

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.

FOUMANE P.¹; MBOUDOU E.T.¹; MBAKOP NDINGUE S.²; DOHBIT J.S.¹; BELINGA E.¹; DOHA.S.¹

(Manuscript N°D196. Received 07/03/2010. Accepted in revised form 11/05/2010) *Clin Mother Child Health 2010; Vol 7, N° 1: 1201 - 1204*

RESUME

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 CLES: Grossesse extra-utérine – Traitement conservateur – Traitement médical – Abstention thérapeutique – Coelioscopie.

THE PLACE OF MINIMALLY INVASIVE AND NON INVASIVE TREATMENT IN THE MANAGEMENT OF ECTOPIC PREGNANCY AT THE YAOUNDE GYNAECO-OBSTETRIC AND PEDIATRIC HOSPITAL: A 5-year retrospective analysis.

ABSTRACT

Ectopic pregnancy (EP) is the most common surgical emergency in gynaecology. Despite the fact that medical treatment, laparoscopy and expectant management are increasingly being used in our country, surgery by laparotomy remains the most widely used method in the majority of the cases. The aim of our study was to determine the role of minimally-invasive and non-invasive methods in the management of EP in the Yaounde Gynaeco-Obstetric and Pediatric Hospital, Cameroon. This was a retrospective and descriptive study, carried out in the Gynaecology service during the period from January 1st 2004 to December 31st 2008. All the patients with the diagnosis of ectopic pregnancy, ruptured or not, were included. A total of 281 files met the inclusion criteria of the study and could be analyzed. Fifty nine cases (21%) were successfully managed by either non-invasive or minimally invasive method, among which 37 patients (62.71%) benefited with success from medical treatment. Laparoscopy was done in 19 cases (32.20%). Expectant management associated with clinical, biological and ultrasonographic follow-up was adopted with success in 3 cases (5.09%). Surgical treatment by laparotomy was done in most of the cases (79%, 222 cases). Non-invasive or minimally invasive treatment of EP is a reality in our milieu. Medical treatment is the most used non-invasive treatment method, followed by laparoscopy and expectant management.

KEY WORDS: Ectopic pregnancy – Conservative treatment – Medical treatment – Expectant management – Laparoscopy.

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.

Correspondances: Dr. Foumane P., Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, BP 4362 Yaoundé, Cameroun. Email: pfoumane2004@yahoo.fr

I- 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 [1]. 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 invasives dont l'utilisation est largement documentée, occupent une place de plus en plus importante dans l'arsenal thérapeutique disponible [2-5]. KOUAM et al, rapportent en effet un cas d'abstention thérapeutique au Cameroun en 1997 [2], tandis que MBOUDOU et al, publient en 2007 une série de patientes traitées médicalement avec un taux de succès de 80,96% [3]. Par ailleurs, la pratique de la coelioscopie dans le traitement de la GEU est devenue courante dans notre milieu [4-5].

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

II- MATERIELS ET METHODES

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 rompus y est administré selon deux protocoles différents : un protocole unidose dans lequel la malade reçoit une dose unique de 1mg/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 traitées par laparotomie et coelioscopie, 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.

III- 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 coelioscopie 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 I).

Tableau I – Modalités thérapeutiques utilisées pour le traitement de la GEU (N= 281)

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

Des cas opérés par coelioscopie, 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.

IV- 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 [1]. 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 et al [6] en 1985 (1%) et KOUAM et al [7] 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 [2-5]. KOUAM et al, rapportent en effet un cas d'abstention thérapeutique au Cameroun dès 1997 [2], tandis que MBOUDOU et al, publient en 2007 une série de patientes traitées médicalement par méthotrexate, avec un taux de succès de 80,96% [3]. Par ailleurs, la pratique de la coelioscopie dans le traitement de la GEU est devenue courante dans notre milieu [4-5]. 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 coelioscopie. 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 [8-13]. Pourtant, l'injection systémique de méthotrexate est aujourd'hui une méthode scientifiquement prouvée, fiable et sécurisée lorsque l'indication est bien posée ; la coelioscopie est la modalité thérapeutique qui présente le meilleur rapport coût-efficacité, tandis que l'abstention thérapeutique reste une option de traitement valable [14-16].

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 [17]. A Londres (London District General Hospital), chez les malades opérées pour GEU, le taux de traitement par coelioscopie a

évolué de 34% entre 2000 et 2002, à 90% entre 2003 et 2006 [18]. A Miami en Floride, TAKACS et al, décrivent des taux de coelioscopie allant de 40,9% en 1995 à 86,3% en 2004 [19].

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 [14, 16], sont moins coûteuses et garantissent d'une meilleure fertilité ultérieure en préservant, la plupart du temps, l'intégrité tubaire.

V- 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 coelioscopie 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 ■

REFERENCES

1. Leke RJ, Goyaux N, Matsuda T, Thonneau PF. Ectopic pregnancy in Africa: a population-based study. *Obstet Gynecol* 2004 Apr;103(4):692-97.
2. Kouam L, Kamdom-Moyo J, Essame J-L. Régression spontanée de grossesse ectopique et fertilité. A propos d'un cas observé au cours d'une cystectomie. *Méd Afr Noire* 1997; 44(4): 243-6.
3. Mboudou ET, Ndoumba A, Foumane P, Ze Minkande, Belley Priso E, Nnang GM, Medical treatment of extra-uterine pregnancy using intramuscular injection of methotrexate in the African milieu; *J Afr Imag Méd* 2007; (2)4: 234-40.
4. Mboudou ET, Ze Minkande J, Eyenga VC, Foumane P, Tchente NC, Doh AS. The Complications of Laparoscopic Surgery in the

- Yaounde General Hospital (Cameroon); *Rev Afr Anesth Med Urg* 2007; XII (3): 3-7.
5. Raïga J, Kasia JM, Canis M, Glowaczower E, Doh A, Bruhat MA. Introduction of gynecologic endoscopic surgery in an African setting. *Int J Gynaecol Obstet* 1994 Sep;46(3):261-4.
 6. Doh AS, Nasah BT. ectopic pregnancy: a study of 205 cases. *Ann Univ Sci Santé* 1985; 2(1):30-4.
 7. Kouam L, Kamdom Moyo J, Doh AS, Ngassa P. 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* 1996; 25:804-8.
 8. Nayama M, Gallais A, Ousmane N, Idi N, Tahirou A, Garba M. 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* 2006 Jan; 34(1):14-8.
 9. Gharoro EP, Igbafe AA. Ectopic pregnancy revisited in Benin City, Nigeria: analysis of 152 cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002 Dec;81(12):1139-43.
 10. Musa J, Daru PH, Mutihir JT, Ujah IA. Ectopic pregnancy in Jos Northern Nigeria: prevalence and impact on subsequent fertility. *Niger J Med* 2009 Jan-Mar; 18(1):35-8.
 11. Igberase GO, Ebeigbe PN, Igbekoyi OF, Ajufoh BI. Ectopic pregnancy: an 11-year review in a tertiary centre in the Niger Delta. *Trop Doct* 2005 Jul; 35(3):175-7.
 12. Sépou A, Yanza MC, Goddot M, Ngalé R, Kouabosso A, Penguélé A. A propos de 116 cas de grossesses extra-utérines observés à Bangui (Centrafrique). *Sante* 2003 Jan-Mar; 13(1):29-30.
 13. Meyé JF, Sima-Zue A, Olé BS, Kendjo E, Engongah-Béka T. Aspects actuels de la grossesse extra-utérine à Libreville (Gabon) : à propos de 153 cas. *Sante* 2002 Oct-Dec;12(4):405-8.
 14. Mol F, Mol BW, Ankum WM, van der Veen F, Hajenius PJ. 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* 2008 Jul-Aug; 14(4):309-19.
 15. Hajenius PJ, Mol BW, Bossuyt PM, Ankum WM, Van Der Veen F. Interventions for tubal ectopic pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2):CD000324.
 16. Fernandez H, Pauthier S, Stibon D, Vincent Y, Doumerc S. 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 coelioscopie. *Contracept Fert Sex* 1996 Apr; 24(4):297-302.
 17. Van Den Eeden SK, Shan J, Bruce C, Glasser M. Ectopic pregnancy rate and treatment utilization in a large managed care organization. *Obstet Gynecol* 2005 May; 105(5 Pt 1):1052-7.
 18. Odejinmi FO, Rizzuto MI, Macrae RE, Thakur V. Changing trends in the laparoscopic management of ectopic pregnancy in a London district general hospital: 7-years experience. *J Obstet Gynaecol* 2008 Aug; 28(6):614-7.
 19. Takacs P, Chakhtoura N. Laparotomy to laparoscopy: changing trends in the surgical management of ectopic pregnancy in a tertiary care teaching hospital. *J Minim Invasive Gynecol* 2006 May-Jun; 13(3):175-7.