

Research Article

La Place du Traitement Peu ou Non Invasif dans la Prise en Charge de la Grossesse Extra-Utérine à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé : Une Analyse Rétrospective sur Cinq Ans

P. Foumane,¹ E. T. Mboudou,¹ S. Mbakop Ndingue,² J. S. Dohbit,¹ E. Belinga,¹ et A. S. Doh¹

¹Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales (FMSB), Université de Yaoundé 1, Cameroun

²Institut Supérieur des Sciences de la Santé (ISSS), Université des Montagnes, Bangangté, Cameroun

Address correspondence to P. Foumane, pfoumane2004@yahoo.fr

Received 7 March 2010; Accepted 11 May 2010

Résumé La grossesse extra-utérine (GEU) est la plus fréquente des urgences chirurgicales gynécologiques. Bien que l'abstention thérapeutique, le traitement médical et la coelioscopie soient de plus en plus pratiqués dans notre pays, la prise en charge chirurgicale par laparotomie reste la modalité thérapeutique la plus fréquemment utilisée. L'objectif de notre travail était de déterminer la place des traitements peu ou non invasifs dans la prise en charge de la grossesse extra-utérine à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé. Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive ayant eu lieu au Service de Gynécologie & Obstétrique de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé. Toutes les patientes ayant été reçues avec un diagnostic de GEU du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2008 ont été incluses. Au total 281 dossiers respectaient nos critères d'inclusion et ont pu être analysés. 59 patientes (21,0% des cas) ont bénéficié avec succès d'un traitement peu ou non invasif. Parmi elles, 37 patientes (62,71% des cas) ont bénéficié avec succès du traitement médical. La coelioscopie a été la voie d'abord utilisée chez 19 patientes opérées (32,20% des cas). L'abstention thérapeutique avec contrôle clinique, échographique et biologique a été adoptée avec succès chez 3 patientes (5,09% des cas). Le traitement chirurgical par laparotomie a concerné la plupart des cas diagnostiqués (79,00% des cas, soit 222 patientes). Le traitement peu ou non invasif de la GEU est une réalité dans notre environnement. Le traitement médical est la modalité non invasive la plus utilisée, suivie de la coelioscopie et enfin de l'abstention thérapeutique.

Mots Clés grossesse extra-utérine; traitement conservateur; traitement médical; abstention thérapeutique; coelioscopie

1 Introduction

La grossesse extra-utérine (GEU) est la plus fréquente des urgences chirurgicales gynécologiques dans la plupart

des hôpitaux des pays en voie de développement, la forme clinique la plus fréquemment rencontrée étant la rupture accompagnée d'hémorragie et mettant ainsi en jeu le pronostic vital [8]. Bien que la laparotomie soit la modalité thérapeutique la plus souvent utilisée dans ce contexte pour le traitement de la GEU, les modes de traitement peu ou non invasifs dont l'utilisation est largement documentée, occupent une place de plus en plus importante dans l'arsenal thérapeutique disponible [7,9,10,16]. Kouam et al., rapportent en effet un cas d'abstention thérapeutique au Cameroun en 1997 [7], tandis que Mboudou et al., publient en 2007 une série de patientes traitées médicalement avec un taux de succès de 80,96% [9]. Par ailleurs, la pratique de la coelioscopie dans le traitement de la GEU est devenue courante dans notre milieu [10,16].

Ce travail se propose de déterminer et de discuter la fréquence de l'utilisation des méthodes de traitement peu ou non invasifs de la GEU à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé.

2 Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive faite à partir des dossiers des patientes et des registres du service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY) qui est un établissement public créé le 24 septembre 2001. Le service de gynécologie & obstétrique compte 48 lits avec 14 Gynécologues-Obstétriciens. Il offre, pour traiter la GEU, les possibilités de traitement médical par méthotrexate, l'abstention thérapeutique, la chirurgie classique et la coelioscopie. Le traitement par méthotrexate pour les GEU non rompues est administré selon deux protocoles différents : un protocole unidose dans lequel la malade reçoit une dose unique de 1 mg/kg avec un contrôle des béta-HCG au quatrième jour, au septième jour, puis toutes les semaines jusqu'à négativation des taux ; un protocole multidose au cours duquel la même dose est répétée au quatrième et au septième jour, le suivi hormonal étant

le même qu'avec le protocole unidose. L'abstention thérapeutique est possible sur des GEU non évolutives avec des taux de béta-HCG inférieurs à 1000 mUI/ml, les contrôles hormonaux jusqu'à négativation étant obligatoires. Les GEU rompues et non rompues évolutives sont traités par laparotomie et cœlioscopie, les gestes pratiqués au cours de l'intervention étant : la salpingectomie, la salpingostomie, l'avortement tubaire et, parfois l'annexectomie.

Toutes les patientes ayant été reçues avec un diagnostic de GEU du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2008 ont été incluses. Le recueil des données s'est fait sur une fiche technique préétablie et contenait les variables suivantes : âge, statut matrimonial, symptômes, paraclinique (âHCG, l'échographie), traitement médical, traitement chirurgical, trouvailles opératoires, complications. L'analyse statistique a été faite avec les logiciels informatiques Epi Info 3.2.1 et Microsoft Office Excel 2007. Le seuil de signification statistique a été fixé à $P < 0,05$. Un document de clairance éthique a été obtenu du Comité National d'Ethique et une autorisation des autorités de l'Hôpital.

3 Resultats

Au total, 372 cas de GEU ont été répertoriés au cours des 5 années pendant lesquelles 8779 accouchements ont eu lieu, donnant une fréquence hospitalière de la GEU de 4,23%. Des 372 cas de GEU, seuls 281 dossiers étaient exploitables.

Le traitement peu ou non invasif de la GEU a été effectué avec succès chez 59 patientes (21,00% de tous les cas). Le traitement médical a été couronné de succès chez 37 patientes (13,17% de tous les cas et 62,71% des cas de traitement peu ou non invasifs). La cœlioscopie a été la voie d'abord utilisée chez 19 patientes opérées, soit 6,76% de tous les cas et 32,20% des cas de traitements peu ou non invasifs. L'abstention thérapeutique avec contrôle clinique, échographique et biologique a été adoptée avec succès chez 3 patientes (1,07% de tous les cas et 5,09% des cas de traitements peu ou non invasifs). Le traitement chirurgical par laparotomie a concerné 79,0% des cas diagnostiqués, soit 222 patientes (Tableau 1).

Des cas opérés par cœlioscopie, 11 ont bénéficié d'un traitement conservateur par salpingostomie (9 cas) et avortement tubaire (2 cas). 8 patientes ont subi une salpingectomie. Les complications observées au cours de ce travail étaient les suivantes :

- L'anémie : 16 cas (6,64%) ;
- Des infections locales : 4 cas (1,66%) ;
- Le décès maternel : 1 cas (0,35%) relatif à une primigeste de 23 ans décédée au service des urgences 20 minutes après son arrivée.

En dehors de 6 échecs thérapeutiques liés au traitement médical, aucune autre complication ne concernait les patientes ayant bénéficié du traitement peu ou non invasif de la GEU.

Type de traitement	Modalité thérapeutique	Nombre	%
Traitement peu ou non invasif	Traitement médical	37	13,17
	Abstention thérapeutique	3	1,07
	Cœlioscopie	19	6,76
Traitement invasif	Laparotomie	222	79,00
Total		281	100

Tableau 1: Modalités thérapeutiques utilisées pour le traitement de la GEU ($N = 281$).

4 Discussion

La fréquence de survenue de la GEU de 4,23% dans notre série est élevée par rapport à celle trouvée par Leke et al. (0,79%) en 2000 à Yaoundé lors d'une étude basée sur la population [8]. Bien que cette fréquence élevée puisse s'expliquer par le fait qu'elle est une fréquence hospitalière, elle reste en augmentation par rapport aux chiffres publiés dans le même environnement par Doh and Nasah [1] en 1985 (1%) et Kouam et al. [6] en 1996 (1,15%). Le fait que notre site d'étude soit un hôpital spécialisé pourrait peut-être expliquer cette augmentation.

L'utilisation des méthodes peu ou non invasives de traitement de la GEU est connue et documentée au Cameroun [7,9,10,16]. Kouam et al., rapportent en effet un cas d'abstention thérapeutique au Cameroun dès 1997 [7], tandis que Mboudou et al., publient en 2007 une série de patientes traitées médicalement par méthotrexate, avec un taux de succès de 80,96% [9]. Par ailleurs, la pratique de la cœlioscopie dans le traitement de la GEU est devenue courante dans notre milieu [10, 16]. Le traitement peu ou non invasif de la GEU reste cependant peu documenté dans la plupart des pays d'Afrique Noire, probablement en raison du manque d'équipements et d'une formation spécifique, notamment pour la cœlioscopie. Les travaux disponibles montrent en effet une prédominance de la pratique de la laparotomie comme principal mode de traitement de la GEU, la salpingectomie étant le geste chirurgical effectué dans la majorité des cas [3,5,11,13,14,17]. Pourtant, l'injection systémique de méthotrexate est aujourd'hui une méthode scientifiquement prouvée, fiable et sécurisée lorsque l'indication est bien posée ; la cœlioscopie est la modalité thérapeutique qui présente le meilleur rapport coût-efficacité, tandis que l'abstention thérapeutique reste une option de traitement valable [2,4,12].

C'est pourquoi les méthodes de traitement peu ou non invasives sont largement utilisées dans les pays développés. van den Eeden et al., rapportent un taux d'utilisation du traitement médical de 35% en Californie, aux Etats-Unis [19]. A Londres (London District General Hospital), chez les malades opérées pour GEU, le taux de traitement par cœlioscopie a évolué de 34% entre 2000 et 2002, à 90% entre 2003

et 2006 [15]. A Miami en Floride, Takacs et al., décrivent des taux de cœlioscopie allant de 40,9% en 1995 à 86,3% en 2004 [18].

Nos taux de traitement médical (13,17% des cas) et de traitement coelioscopique (6,76% des cas) restent bien en-deçà de ceux de l'Occident, tandis que le taux d'abstention thérapeutique demeure marginal (1,07% des cas). Plusieurs raisons pourraient être évoquées pour expliquer ces chiffres : équipements souvent en panne, personnel insuffisant, diagnostic tardif lorsque l'instabilité hémodynamique s'est installée, etc. Il y a lieu d'améliorer ces taux d'utilisation des méthodes peu ou non invasives qui, au regard de la littérature disponible [2, 12], sont moins coûteuses et garanties d'une meilleure fertilité ultérieure en préservant, la plupart du temps, l'intégrité tubaire.

5 Conclusion

L'utilisation des méthodes peu ou non invasives pour le traitement de la GEU sont une réalité dans notre environnement. Le traitement médical est la modalité non invasive la plus utilisée, suivie de la cœlioscopie et enfin de l'abstention thérapeutique. Leurs taux d'utilisation restent cependant faibles, lorsqu'ils sont comparés à ceux des pays occidentaux.

Nous recommandons la promotion des méthodes peu ou non invasives dans le traitement de la GEU à travers la formation du personnel et l'équipement des structures hospitalières, afin de préserver la fertilité des patientes et d'approcher les taux d'utilisation élevés des pays occidentaux.

Bibliographie

- [1] A. S. Doh and B. T. Nasah, *Ectopic pregnancy: a study of 205 cases*, Ann Univ Sci Sante, 2 (1985), 30–34.
- [2] H. Fernandez, S. Pauthier, D. Stibon, Y. Vincent, and S. Doumerc, *Place respective de l'abstention thérapeutique et du traitement médical dans les grossesses extra-utérines: revue de la littérature et essai thérapeutique comparant traitement médical et traitement conservateur par cœlioscopie*, Contracept Fert Sex, 24 (1996), 297–302.
- [3] E. P. Gharoro and A. A. Igbafe, *Ectopic pregnancy revisited in Benin city, Nigeria: analysis of 152 cases*, Acta Obstet Gynecol Scand, 81 (2002), 1139–1143.
- [4] P. J. Hajenius, B. W. Mol, P. M. Bossuyt, W. M. Ankum, and F. van der Veen, *Interventions for tubal ectopic pregnancy*, Cochrane Database Syst Rev, (2009), CD000324.
- [5] G. O. Igberase, P. N. Ebeigbe, O. F. Igbekoyi, and B. I. Ajufoh, *Ectopic pregnancy: an 11-year review in a tertiary centre in the Niger Delta*, Trop Doct, 35 (2005), 175–177.
- [6] L. Kouam, J. Kamdom Moyo, A. S. Doh, and P. Ngassa, *Traitement des grossesses extra-utérines par laparotomie en pays sous-équipé: A propos d'une série de 144 cas au CHU de Yaoundé (Cameroun)*, J Gynecol Obstet Biol Reprod, 25 (1996), 804–808.
- [7] L. Kouam, J. Kamdom-Moyo, and J.-L. Essame, *Régression spontanée de grossesse ectopique et fertilité: A propos d'un cas observé au cours d'une cystectomie*, Med Afr Noire, 44 (1997), 243–246.
- [8] R. J. Leke, N. Goyaux, T. Matsuda, and P. F. Thonneau, *Ectopic pregnancy in Africa: a population-based study*, Obstet Gynecol, 103 (2004), 692–697.
- [9] E. T. Mboudou, A. Ndoumba, P. Foumane, J. Ze Minkande, E. Belley Priso, and G. M. Nnang, *Medical treatment of extra-uterine pregnancy using intramuscular injection of methotrexate in the African milieu*, J Afr Imag Med, 4 (2007), 234–240.
- [10] E. T. Mboudou, J. Ze Minkande, V. C. Eyenga, P. Foumane, N. C. Tchente, and A. S. Doh, *The complications of laparoscopic surgery in the Yaounde General Hospital (Cameroon)*, Rev Afr Anesth Med Urg, 12 (2007), 3–7.
- [11] J. F. Meyé, A. Sima-Zue, B. S. Olé, E. Kendjo, and T. Engongah-Béka, *Aspects actuels de la grossesse extra-utérine à Libreville (Gabon): à propos de 153 cas*, Sante, 12 (2002), 405–408.
- [12] F. Mol, B. W. Mol, W. M. Ankum, F. van der Veen, and P. J. Hajenius, *Current evidence on surgery, systemic methotrexate and expectant management in the treatment of tubal ectopic pregnancy: a systematic review and meta-analysis*, Hum Reprod Update, 14 (2008), 309–319.
- [13] J. Musa, P. H. Daru, J. T. Mutihir, and I. A. Ujah, *Ectopic pregnancy in Jos Northern Nigeria: prevalence and impact on subsequent fertility*, Niger J Med, 18 (2009), 35–38.
- [14] M. Nayama, A. Gallais, N. Ousmane, N. Idi, A. Tahirov, and M. Garba, *Prise en charge de la grossesse extra-utérine dans les pays en voie de développement: exemple d'une maternité de référence au Niger*, Gynecol Obstet Fertil, 34 (2006), 14–18.
- [15] F. O. Odejinmi, M. I. Rizzuto, R. E. Macrae, and V. Thakur, *Changing trends in the laparoscopic management of ectopic pregnancy in a London district general hospital: 7-years experience*, J Obstet Gynaecol, 28 (2008), 614–617.
- [16] J. Raiga, J. M. Kasia, M. Canis, E. Glowaczower, A. S. Doh, and M. A. Bruhat, *Introduction of gynecologic endoscopic surgery in an African setting*, Int J Gynaecol Obstet, 46 (1994), 261–264.
- [17] A. Sépou, M. C. Yanza, M. Goddot, R. Ngbalé, A. Kouabosso, and A. Penguélé, *A propos de 116 cas de grossesses extra-utérines observés à Bangui (Centrafrique)*, Sante, 13 (2003), 29–30.
- [18] P. Takacs and N. Chakhtoura, *Laparotomy to laparoscopy: changing trends in the surgical management of ectopic pregnancy in a tertiary care teaching hospital*, J Minim Invasive Gynecol, 13 (2006), 175–177.
- [19] S. K. van den Eeden, J. Shan, C. Bruce, and M. Glasser, *Ectopic pregnancy rate and treatment utilization in a large managed care organization*, Obstet Gynecol, 105 (2005), 1052–1057.