



Grossesse extra-utérine rompue : à propos de 31 cas dans le service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen du CHU de Conakry (Guinée)

Breakdown of extra-uterine pregnancy: about 31 cases in the general surgery department of the Ignace Deen national hospital of the Conakry university hospital (Guinea)

Camara IS¹, Keita S¹, Kouyate K¹, Diakite S¹, Mamy GF¹, Diallo AT¹.

1-Service de Chirurgie Générale, Hôpital National Ignace Deen, CHU de Conakry /Faculté des Sciences et Techniques de la Santé, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry. Guinée ;

2-Service de Maternité, Hôpital National Donka, CHU de Conakry/Faculté des Sciences et Techniques de la Santé, Université Gamal Abdel Nasser de Conakry. Guinée.

Auteur Correspondant : Dr CAMARA Ibrahim Sokhona - Téléphone : (+224) 628 33 42 66

Email : seydoukeita554@gmail.com.

Reçu le 22 juin 2022 - Accepté le 2 septembre 2022 - Publié le 3 octobre 2022

MOTS CLÉS : Grossesse extra-utérine rompue, β HCG, Echographie, chirurgie générale et laparotomie.

KEY WORDS : Ruptured ectopic pregnancy, β HCG, Ultrasound, and laparotomy.

RESUME :

Introduction : la grossesse extra-utérine rompue (GEUR) est une urgence médico-chirurgicale provoquant une douleur abdomino-pelvienne associées à des métrorragies et une aménorrhée datant de plusieurs semaines.

Le **but** de cette étude était de déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des grossesses extra-utérines rompues.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective de types descriptive d'une durée de 5ans allant du 1^{er} juin 2014 au 31 mai 2019 réalisée dans le service de chirurgie générale de l'hôpital national CHU de Conakry.

Résultats : La fréquence de la GEUR au cours de notre étude était de 3,6% de toutes les affections chirurgicales gynécologiques.

La majorité de nos patientes étaient âgées de 21 à 30 ans (64,52%), multipares (35,48%), Femmes aux foyers (51,61%), non scolarisées (35,48), mariées (87,10%), consultations primaires (77,42%) avec des antécédents d'Infection sexuellement transmissibles (87,09%), et d'avortements clandestins (16,13%), la clinique était dominée l'aménorrhée, la douleur abdomino-pelvienne et des métrorragies et paraclinique (β -HCG, écho). Le traitement a été exclusivement chirurgical (100%). L'anémie sévère a été notée dans 25,81% des cas. Aucun décès maternel n'a été enregistré.

Conclusion : Pour réduire la fréquence de la GEUR, il faut sensibiliser la population sur les infections sexuellement transmissibles et les avortements clandestins et assurer la promotion du condom et de la planification familiale.

SUMMARY

Introduction: ruptured ectopic pregnancy (GEUR) is a medical and surgical emergency causing abdominal and pelvic pain associated with bleeding and amenorrhea dating back several weeks.

The aim of this study was to determine the epidemiological, clinical and therapeutic aspects of ruptured ectopic pregnancies.

Material and methods: This is a 5-year retrospective study from June 1, 2014 to May 31, 2019 in the general surgery department of the Conakry National Hospital.

Results: The frequency of GEUR during our study was 3.6% of all gynecological conditions. The majority of our patients were between 21 and 30 years old (64.52%), multiparous (35.48%), Housewives (51.61%), out of school (35.48), married (87.10 %), primary consultations (77.42%) with a history of sexually transmitted infections (87.09%), and clandestine abortions (16.13%). The treatment was exclusively surgical (100%). Severe anemia was noted in 25.81% of cases. No maternal deaths have been recorded.

Conclusion: To reduce the frequency of GEUR, it is necessary to educate the population on sexually transmitted infections and clandestine abortions and to promote condoms and family planning.

INTRODUCTION

La grossesse extra-utérine rompue (GEUR) est une urgence chirurgicale provoquant une douleur abdomino-pelvienne associée à des métrorragies ou saignements provenant de l'endocol et une aménorrhée datant de plusieurs semaines pouvant entraîner de complications redoutables et graves, mettant en jeu le pronostic vital de la patiente [1].

L'incidence croissante de la grossesse extra-utérine rompue a été démontrée dans les pays en voie de développement par rapport à l'augmentation des MST et de leurs séquelles tubaires, le recul de l'âge de la première grossesse laissant le temps de l'installation d'une pathologie tubaire au cours des deux dernières décennies, constituant un important problème de santé publique. [2].

Le développement des examens para cliniques avec l'apport de l'échographie endovaginale et le dosage des β HCG plasmatique ou urinaire a permis un diagnostic plus précoce de la GEU, cependant 40 à 50 % des GEU ne sont pas diagnostiquées lors de la première consultation ce qui conduit à leur rupture tout en mettant en jeu le pronostic vital [3].

Le but de ce travail était de faire ressortir à travers une étude prospective, le profil épidémiologique, clinique et la prise en charge des GEUR dans le service de chirurgie générale de l'hôpital national d'Ignace Deen CHU de Conakry.

PATIENTES ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective, de type descriptif d'une durée de 5 ans allant du 1^{er} juin 2014 au 31 mai 2019, dans le service de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry, portant sur les dossiers des patientes admises et opérées pour une GEUR confirmée par une échographie et ou une laparotomie. Pour chaque patiente, nous avons recueillies les données sociodémographiques, les antécédents, les données cliniques, paracliniques et les aspects thérapeutiques puis analysées et saisies à l'aide du logiciel Epi-info (version 7.2.2.6) et Microsoft Office Excel 2013 sous Windows 7.

Toutes les variables quantitatives ont été analysées en déterminant le maximum, le minimum, la moyenne et l'écart-type. Les variables qualitatives ont été analysées par leur fréquence et leur pourcentage.

RESULTATS

Nous avons colligé 31 cas de grossesse extra-utérine rompue soit 3,6% par rapport aux autres affections chirurgicales dans le service (n=831).

L'âge moyen des patientes était de 29,5 \pm 5 ans avec des extrêmes de 18 ans et 41ans, la tranche d'âge de 21 – 30 ans était la plus touchée (64,52%). Les mariées étaient les plus fréquentes (27) soit 87,10%. Les femmes aux foyers représentaient plus de la moitié de nos enquêtées 16 cas soit (51,61%).

Tableau I : Répartition des cas selon le niveau d'instruction

Niveau d'étude	N	%
Non scolarisée	11	35,48
Elémentaire	9	29,03
Secondaire	6	19,35
Supérieur	5	16,13
Total	31	100

Les consultations primaires ont été le mode d'admission les plus notées 24 cas soit 77,42% contre 7 cas de référence soit 22,58%. Les principaux signes cliniques retrouvés sont représentés dans le tableau II.

Tableau II : Fréquence des signes cliniques

Signes	N	%
Aménorrhée	31	100
Pelviaigie	30	96,77
Métrorragie	29	93,55
Vertiges	21	67,74
Nausées/Vomissements	20	64,52
Asthénie physique	19	61,29
Douglas douloureux	26	83,87
Défense abdominale	21	67,74
Cri ombilical	19	61,29
Pâleur cutanéomuqueuse	18	58,06
Tension mammaire	13	41,94
Hypotension	12	38,71
Palpitation	10	32,26
Lipothymie	6	19,35

Tableau III : Fréquence des antécédents

Antécédent	N	%
Infection génitale	27	87,09
Avortement	5	16,13
Césarienne	3	9,78
Appendicectomie	2	6,45
GEU	1	3,23

N=31

**Tableau VII:** Répartition des cas selon le délai de prise en charge

Délai de prise en charge (heure)	N	%
< 24 heures	16	51,61
24-72 h	12	38,70
> 72h	3	9,67
Total	31	100

Délai moyen de la prise en charge : 70 h avec des extrême de 20h et 120 h.

Tableau VIII: Répartition selon le siège anatomique et le côté atteint

Siège anatomique	Côtés		N	%
	Droit	Gauche		
Ampullaire	13	8	21	67,74
Isthmique	3	1	4	12,90
Interstitiel	1	2	3	9,68
Infandibulaire	1	0	1	3,23
Ovarien	0	2	2	6,45
Total	18	13	31	100

Tableau IX : Fréquence des suites opératoires en fonction du geste chirurgical.

Geste	Suites opératoires	N=31	%
Salpingectomie	Simple	18	58,05
	Anémie sévère	5	16,13
	ISO	3	9,68
Annexectomie	Simple	1	3,23
	Anémie sévère	2	6,45
Ovariectomie	Simple	1	3,23
	ISO	1	3,23

La durée moyenne de séjour hospitalier était de 11,5 jours avec des extrêmes de 3jours et 20 jours, plus de la moitié des patientes (21) sont à moins de 7jours soit 67,74%.

DISCUSSION :

La grossesse extra-utérine rompue est une urgence médicochirurgicale, cependant elle est relativement rare dans notre contexte avec une fréquence de 3,6% des activités chirurgicales Gynécologiques.

Cette fréquence est inférieure à celle de **Randriambolona et coll.** qui ont rapporté 5,7% de GEUR au cours de leur étude en 2011 [4].

Le faible taux rapporté au cours de notre étude pourrait s'expliquer par la proximité d'un service de Gynéco-obstétrique d'une part et d'autre part par la taille de l'échantillon.

L'âge moyen de nos patientes (29,5 ans) est supérieur à ceux trouvés par **Buambo** (24,7) [5], **Sépou** (26,8 ans) [6], **Nayama M.** (28 ans) [7] et **Cheik T CISSE** (29 ans) [8].

La tranche d'âge la plus touchée a été celle de (21-30 ans), ce résultat est identique à ceux rapportés dans la littérature [7, 6, 8, 9].

La fréquence élevée de la GEUR à ces âges s'explique par le fait qu'en ce moment les femmes sont en pleine période d'activité sexuelle.

Il ressort que les femmes mariées étaient les plus représentées avec 87,10% cas.

Cette prédominance pourrait s'expliquer par le désir ardent de conception pendant le mariage qui est le cadre idéal pour la conception dans nos conditions socioculturelles.

La majorité de nos patientes étaient reçue en consultation primaire soit 77,42%. Ce résultat ne concorde pas à celui de **Buambo** qui a rapporté 56,3% de femmes référées [5].

Le nombre élevé de femmes en consultations primaires dans notre série se justifie par le fait que la plus part de nos patientes sont reçues dans un tableau d'appendicite aigue ou de péritonite aigue généralisée.

Cependant la triade classique l'aménorrhée, la douleur pelvienne, la métrorragie étaient les signes le plus fréquents.

Elle est aussi mal expliquée ou méconnu de beaucoup de femmes.

Cependant en 2011 **Randriambolona et Coll.** ont rapporté que les signes les plus fréquents étaient l'aménorrhée 100%, la douleur pelvienne 91%, la métrorragie 86%, les vertiges 78%, les nausées et vomissement 76% [4].

Cette triade correspond à des formes évoluées et est retrouvée dans 58,50% des cas selon l'étude de **Lokossou** au Benin en 2007 [10].

Notre étude montre que les infections sexuellement transmissibles étaient l'antécédent majeur de nos malades. Ce même constat a été fait par d'autres auteurs [7, 6, 9, 11].

Notre étude montre que la GEUR est fréquente chez les multigestantes et les paucigestes. Ce même constat a été rapporté par **Belly Prisso, Cabar F et coll.** Qui ont trouvé respectivement 41,4% et 25,6% [11, 12].

Il ressort que les infections sexuellement transmissibles (IST) étaient le facteur dominant chez nos patientes. Toutes fois cette fréquence élevée peut s'expliquer par manque d'éducation sexuelle d'une part et par l'âge tardif de la 1^{ère} grossesse.



permettant l'installation d'une pathologie tubaire le plus souvent d'origine infectieuse ou de Chirurgies abdomino-pelvienne [13].

La GEUR est une affection fréquente chez les multipares dans notre série.

Les résultats d'études récentes ont montré que la GEUR n'est pas seulement associée à la faible parité mais aussi à la multiparité, 37,25% de multipare ont été trouvés dans d'autre série mais aussi dans celle de **Simone F. et Fernandez** en 1978 et 1999 [12].

L'examen clinique garde une place importante dans la stratégie de prise en charge des GEU rompues. Les signes physiques témoignant d'une rupture tubaire sont essentiellement une douleur pelvienne qui a été le signe physique le plus enregistré, accompagnée d'un douglas douloureux et d'une défense à la palpation témoignant une irritation péritonéale. Ce constat a été fait par plusieurs auteurs africains [14, 15, 16].

Les patientes en état de choc ont bénéficié d'une réanimation médicale et ont été opérées en urgence par laparotomie. Ils sont souvent assez importants avec des signes de choc hémorragique : des vertiges, une hypotension, une polypnée et une tachycardie...

RAFIA M a observé dans son étude un état de choc dans 19,7% des cas [14], tandis que **Sindayirwanja** et **All** ont rapporté un taux d'état de choc de 36% en 1991 au Burundi [15].

Cette variation de l'état de choc d'un auteur à un autre pourrait s'expliquer d'une part par le niveau de développement de leur pays d'origine et d'autre part par la maturité socio-culturelle des femmes en âge de procréer.

Nous avons demandé systématiquement devant toute suspicion de GEUR une échographie abdomino-pelvienne, la NFS, les β HCG et un bilan sérologique, La NFS peut montrer une anémie, une augmentation du taux des leucocytes, non spécifique.

L'élévation du taux des β HCG plasmatiques permet d'affirmer la grossesse, quelle que soit sa localisation, s'il est supérieur à 10 UI/l. Il peut être plus bas que ne le voudrait l'âge supposé de la grossesse.

Cependant aucune de nos patientes n'a réalisé la Culdocentèse qui a une sensibilité très élevée pour le diagnostic.

Etant donné la totalité des formes rompues dans notre série, la prise en charge de la GEUR implique une réanimation médicale intense parallèlement au traitement chirurgical.

Dans notre étude, la localisation tubaire a été la plus fréquente, ce résultat est comparable à celui de **Randriambololona D.M.A** et **coll et Dembélé Y** qui ont rapporté respectivement 91,4% et 71,18% au Mali [4, 17].

Le traitement chirurgical par laparotomie a été pratiqué chez toutes nos patientes car elles ont été toutes reçues dans un stade de rupture. La salpingectomie totale a été la plus adoptée à cause du délabrement de la trompe engendrée par la rupture, suivi d'annexectomie et d'ovariectomie. Ce constat corrobore celui rapporté par plusieurs auteurs Africains [15,16, 18].

Cependant l'absence de diagnostic précoce et les tableaux de ruptures quelle engendre font perdre l'espoir d'une chirurgie conservatrice.

Les complications post-opératoires ont été l'anémie sévère et de suppuration pariétale.

Il ressort de cette étude que le taux de décès était nul malgré le retard diagnostic. Cela pourrait s'expliquer par la disponibilité des produits sanguins dans notre formation sanitaire et aussi l'utilisation systématique de l'antibioprophylaxie qui a contribué à l'amélioration du pronostic en réduisant de façon significative les complications infectieuses et anémiques.

La durée de séjour chez la plupart de nos patientes était moins de 7 jours. La série de **Halin M et All en 1991** se superpose à la nôtre avec une durée variant entre 3 et 8 jours [19].

CONCLUSION :

La GEUR a longtemps été une pathologie grave au pronostic très réservé.

Elle a fait l'objet de nombreuses études ayant permis de connaître ses différents facteurs de risque ainsi que sa symptomatologie et de mettre au point une prise en charge thérapeutique adéquate.

Ceci a permis, au cours des années, une nette amélioration de son pronostic fonctionnel et vital.

Cependant dans les pays en voie de développement, comme la Guinée, la GEUR reste une pathologie fréquente, son diagnostic est tardif et ses moyens thérapeutiques reposent sur la chirurgie de sauvetage.

DECLARATION DE LIENS D'INTERETS :

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

REFERENCES :

1. **Aouras H., Gervaise A., Fernandez H:** Prise en charge thérapeutique des grossesses extra-utérines rompues. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2010 ; 39S : 17-24.
- 2- **Kaplan BC, Dart RG, Moskos M, et al.** Ectopic pregnancy: prospective study with improved diagnostic accuracy. *Ann Emerg Med* 1996; 28: 10-7.
- 3-**Lehner R, Kucera E, Jirecek S, Egarter C, Husslein P.** Ectopic pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2000; 263:87-92.
4. **Randriambololona D.M.A, Anjharisoaniaina NT, Harioly MOJ, Rekoronirina EB, Randriambelomana J A, Rhandrianampaninarivo.** Prise en charge de la grossesse extra-utérine à l'Hôpital Universitaire de Befelatanana Antananarivo Madagascar ; *Revue D'anesthésie-Réanimation et de Médecine D'urgence* en 2011.
5. **Buambo-bamanga SF, Gnekoumou AL, Oyere-Moke P, Ekoundzola Jr.** Les hémo-péritonées gynécologiques : à propos de 341 cas colligés au CHU de Brazzaville. *Médecine d'Afrique Noire* : 2005-52 (4) 234-6.
6. **Sepou A, Yanza MC, Goddot M, Ngbale R, Kouabosso A, Penguele A, Nali MN.** A propos de 116 cas de grossesses extra-utérines observées à Bangui (Centre-Afrique). *Cahiers d'études et de recherches francophones/santé.* 2013 ; 13(1) : 29-30.
7. **Nanyama M, Gallais A, Ousmane N, Idi N, Tahirou A, Garba M, Djibrill B, Boukerrou M.** Prise en charge de la grossesse extra-utérine dans les pays en voie de développement : Exemple d'une maternité de référence au Niger. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*; 2008 ; 34 :14-18.
8. **Cisse CT, Debenis I, Faye EO, Diadhiou F.** Grossesse extra-utérine au Sénégal *Cahiers d'études et recherches francophones/santé.* 2002;12(2) : 271-274.
- 9- **Diallo FB, Idi N, Vangeenderhuysen C, Tahirou ALM, Baraka D., Hadiza I, Sahabi, Garba M, Labo I.** La grossesse extra-utérine à la Maternité central de référence de Niamey (Niger): aspects diagnostique, thérapeutique et pronostique. *Médecine d'Afrique Noire* : 1998, 45 (6) : 366-9.
10. **Lokossou A, Denakpo J, Houndeffo T, Tonato Bagnan J, Lokossou HS, Perrin RX.** Aspects épidémiologiques, diagnostiques et Pronostiques de la grossesse extra-utérine à l'HOMEL de Cotonou. *Le Bénin Médical.* 2007; 38: 47.
11. **Cabar F, Mabrouk A, Heitz D, Ville Y.** Grossesse extra-utérine : intérêt et valeur de l'examen clinique dans la stratégie de prise en charge, *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003 ; 32 : 18-27.)
12. **Fernandez, CH. Lelaidier, P. Fournet, R. Frydman.** *Contracept-Fertil-Sex.* 1999; 21(1): 53 - 57.
13. **Coste J, Bouyer J, Ughetto S et al** Ectopic pregnancy is again Increase. Recent trends in the incidence of ectopic pregnancies in France. *Hum Reprod* 2004; 19: 2014-8.
14. **Rafia M** : Prise en charge de la grossesse extra-utérine au service de gynéco-obstétrique "B" (A propos de 86 cas). Thèse, Université Hassan II, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Casablanca, 2006(137).
15. **JB Sindayirwania, MG Harakeye, G Ninteretse and TH Rufyikiri.** Aspects particuliers des GEU au Burundi: à propos de 249 cas. *Med Afr Noire*, 1991; 38: 335–341.
16. **Perin R, Boco V, Bilongo B, Akpovi J, Allhonou E.** Prise en charge de la grossesse extra-utérine à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique de Cotonou (Benin). *Cahier de santé*, 1997;7:19-23.
17. **Dembélé Y.** Grossesse extra- utérine : aspect épidémiologique, clinique, diagnostique, thérapeutique et pronostique au service de Santé de référence de la commune V du district de Bamako à propos de 128cas. *Médecine d'Afrique noire* ; 2006;70 (5) 121-3.
18. **Rabarijao Hz., Rabearivony N., Razafindrakoto Wr., Randriamiarana J.M.** Place de la laparotomie dans le traitement de la grossesse extra-utérine à Madagascar. *Médecine d'Afrique Noire* 2004. 51 (4) 244.
19. **Lundorff P, Thurber J, Hahlin M et al.** Laparoscopic surgery in ectopic Pregnancy: a randomised trial versus Laparotomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991. 70:343-8.