié au taux de GEU rompue (80,60%) ; en effet, plusieurs patientes n'ont plus bénéficié de l'échographie devant une ponction exploratrice qui ramenait du sang incoagulable (avec signe de cocarde positif) et un test biologique de grossesse positif. Le traitement était chirurgical par laparotomie (97,72%). Nos résultats sont identiques à ceux de Bangambe et al. [8] (78,9%) et Randriambololona et al [12] (100%). Par contre, pour Achour et al [15]. à Madagascar en 2015 le traitement s'est fait par voie cœlioscopie dans 82,50% des cas. Le CHU/B-A ne dispose pas d'une colonne de cœlioscopie et la majeure partie des GEU se prennent en charge par voie laparoscopique. En outre Les consultations tardives des patientes, associées aux pertes sanguines élevées justifieraient la prédominance du traitement chirurgical, réalisé dans notre étude. La localisation ampullaire (67,04%) était la plus retrouvée chez nos patientes. Kenfack et al. [6] retrouvaient 68,92%. Baldé et al. [14] trouvaient 73% de localisation

ampullaire. Selon la littérature, la classification anatomique des grossesses extra-utérines retrouve une prédominance des grossesses ampullaires [3]. Dans notre étude, la complication la plus retrouvée était l'anémie décompensée (65,52%). Par contre, Dohbit et al. [16] au Cameroun en 2010 avaient rapporté que la complication la plus fréquente de leur série était l'infection du site opératoire dans 1,48%. Pour Buambo et al. [18] les suites opératoires ont été émaillées de suppurations pariétales (5,3%), de péritonite (1,5%), d'endométrite (0,9%) et de septicémie (0,6%). D'après BOUYER et al. [18] les complications dépendent du site de la GEU.

Aucun cas de décès n'a été enregistré. Par contre, Gabkika et al [9]. Au Tchad en 2015 avaient trouvé 01,9% de décès. Baldé et al [14], en Guinée Conakry en 2014 avaient rapporté 1,8% cas de décès. Cette différence s'explique par l'introduction de la technique d'autotransfusion par récupération peropératoire du sang épanché au cours de la GEU rompue ; ceci permet de stabiliser et récupérer les patientes en état de choc dans un contexte où les produits sanguins ne sont pas toujours disponibles. En outre le risque potentiel d'accident transfusionnel que pouvait induire la transfusion hétérologue était aussi réduit.

Conclusion

La grossesse extra-utérine est une pathologie assez fréquente au CHUD/B-A de Parakou. Les femmes jeunes ayant des antécédents d'avortement clandestin et d'infection génitale sont les touchées. La douleur pelvienne est le signe fonctionnel le plus retrouvé. L'échographie est un apport capital dans le diagnostic de cette pathologie. Au moment du diagnostic, la GEU est souvent rompue dans notre contexte. Le traitement est le plus souvent chirurgical par voie laparoscopique avec une forte proportion de salpingectomies. L'auto-

transfusion a amélioré le pronostic des femmes présentant une GEU au CHUD/B-A.

Conflit d'intérêts : aucun

Références

- 1- Rabarijaona HZ, Rabearivony N, Razafindrakoto WR, Randriamiarana JM. Place de la laparotomie dans le traitement de la grossesse extra-utérine à Madagascar Méd Afr Noire 2004 ; 51 (4) : 243-4
- 2- Moreau JC, Rupari L, Dionne P, Diouf A, Diouf F, Diadhiou F. Aspects épidémiologiques et anatomo-cliniques des grossesses extra-utérines à Dakar. Dakar Med 1995; 40 : 175-9
- 3- Lansac J, Lecomte P, Marret H. Gynécologie pour le praticien : Examen gynécologique noemal. Simep Ed. Paris: Masson; 2018; 620p.
- 4- Perrin R, Vicentia B, Alihonou E et al. Prise en charge de la grossesse extra-utérine à la clinique de gynécologie et d'obstétrique de Cotonou. Cahiers Santé 1997;7:201 3.
- 5- Salifou K, Houkponou NFM, Tchaou BA, et al. Les urgences obstétricales à l'hôpital universitaire de Parakou au Bénin : aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs. European Scientific Journal 2015;11(9):260 72.
- 6- Bruno K, Michel N, Adamo B, Atemkeng Tsatedem F, Ngono M, Nguefack Tsague G et al. 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; 71 (13) : 1-6
- 7- Tonato bagnan JA, Honkponou ahouignan F, Aboubakar M, Priuli GB, Amana PC, Perrin RX. Le cone médical de Tanguieta dans l'autotransfusion au cours de la grossesse extra-uterine rompue : experience de deux hopitaux du nord du Bénin Journal de la SAGO, 2018 ;19 (1) : 7- 12
- 8- Bangambe BJ; kangudia MJ, Mbanzulu PN, Yanga JJ, Monzango G, Kabango R, et al. Profil épidémiologique et prise en charge de la Grossesse Extra-Utérine à l'hôpital de l'Amitié Sino-Congolaise de N'djili, Kinshasa-RDC Kis Med. 2016 ; 7 (1) : 255-8
- 9- Gabkika BM, Abdelsalam S, Ilboudo SRW, 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.
- 10- Gandzien PC, Ekoundzola JR. La grossesse extra-utérine à l'hôpital de base de Talangäi. Med Afr Noire 2006 - 53 (8/9) : 466-8
- 11- Lokossou A, Denakpo J, Houndeffo T, Tonato bagnan J, Lokossou HSS, Perrin RX. Aspects épidémiologiques diagnostiques et pronostiques de la grossesse extra-utérine à l'HOMEL de Cotonou Bénin Med 2007 ; 37 : 48-50
- 12- Randriambololona DMA, Anjaharisoaniaina NT, Harioly MOJ et al. Prise en charge de la grossesse extra-utérine à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatana Antananarivo Madagascar. Rev Anesth Reanim et de Med Urgence 2012;4(1):16 9.
- 13- Koulimaya GCE, Diouf AA, Diallo M et al. Prognosis and treatment of ectopic pregnancy at the University Hospital Center of Dakar. J Gynecol Womens Health 2018;9(4):1-2
- 14- Baldé IS, Diallo FB, Conté I et al. Grossesse extra utérine: aspects épidémiologiques, sociodémographiques, thérapeutiques et pronostic dans le service de gynécologie -obstétrique Ignace-Deen du CHU de Conakry. Med Santé Trop 2014;24(3):297 300.
- 15- Achour A, Gabkika BM, Boudeya F, et al. Prise en charge chirurgicale de la grossesse extra-utérine au Centre de Maternité et de Néonatalogie de Tunis (CMNT). Rev Med Madagascar 2015;5(3):634 9.
- 16- Dohbit JS, Foumane p, Kapche MD et al. Grossesse extra-utérine à l'hôpital régional de Bafoussam: aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutique. Clin Mother Child Health 2010;7(1):1189-93.
- 17- Buambo BSF, Gnekoumou AL, Oyere-moke P, Ekoundzola JR. Les hémopéritoinies gynécologiques a propos de 341 cas colligés au CHU de Brazzaville Med Afr Noire 2005 ; 52 (4) :234-7
- 18- Bouyer J, Coste J, Shojaei T, Pouly JC, Fernandez H, Gerbaud L 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.