

Case Report

Grossesse Molaire et Difficultés de Prise en Charge en Milieu Rural : Illustration d'un Cas Clinique à l'Hôpital de District de Bogo (Extrême-Nord Cameroun)

J. Fouogue Tsuala,¹ F. Fouélifack Ymélié,² Z. Sando,^{3,4} E. T. Mboudou,^{3,4} et A. S. Doh^{3,4}

¹Service Maternité, Hôpital de District de Bogo, BP 12 Bogo, Région de l'Extrême Nord, Cameroun

²Unité de Gynécologie et Obstétrique, Hôpital Central de Yaoundé, BP 31186 Yaoundé, Cameroun

³Unité de Gynécologie et Obstétrique, Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, BP 4362 Yaoundé, Cameroun

⁴Département de Gynécologie et Obstétrique, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé I, BP 1364 Yaoundé, Cameroun

Address correspondence to J. Fouogue Tsuala, fotsujo@yahoo.fr

Received 31 August 2011 ; Accepted 16 November 2011

Résumé Les auteurs analysent les principales difficultés rencontrées dans la prise en charge d'une grossesse molaire en zone rurale à partir d'un cas reçu à l'hôpital de district de Bogo (Cameroun). Les obstacles majeurs étaient : l'inefficacité du système de référence et de contre référence dans le district de santé, le plateau technique inadéquat, la faible adhésion des patientes au traitement, l'insuffisance du financement des soins et le faible développement des infrastructures sanitaires dans la région. Le recyclage régulier du personnel et la viabilisation du district de santé amélioreraient la prise en charge de la grossesse molaire dans notre contexte limité en ressources.

Mots Clés grossesse molaire ; zone rurale ; difficultés de prise en charge ; Cameroun

1 Introduction

Dans les pays développés, le succès à 100% de la prise en charge de la môle hydatiforme est en passe de devenir la règle [4, 10, 13]. Dans les pays en voie de développement par contre, la prise en charge est parfois difficile, surtout en zone rurale dépourvue de personnels de santé spécialisés et régulièrement recyclés. [1, 2, 4, 8]. La faible fréquence des maladies trophoblastiques gestationnelles (1/125 à 1/1500 accouchements) favoriserait ces difficultés de prise en charge. Le risque majeur de cette maladie est la constitution d'une tumeur maligne trophoblastique gestationnelle (môle invasive, choriocarcinome gestationnel et tumeur trophoblastique du site d'implantation), de mauvais pronostic si elles ne sont pas dépistées et traitées à temps. Nous illustrons les difficultés de prise en charge à partir d'un cas reçu à l'hôpital de District de Bogo (Cameroun).

2 Observation

Il s'agit de madame MT, paysanne âgée de 23 ans, G8 P₆105, mariée à un paysan, reçue dans notre formation hospitalière. Elle est amenée en urgence, référée d'un dispensaire situé à 10 kilomètres (Km) pour saignements abondants sur grossesse de 16 semaines 3 jours.

L'histoire révèle qu'une semaine auparavant, la patiente a eu un épisode de saignement associé à des douleurs pelviennes à type de contractions utérines, calmées par des antispasmodiques et le repos strict au lit. La reprise des saignements ce jour, cinq heures avant l'arrivée de la patiente est suivie d'une détérioration rapide des paramètres vitaux, ce qui a motivé l'évacuation de la patiente du dispensaire vers l'hôpital de district pour meilleure prise en charge.

Une enquête des systèmes à l'admission révèle en plus du motif d'évacuation, des vertiges, une soif intense, une asthénie et des palpitations. La patiente est grande multipare et de statut socio-économique défavorable. Les autres antécédents sont peu contributifs.

À l'examen physique, la patiente est consciente, orientée dans le temps et dans l'espace. L'état général est légèrement altéré et ses vêtements sont mouillés, souillés de sang parfois coagulé. Elle est dans un état de choc hypovolémique caractérisé par une pression artérielle de 80/40 millimètres de mercure, un pouls faible à 110 pulsations par minute, une polypnée à 40 cycles respiratoires par minute, une pâleur cutanéomuqueuse, une hypersudation et un refroidissement des extrémités. L'utérus est mou, avec une hauteur de 22 centimètres. On objective 3 contractions utérines en 10 minutes durant chacune 30 secondes. Les parties fœtales ne sont pas palpables et les bruits du cœur fœtal ne sont pas perceptibles à l'auscultation au foetoscope de Pinard.

Avec la hauteur utérine de 22 cm, on s'est dit qu'il y avait à une erreur de date de dernières règles.

A l'examen au spéculum, la vulve est souillée de sang et le vagin est plein de caillots de sang. Après évacuation des caillots de sang, le saignement est actif d'origine utérine, rouge vif et en nappe. Au toucher vaginal, le col est dilaté à 4 centimètres, effacé à 60% et on palpe un tissu mou, difficile à apprécier. Le gant revient souillé de sang rouge vif et on observe la présence de quelques villosités.

Devant cette symptomatologie nous avons pensé à une grossesse molaire (présence de villosités sur le gant) avec comme diagnostic différentiel d'avortement tardif inévitable. L'échographie pelvienne réalisée en urgence par le médecin généraliste met en évidence un utérus augmenté de taille avec un contenu d'aspect en nid d'abeille, aucune partie fœtale ou trophoblastique n'a été identifiée (Figure 1). Ceci nous oriente d'avantage vers le diagnostic de grossesse molaire.

La prise en charge a consisté en une correction rapide de l'état de choc par perfusion de solutés cristalloïdes, de macromolécules puis transfusion de 500 millilitres de sang total frais. Une antibioprophylaxie est faite par administration intraveineuse directe de 2 grammes de ceftriaxone. Après évacuation du contenu utérin, par curetage sous une perfusion de soluté glucosé à 5% contenant 50 unités internationales d'ocytocine, on note l'arrêt des saignements (Figure 2). La patiente est par la suite hospitalisée pour surveillance et counselling pour la suite de la prise en charge. Compte tenu de l'indigence de la patiente, le bilan d'extension demandé a consisté en une radiographie du thorax et une surveillance des gonadotrophines chorioniques humaines (hCG) urinaires par un test urinaire hebdomadaire.

L'évolution est marquée par l'amélioration rapide de l'état général de la patiente avec début de déambulation au 1^{er} jour d'hospitalisation, sortie le 2^e jour sous fer par voie orale et après 1^{ère} dose de contraceptif injectable (Depo-Provera). Les tests de grossesses urinaires faits les 13^e et 23^e jours après curetage sont positifs. La patiente est par la suite perdue de vue après référence à l'hôpital régional de Maroua pour examen histologique du produit de curetage utérin et meilleur suivi.

Il est à noter que la patiente et sa famille étaient très indigentes, au point où la quasi-totalité des dépenses occasionnées par ses soins était supportée par le médecin et l'hôpital. Le résultat de l'histologie faite aux frais du médecin traitant et reçu un mois plus tard était en faveur d'une mole complète (Figure 3). À ce jour 5 mois après, nous n'avons plus d'information sur l'état de la patiente depuis le 23^e jour où le test de grossesse urinaire a été fait. À cause de l'indigence de la patiente, nous n'avons pu faire que des tests urinaires, car le prix du dosage des β HCG n'étant pas à sa portée.

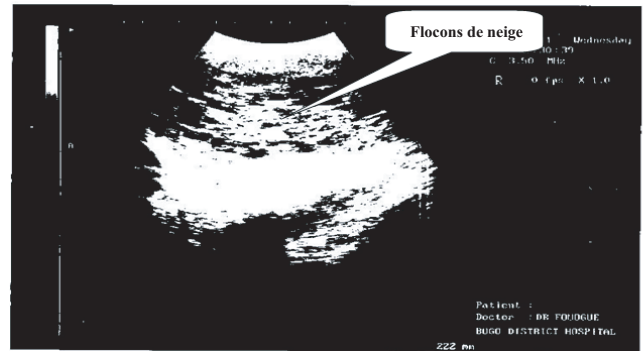


FIGURE 1: Aspect échographique du contenu utérin avant curetage.

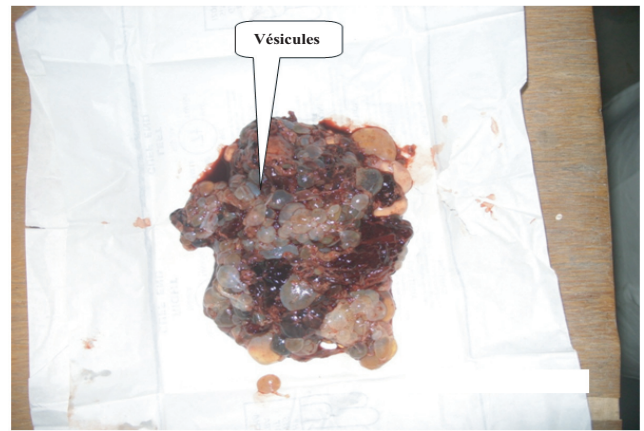


FIGURE 2: Aspect macroscopique de la mole après curetage.

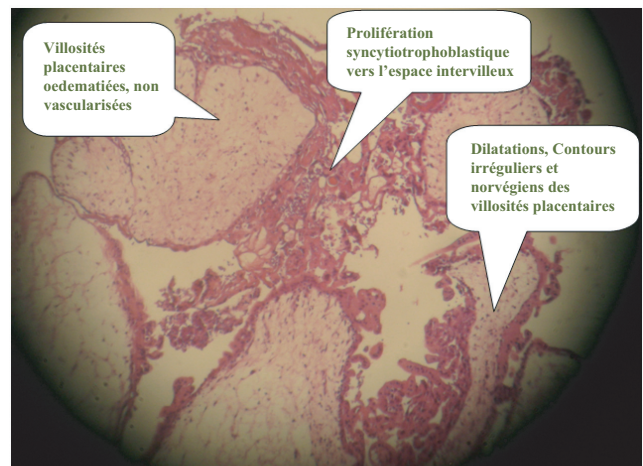


FIGURE 3: Microscopie.

3 Discussion

Pendant les douze mois précédant l'admission de notre patiente, 556 accouchements ont été enregistrés dans l'ensemble des formations sanitaires du district, soit une

prévalence de 1/556 pour la grossesse molaire dans une population dont l'effectif est de 125 695 individus. Ce chiffre est très relatif car la proportion d'accouchements ayant lieu à domicile est très élevée dans la région ; une récente enquête l'ayant fixée à 72,6% [7]. En estimant que la prévalence de la grossesse molaire pendant cette année était de 1/556, on ferait abstraction des possibles cas de grossesse molaire survenus à domicile ; des travaux réalisés dans un hôpital de référence au Burkina Faso rapportent une prévalence variant de 7,9 à 12,8 cas pour 1 000 accouchements [3, 11].

Seuls quelques facteurs de risque connus de la grossesse molaire ont été retrouvés chez notre patiente. En effet, la môle hydatiforme est 10 fois plus fréquente chez les femmes de groupe sanguin A dont le partenaire est de groupe O [2] ; ce qui n'est pas le cas dans notre cas car la patiente et son époux sont du groupe sanguin O. La grossesse molaire est fréquente aux âges extrêmes de la vie reproductive [4, 8, 12]. Ceci n'était pas le cas chez notre patiente qui était âgée de 23 ans. Aucun antécédent de grossesse molaire n'a été retrouvé chez notre patiente.

Pour ce qui concerne l'accès aux soins de qualité, la patiente vit dans une localité située à 10 Km de l'hôpital de district et la route qui y mène est non bitumée et peu fréquentée par les engins roulants, ce qui représente en moyenne deux heures de marche. Le dispensaire de cette localité reste fermé durant la nuit faute de fourniture d'électricité pour l'éclairage. L'hémorragie étant survenue dans la nuit et le district de santé ne disposant pas d'ambulance, la patiente a été transportée par des moyens non médicalisés vers l'hôpital de district. Le délai entre le déclenchement des symptômes et le début de la prise en charge a été d'environ 2 heures. Un délai de prise en charge plus court aurait réduit le coût et la complexité du traitement en évitant la transfusion sanguine. D'autre part, la compétence du personnel de santé et sa capacité à offrir des soins intégrés est à mettre en cause car une semaine auparavant la patiente était hospitalisée dans un centre de santé intégré pendant 72 heures pour une menace d'avortement sans qu'on ne la réfère pour une échographie obstétricale. Ceci souligne l'importance de la viabilisation des districts de santé dans l'amélioration de l'offre des soins dans notre pays. À ce titre le gouvernement du Cameroun en a fait un pilier de sa stratégie sectorielle définie pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement en matière de santé [7]. Le délai d'un mois avant l'obtention du résultat de l'analyse anatomopathologique s'explique par le fait que le plateau technique et la compétence nécessaire ne sont disponibles que dans les deux capitales du pays, à savoir la capitale politique et la capitale économique, situées par transport terrestre à la traversée de trois régions administratives soit à près de 900 kilomètres. Le déficit en personnel spécialisé ne suffit pas pour expliquer le

déséquilibre observé dans la répartition géographique des ressources humaines comme c'est le cas dans de nombreux pays africains. L'absence de mesures incitatives y serait pour beaucoup [9].

Quant au financement de la santé, une évaluation des dépenses directes a permis d'estimer le coût total de la prise en charge initiale de cette grossesse molaire à 54 000 Francs de la Communauté Française d'Afrique F CFA (soit 117\$). Les éléments suivants entrent dans le calcul de ces coûts : [(transfusion sanguine : 11 000 F CFA (soit 23,89\$), curetage (frais opératoires et recouvrement 10 000 FCFA soit 21,1\$), médicaments : 8 500 F CFA (soit 18,46\$), assistance médicale infirmière : 2 000 FCFA (soit 4,3\$), radiographie du thorax 3 500 FCFA (soit 7,60\$), échographie pelvienne 5 000 FCFA (soit 10,86\$), 2 tests de grossesses urinaires : 4 000 F CFA (8,6\$), analyse anatomopathologique du contenu utérin 10 000 F CFA (21,1\$))] ce qui équivaut à près du double du salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) national dans la région où la proportion de personnes pauvres est plus élevée. Sachant que dans la région, les dépenses moyennes annuelles de santé par individu sont estimées à 6 200 F CFA (soit 13,46\$) [7], on comprend aisément pourquoi notre patiente du fait de la précarité des revenus de son ménage n'a pas été à mesure de régler la totalité de ses frais d'hôpital dont 80% ont été supportés par la formation sanitaire et le médecin traitant. Les mécanismes de mutualisation de la santé récemment initiés sont en cours mais de grands efforts sont nécessaires en vue d'une production de résultats concrets et palpables pour les communautés villageoises de l'Extrême-Nord du Cameroun.

Le signe d'appel chez notre patiente était la métrorragie apparue à la 14^e semaine. La métrorragie reste le signe majeur et survient typiquement avant la fin du premier trimestre [2, 7, 14, 15, 17] ; les signes sympathiques de grossesse n'étaient pas exagérés chez notre patiente comme il est le cas dans 3 grossesses molaires sur 4 [2].

La hauteur utérine est plus importante que ne le voudrait le terme de la grossesse dans la moitié des grossesses molaires ; c'était le cas chez notre patiente dont la hauteur utérine était de 22 centimètres (cm) à 16 semaines d'aménorrhée (SA). La littérature rapporte un accroissement du volume des ovaires dans 15 à 30% des cas ; l'examen clinique n'a pas mis en évidence de masse annexielle mais une échographie pratiquée par un opérateur qualifié et expérimenté n'a pu être obtenue. En fait le médecin généraliste qui a pris en charge le cas n'a pu réaliser qu'une échographie de débrouillage qui en urgence lui a permis de poser le diagnostic. Les deux syndromes les moins fréquents dans le tableau typique de la grossesse molaire à savoir la pré éclampsie au premier trimestre (10%) et l'hyperthyroïdie (10%) [2, 5, 14, 15, 16] n'ont pas été retrouvés chez notre patiente. Notre patiente présente

un tableau assez proche de la présentation typique de la grossesse molaire.

Le diagnostic positif a été posé sans grande difficulté sur la base des éléments cliniques et échographiques, en revanche le bilan d'extension était limité à une radiographie du thorax. Aucun laboratoire de la région ne réalisant le dosage des β hCG plasmatiques ; le suivi a été fait par le test de grossesse urinaire. L'analyse anatomopathologique du produit du curetage n'a pu être effectuée que plusieurs semaines après la prise en charge et ceci à cause des difficultés logistiques et financières. Le diagnostic final était celui de môle hydatiforme complète (Figure 3). L'histologie a montré le matériel hémorragique avec une décidue hémorragique et de nombreuses villosités placentaires oedématisées et dilatées de contours « norvégiens » et kystiques, montrant une prolifération trophoblastique importante. Ces villosités ne contenaient pas des vaisseaux ou des érythroblastes, et sans de tissu fœtal. Toutes ces observations sont en faveur d'une môle complète sans lésions malignes, en particulier pas de choriocarcinome.

En effet, la région ne dispose pas de laboratoire compétent en la matière. L'observance de la patiente a aussi constitué un facteur limitant du traitement. L'intéressée a manqué d'assiduité dans les tests de dépistage des hCG urinaires hebdomadaires et a été perdue de vue avant sa négativation après seulement trois semaines de suivi. Pourtant, un contrôle optimal des patientes est nécessaire après grossesse molaire, pour éviter une éventuelle évolution vers les complications dont la plus redoutée est le choriocarcinome [3, 16]. Puisque lesdits tests de grossesse urinaires étaient gratuits, la pénibilité du trajet jusqu'à l'hôpital ou l'ignorance de la patiente pourraient expliquer ce manque d'adhésion.

4 Conclusion

Ce cas souligne la rareté mais rappelle la réalité de la grossesse molaire dans notre contexte. Les principaux obstacles relevés traduisent presque tous un niveau de viabilisation très bas du district de santé concerné.

L'absence ou le début tardif du suivi médical des grossesses explique pourquoi cette pathologie est diagnostiquée au stade des complications hémorragiques et se trouve ainsi greffée d'une forte morbi-mortalité. Le coût élevé de la prise en charge et la limitation des moyens techniques requis ajoutés aux difficultés précitées font de cette pathologie une véritable gageure non seulement pour les familles aux revenus précaires mais aussi pour l'ensemble du système de santé [6].

Bibliographie

- [1] A. Agboola and O. O. Abudu, *Epidemiology of trophoblast disease in Africa-Lagos*, Adv Exp Med Biol, 176 (1984), 187–195.
- [2] P. Aghajanian, *Gestational trophoblastic diseases*, in Current Diagnosis & Treatment Obstetrics & Gynecology, A. DeCherney, L. Nathan, T. Murphy Goodwin, and N. Laufer, eds., McGraw-Hill, New York, 10th ed., 2007, 885–895.
- [3] K. A. E. Ativon, *Les Maladies trophoblastiques gestationnelles : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques : A propos de 190 cas colligés au Centre National Hospitalier de YO*, thèse de médecine, Faculté des Sciences de la Santé, Ouagadougou, Burkina Faso, 1997.
- [4] M. B. Bracken, L. A. Brinton, and K. Hayashi, *Epidemiology of hydatidiform mole and choriocarcinoma*, Epidemiol Rev, 6 (1984), 52–75.
- [5] A. Chechia, A. Koubâa, T. Makhlof, B. Anis, K. Terras, B. Hamouda, et al., *[Molar pregnancy. Retrospective study of 60 cases in Tunisia]*, Tunis Med, 79 (2001), 441–446.
- [6] F. M. Diejomaoh, A. E. Omu, E. E. Okpere, M. Ezimokhai, O. Tabowei, and L. N. Ajobor, *The problems of management of gestational trophoblastic neoplasms at the University of Benin Teaching Hospital, Benin City, Nigeria*, Adv Exp Med Biol, 176 (1984), 417–428.
- [7] Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale, *Conditions de vie des populations et profil de pauvreté au Cameroun en 2001*, rapport principal de l'ecam ii, Ministère de l'Economie et des finances, Yaoundé, 2002.
- [8] D. A. Grimes, *Epidemiology of gestational trophoblastic disease*, Am J Obstet Gynecol, 150 (1984), 309–318.
- [9] K. Gyimah-Brempong, *Challenges and prospects in the implementation of NEPAD*, report, United Nations, Economic Commission for Africa, 2007.
- [10] B. W. Hancock and J. A. Tidy, *Current management of molar pregnancy*, J Reprod Med, 47 (2002), 347–354.
- [11] B. Kone, T. F. Millogo, M. Akotiongna, J. Lankoandé, C. M. R. Ouédraogo, and B. Thiéba, *Les maladies trophoblastiques gestationnelles en milieu africain: description clinique, biologique, anatomopathologique et difficultés thérapeutiques*, Rev Fr Gynecol Obstet, 93 (1998), 428–432.
- [12] C. Lybol, C. M. Thomas, J. Bulten, J. A. van Dijck, F. C. Sweep, and L. F. Massuger, *Increase in the incidence of gestational trophoblastic disease in The Netherlands*, Gynecol Oncol, 121 (2011), 334–338.
- [13] M. Mourali, C. Fkih, J. Essoussi-Chikhaoui, A. Ben Haj Hassine, N. Binous, N. Ben Zineb, et al., *Gestational trophoblastic disease in Tunisia*, Tunis Med, 86 (2008), 665–669.
- [14] T. Mungan, E. Kuşçu, T. Dabakoğlu, S. Senöz, M. Uğur, and O. Cobanoğlu, *Hydatidiform mole: clinical analysis of 310 patients*, Int J Gynaecol Obstet, 52 (1996), 233–236.
- [15] J. O. Osamor, A. O. Oluwasola, and I. F. Adewole, *A clinico-pathological study of complete and partial hydatidiform moles in a Nigerian population*, J Obstet Gynaecol, 22 (2002), 423–425.
- [16] J. T. Soper, D. G. Mutch, J. C. Schink, and American College of Obstetricians and Gynecologists, *Diagnosis and treatment of gestational trophoblastic disease: ACOG Practice Bulletin No. 53*, Gynecol Oncol, 93 (2004), 575–585.
- [17] V. Soto-Wright, M. Bernstein, D. P. Goldstein, and R. S. Berkowitz, *The changing clinical presentation of complete molar pregnancy*, Obstet Gynecol, 86 (1995), 775–779.