

Profil épidémiologique et Prise en charge de la Grossesse Extra-Utérine à l'hôpital de l'Amitié Sino-Congolaise de N'djili, Kinshasa-RDC

BANGAMBE BJ¹; KANGUDIA MJ¹, MBANZULU PN¹, YANGA JJ¹, MONZANGO G¹, KABANGO R², JUAKALI SKV³, MBOYO G²

1. Faculté de médecine, Département des sciences de base, Service d'embryologie, Université de Kinshasa
2. Cliniques Universitaires de Kinshasa, département d'Anesthésie et réanimation
3. Faculté de Médecine et de Pharmacie, Département de Gynécologie Obstétrique, Université de Kisangani

Citez cet article : Bangambe BJ, Kangudia MJ, Mbanzulu PN, Yanga JJ, Monzango G, Kabango 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*, KisMed Juillet 2016, Vol 7(1) : 255-258

RESUME

Introduction : La grossesse extra utérine (GEU) est une affection redoutable du fait de son caractère morbide et d'une mortalité élevée. Elle est considérée comme un problème de santé publique dans tous les pays du monde, quel qu'en soit le niveau de développement, en raison de sa fréquence et ses répercussions sur la fertilité des patientes. Déterminer la fréquence hospitalière et l'issue de la grossesse extra -utérine (GEU) à l'hôpital de l'Amitié Sino -Congolaise de N'djili (HASC) sont l'objectif de la présente étude.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude transversale descriptive conduite du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2012. Ont été incluses dans cette étude, toutes les patientes admises pour GEU confirmée par le test de grossesse et l'échographie ou constatée en per opératoire.

Résultats : La fréquence de la GEU était de 1,56%. L'âge moyen des patientes était de 26,3 ± 4,1 ans. Etaient plus représentées les patientes paucipares. Les antécédents suivants ont été retrouvés : infection sexuellement transmissible, avortement provoqué, GEU antérieure, port de dispositif intra-utérin et chirurgie antérieure. Les GEU ont été le plus souvent de localisation ampullaire ou isthmique et rompues. La chirurgie radicale a été pratiquée dans 78,9 % des cas. 66,6% des patientes ont bénéficié d'une transfusion.

Conclusion : La GEU reste une pathologie assez fréquente. La présente étude a montré que le diagnostic tardif au stade de complication offre peu de choix thérapeutique avec des mutilations lourdes, diminuant ainsi les chances de fécondités ultérieurs des patientes.

Mots clés : *grossesse extra utérine, profil épidémiologique, salpingectomie, Kinshasa.*

SAMMARY

Introduction: ectopic pregnancy (EP) is a dangerous disease because of its morbid character and high mortality. It is considered as a public health problem in all countries in the world, whatever the level of development, due to its frequency and its impact on fertility of patients. Determine the hospital incidence and outcome of ectopic pregnancy at Hôpital de l'Amitié Sino -Congolaise de N'djili (HASC) of this study is the aim of this study.

Material and Methods: This is a descriptive cross-sectional study conducted from 1 January 2008 to 31 December 2012. All patients admitted for EP confirmed by pregnancy test and ultrasound or recognized during surgery were included in this study.

Results: The frequency of ectopic pregnancy was 1.56%. The mean age of patients was 26.3 ± 4.1 years. Were more represented the paucipara patients. The following history were found: sexually transmitted infection, abortion, previous ectopic pregnancy, intrauterine device port and previous surgery. The EP were most often ruptured and located at infudibilum or isthmic portion. Radical surgery was performed in 78.9% of cases. 66.6% of patients received a transfusion.

Conclusion: EP remains a fairly common condition. The present study showed that late diagnosis in the stage of complication offers little therapeutic choice with heavy mutilation, reducing the chances of future conceptions.

Keywords: *ectopic pregnancy, epidemiological profile, salpingectomy, Kinshasa.*

Correspondance: Bangambe: *Faculté de médecine, Département des sciences de base, Service d'embryologie, Université de Kinshasa, E-mail : jbangambe@gmail.com*

INTRODUCTION

La grossesse extra-utérine(GEU) est une grossesse qui se développe en dehors de la cavité utérine, elle est une affection redoutable du fait de son caractère morbide (1).

Elle demeure un problème de santé publique en raison de sa mortalité et morbidité faisant suite au diagnostic tardif et au stade des complications. Dans le monde occidental, le pronostic des GEU s'est beaucoup amélioré ces dix dernières années grâce aux méthodes de dépistage précoce basé sur le dosage immunologique quantitatif de β -HCG, l'échographie et la Coelioscopie. Dans les pays en voie de développement, elle représente encore la première cause de mortalité maternelle au premier trimestre de la grossesse. Selon la littérature, cette recrudescence est certainement favorisée par l'explosion des infections sexuellement transmissibles, les avortements provoqués réalisés clandestinement dans des conditions d'hygiène déficiente, l'utilisation de certaines méthodes contraceptives (DIU, pilules microdosés) et les adhérences post chirurgie abdomino-pelvienne (2). En République Démocratique du Congo, Lusanga (3) aux cliniques Universitaires de Kinshasa et Nsingi (4) avaient trouvé respectivement une fréquence de 6,5% et de 1,8%.

La rareté des travaux sur cette pathologie dans nos milieux a justifié l'initiation de la présente étude dont les objectifs sont d'en déterminer la fréquence hospitalière, les profils sociodémographique, les facteurs en cause et les modalités de sa prise en charge.

PATIENTS ET METHODES

Nous avons conduit une étude transversale descriptive pendant la période du premier 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2012 soit 5ans. Elle a concerné 123 cas de GEU recensés dans le Service de Gynécologie et Obstétrique de l'hôpital de l'amitié sino-congolaise à Kinshasa.

Les données ont été encodées sur Excel et analysées à l'aide du logiciel Epi Info 8.04. Pour décrire les échantillons, nous avons calculé le pourcentage ainsi que les moyennes.

RESULTATS

Fréquence

Parmi 7842 grossesses enregistrés durant la période d'étude, nous avons colligé 123 cas de

GEU correspondant à une fréquence de 1.56 %.

Age GEU au moment du diagnostic

Nous avons trouvé que 78% des GEU ont été découvertes entre 8 et 12 semaines d'aménorrhée (Tableau I).

Tableau I : De l'âge de grossesse extra utérine au moment de sa découverte selon date des dernières règles.

Age gestationnel en semaines	n	%
Avant 8 SA	22	17,9
8-12 SA	96	78,0
Plus de 12 SA	5	4,1

Profil des patientes

Il a été observé que le plus grand nombre des patientes avaient un âge compris entre 25 et 29 ans (34,9%) suivies de celles de 20-24 ans (19,5%), avec une moyenne d'âge de $26,3 \pm 4,1$ ans et étaient primipares (39,8%).

Dans leurs antécédents, 34,9% avaient été soignées pour infection sexuellement transmissible, 27,6% avaient subi une chirurgie abdomino-pelvienne, 14,6% avaient avorté clandestinement, 12,1% ont signalé tabagisme passif, 4,8% ont eu une autre GEU, 4,8% avaient été soumises sous oestro-progestatif oral et 4,5% avaient un dispositif intra-utérin (Tableau II).

Tableau II : Profil des patientes avec GEU

Caractéristiques des patientes (N=123)	n	%
Age (année) ¥		
14-19	21	17,3
20-24	24	19,5
25-29	43	34,9
30-34	12	9,7
35-39	9	7,3
40-44	8	6,5
45-49	6	4,8
Parité		
Nullipares	16	13,2
Primipares	49	39,8
Paucipares	27	21,9
Multipares	22	17,8
Grandes Multipares	9	7,3
Antécédents		
GEU	6	4,8
IST	43	34,9
Avortements spontanés	6	4,8
Avortements criminels	18	14,6
Plasties tubaires	4	3,2
Tabagisme passif	15	12,1
Chirurgie antérieure	34	27,6
Dispositifs Intra Utérin	5	4,5
Pilules oestro-progestatifs	6	4,8

¥ : Moyenne d'âge= $26,3 \pm 4,1$ ans

Constat per opératoire

En per opératoire, il a été observé que 57,7% des GEU étaient de localisation ampullaire et 22,7% isthmique. On a aussi noté que 72,3% de ces GEU étaient rompues (Tableau III).

Tableau III : De la localisation et type de GEU

	n	%
Localisation		
Ampullaires	71	57,7
Isthmiques	28	22,7
Infundibulaires	13	10,5
Interstitiels	5	4,3
Ovariennes	6	4,8
Type de GEU		
GEU rompue	89	72,3
GEU non rompue	29	23,6
Avortement tubaire	5	4,1

Prise en charge et Pronostic maternelle

78,9% des patientes ont subi une chirurgie radicale (68,3% de salpingectomie et 10,6% d'annexectomie) (Tableau IV).

82/123 patientes, soit 66,6% ont bénéficié d'une transfusion sanguine.

Aucun décès maternel n'a été observé.

Tableau IV : acte opératoire posé ¥

Acte posé	n	%
Salpingectomie totale	84	68,3
Annexectomie	13	10,6
Salpingotomie	17	13,9
Exposition tubaire	9	7,2
TOTAL	118	100

¥ sont exclues les 5 patientes avec Avortement tubaire chez qui juste une toilette péritonéale a été effectuée.

DISCUSSION

Nous avons trouvé une fréquence de 1,56 %.

Ces chiffres sont inférieurs à ceux trouvés par d'autres auteurs en RDC tel Lusanga (3) et N'singi (4) qui ont trouvé respectivement 6,5% en 1975 et 1,8% en 2009 à Kinshasa. Ils restent cependant dans la fourchette de fréquence des GEU en Europe, située entre 1 et 2% (1). Notre fréquence reste cependant supérieure à celles trouvées par Leke and al. (6) et Kamzendo and al. (7) qui ont trouvé respectivement 0,79% et 0,77%. D'autres auteurs par contre ont trouvé des chiffres bien supérieurs aux nôtres (8, 9,10). Nous pensons que les disparités observées entre diverses études pourraient relever des différences des objectifs et de méthodologie.

78% des GEU ont été découvertes entre 8 et 12 semaines d'aménorrhée. Dans leur étude,

Meye and al. au Gabon avaient trouvé une moyenne de 8,4 SA (8). Nous pensons que cet âge de survenu correspondrait plus à la localisation des GEU, qui pour les isthmiques se rompent tôt et les ampullaires tard.

Il a été observé au cours de cette étude que le plus grand nombre des patientes avaient un âge compris entre 25 et 29 ans (34,9%) suivies de celles de 20-24 ans (19,5%), avec une moyenne d'âge de 26,3 ± 4,1 ans et étaient primipares (39,8%).

Ces résultats corroborent ceux des travaux de Meye(8) and al. au Gabon et de Diallo F.B and al. à Niamey (11). Du fait que généralement ces âges correspondent à la période de mariage en Afrique et à la période de forte activité sexuelle, ces résultats peuvent se justifier.

Les auteurs reconnaissent que les principaux facteurs de risque de GEU restent un antécédent de GEU, de maladie inflammatoire pelvienne, de chirurgie tubaire ou pelvienne et un échec de dispositif intra utérin même si moins de la moitié des GEU est associée à facteur de risque (2, 12, 13, 14).

Dans notre série, nous avons trouvé que 34,9% des patientes avaient été soignées pour infection sexuellement transmissible, 27,6% avaient subi une chirurgie abdomino-pelvienne, 14,6% avaient avorté clandestinement, 12,1% ont signalé tabagisme passif, 4,8% ont eu une autre GEU, 4,8% avaient été soumises sous oestro-progestatif oral et 4,5% avaient un dispositif intra-utérin.

En per opératoire, il a été observé que 57,7% des GEU étaient de localisation ampullaire et 22,7% isthmique. Ces chiffres confortent la forte fréquence de diagnostic de GEU entre 8 et 12 SA trouvée dans notre série. Les isthmiques se rompant tôt et les ampullaires tard.

J. Bouyer and al. ont trouvé une fréquence de 70% pour les ampullaires et 12% pour les isthmiques (15).

On a aussi noté que 72,3% de ces GEU étaient rompues. Ces chiffres trahissent la négligence qui caractérise les femmes pour consulter lorsqu'elles ont un retard des règles, pensant que tout ira de mieux.

Dans la prise en charge, 78,9% des patientes ont subi une chirurgie radicale (68,3% de salpingectomie et 10,6% d'annexectomie) et 82/123 patientes, soit 66,6% ont bénéficié d'une transfusion sanguine.

D'autres auteurs (9, 11, 16, 17) ont également fait ce constat. En effet, comme constaté précédemment, une GEU arrivée au stade de rupture avec un hémopéritoine, généralement le premier réflexe du chirurgien est d'arrêter l'hémorragie en clapant et sectionnant la trompe rompue.

Aucun décès maternel n'a été observé.

Oronsaye AU and al. (9) ont eu le même résultat que nous, ce qui n'a pas été le cas de Leke and al.(6) qui ont quant à eux trouvé une fréquence de 0,94%.

Nos résultats traduisent une prise en charge efficace cette pathologie grâce au plateau technique de l'hôpital.

CONCLUSION

La GEU reste une pathologie assez fréquente à avec une incidence hospitalière de 1,5%. La présente étude a montré que le diagnostic tardif au stade de complication offre peu de choix thérapeutique avec des mutilations lourdes, diminuant ainsi les chances de fécondités ultérieurs des patientes. Ces résultats encourageants méritent d'être validés par des études prospectives.

REFERENCES

- Gervaise A, Fernandez H. *Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la GEU*. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010 ; 39S : 14-24.
- Bouyer J. *Epidémiologie de la grossesse extra-utérine : incidence, facteurs de risque et conséquences*. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2003; 32: 8-17
- Lusanga CH. *Grossesse extra utérine aux cliniques universitaires de Kinshasa*. Mémoire de spécialisation. Faculté de Médecine, Université de Kinshasa .1975.
- Nsingi. *Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la Grossesse Extra utérine aux cliniques Universitaires de Kinshasa*. Mémoire de spécialisation. Faculté de Médecine, Université de Kinshasa 2009.
- Kouam L., J. Kamdom Moyo, A. S. Doh, and P. Ngassa . *Traitement des grossesses extra- utérines par laparotomie en payssous équipé. A propos d'une série de 144 cas au CHU de Yaoundé*, J Gynecol Obstet Biol Reprod, 25 (1996), 804–808
- Leke RJ, Goyaux N, Matsuda T, Thonneau PF. *Ectopic pregnancy in Africa: a population-based study*. Obstet Gynecol. 2004 Apr;103(4):692-7.
- Kamwendo F, Forslin L, Bodin L, Danielsson D, *Epidemiology of ectopic pregnancy during a 28 year period and the role of pelvic inflammatory disease*. Sex Transm Infect. 2000 Feb;76(1):28-32.
- Meye JF, Sima-Zue A, Sima-Ole B, Kendjo E, Engongah-Beka T. *Aspects actuels de la grossesse extra-utérine à Libreville (Gabon) : à propos de 153 cas*. Cah Etud Rech francophones santé 2002 ; 4(12): 405-8.
- Oronsaye AU, Odiase GI, *Incidence of ectopic pregnancy in Benin City, Nigeria ; Trop Doct*, 1981 Oct;11(4):160-3.
- Randriambiololona. *GEU à Madagascar : à propos de 107 observations*. Cahier de Santé, Volume 2002, 11(4).
- Diallo FB, Idi N, Vangeenderhuysen C, et al. *La grossesse extra-utérine (GEU) à la maternité de référence de Niamey (Niger) : Aspects diagnostic, thérapeutique et pronostique*. Med Afr Noire 1998 ; 45 : 365-9.
- Ankum WM, Mol BW, van Der Veen F, et al. *Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis*. Fertil Steril 1996;65:1093–1099.[PubMed]
- Dart RG, Kaplan B, Varaklis K. *Predictive value of history and physical examination in patients with suspected ectopic pregnancy*. Ann Emerg Med 1999;33:283–290.[PubMed]
- Li C, Zhao WH, Zhu Q, Cao SJ, Ping H, Xi X, Qin GJ, Yan MX, Zhang D, Qiu J, Zhang J, *Risk factors for ectopic pregnancy: a multi-center case-control study*, BMC Pregnancy Childbirth. 2015 Aug 22;15:187
- J. Bouyer, J. Fernandez, J.L. Pouly and N. Job-Spira, *sites of ectopic pregnancy : a 10 year population-based study of 1800 cases*, *Huàn reproduction* Vol.17, N°12 pp. 3224-3230, 2002
- Pambou .O, Guyot. B. *Prise en Charge de la GEU au CHU de Brazzaville (CONGO) et l'hôpital Tenon (Paris)*. Revue France Gynecol Obstet, 1996,91 : 223-227 .
- Picaud (A), Nlome (AR), Ogowetgumu . *Diagnostic échographique des grossesses extra-utérines (GEU). A propos de 228 cas de GEU confirmées par la laparotomie*. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1990, 19, 817-821.

Citez cet article : Bangambe BJ, Kangudia MJ, Mbanzulu PN, Yanga JJ, Monzango G, Kabango 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*, KisMed Juillet 2016, Vol 7(1) : 255-258