

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 6 ■ N° 17 (2011)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

Directeur de publication

Mamadou Saliou Diallo

Rédacteur en chef

Namory Keita

Rédacteur en chef adjoint

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'ESRS

Ministre de la Santé

Recteur Université de Conakry

Doyen FMPOS

M Kabba Bah

M Kader

P Diallo

E Alihonou

F Diadhio

MK Bohoussou

C Welfens Ekra

M M Sall (CAMES)

A Gouazé (CIDMEF)

G Osagie (Nigeria)

Comité de rédaction

MS Diallo

N Keita

MD Baldé

Y Hyjazi

FB Diallo,

F Traoré (Pharmacologie)

T Sy

AB Diallo

Y Diallo

M Cissé (Dermatologie)

M Doukouré (Pédopsychiatrie)

ML Kaba (Néphrologie)

OR Bah (Urologie)

NM Baldé (Endocrinologie)

A Touré (Chirurgie Générale)

LM Camara (Pneumo-phtisiologie)

Comité de lecture

E Alihonou (Cotonou)

K Akpadza (Lomé)

M A Baldé (Pharmacologie)

G Body (Tours)

M B Diallo (Urologie)

M D Baldé (Conakry)

N D Camara (Chirurgie)

CT Cissé (Dakar)

A B Diallo (Conakry)

F B Diallo (Conakry)

M S Diallo (Conakry)

A Dolo (Bamako)

A Fournier (Angers)

Y Hyjazi (Conakry)

N Keita (Conakry)

YR Abauleth (Abidjan)

M Koulibaly (Conakry)

J Lankoande (Ouagadougou)

Lekey (Yaoundé)

JF Meye (Libreville)

JC Moreau (Dakar)

O Ndiaye (Dakar)

RX Perrin (Cotonou)

F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

Conditions générales de publication

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, papier blanc recto seulement et adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, disquette ou par email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita

Maternité Donka CHU de Conakry

BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 64 45 79 50

Email : namoryk52@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy

Maternité Ignace Deen CHU de Conakry

BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 60 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30

Email : [syttelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 25.000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article originale est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point.

Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

- Page de titre : elle comporte :
 - Un titre concis, précis et traduit en anglais
 - Les noms et initiales des prénoms des auteurs
 - L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
 - L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées
 - Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.
 - Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :
 - Pour une revue:
1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la Clinique Gynécologique et

Obstétricales du CHU Ignace DEEN. *Journal de la SAGO* 2002; 3(2): 7- 11

- Pour une contribution à un livre:
2. Berland M. Un état de choc en début de travail : conduite à tenir. In : LANSAC J, BODY G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 218- 225
 - Pour un livre:
 3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 349.
 - Pour une thèse:
 4. Bah A . Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques et pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry 2001; 032/03 04 : 165p
- Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être réduit au strict minimum nécessaire à la compréhension du texte. Les tableaux seront numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le texte.

Après acceptation définitive de l'article, des modifications mineures portant sur le style et les illustrations pourront être apportées par le comité de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer la parution dudit article.

Le comité de rédaction

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Grossesse et accouchement chez l'adolescente: a propos de 1240 cas colligés au CHU de Cocody

Nguessan KLP, Adjoby R, Mian B, Koffi A., Gondo D, Konan J, Loue V, Kouame A, Kramo F, Alla C, Gbary E, Kouakou F, Abauleth R, Boni S62 - 65

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics de la grossesse extra utérine dans la ville de Ouagadougou. A propos de 141 cas.

Ouédraogo A, Ouédraogo CMR, Touré B, Zan S, Sana A, Thiéba B, Lankoande J.....66 - 72

Le pronostic maternel de l'hypertension artérielle de la parturition à la maternité du CHU de Cocody (Abidjan- Côte d'Ivoire)

Nguessan K, Mian B, Koime H, Gondo D, Koffi A, Angoi V, Effoh N, Konan J, Kouame A, Abauleth R, Boni S.....73 - 75

La plastie tubaire a la maternité de référence de Niamey: étude rétrospective. A propos de 314 cas

Garba RM, Idi N, Kaka H, Tahirou A, Guidah S, Nayama M.....76 - 79

Traumatismes fœtaux au cours de la parturition: expérience de la maternité du CHU de Cocody (abidjan-cote d'ivoire) a propos de 27 cas.

Kouakou F, N'guessan K, Loue V, Adjoby R, Gondo D, Kouame A, Koime H, Gbary E, Alla H.....80 - 86

Tumeur trophoblastique du site d'implantation : à propos d'un cas et revue de la littérature

Leno DWA, Sy T, Camara MK, Kaba T, Diallo FD, Keita N.....87 - 91

Issue de la grossesse dans un utérus cicatriciel a la clinique universitaire de gynécologie obstétrique de Cotonou

Adisso S, Da-Gbadji Gnansounou F, Houedjissin S, De Souza J, Takpara I, Alihonou E.....92 - 97

Mortalité maternelle : aspects épidémiologiques et étiologiques a la clinique de gynécologie-obstétrique Ignace Deen du CHU de Conakry.

Diallo FB, Balde IS, Diallo Y, Sy T , Diallo A, Diallo MC, Soumaoro SA, Diallo MS, Perrin RX.98 - 102

Issue de l'accouchement dans un utérus cicatriciel a Cotonou

Dénakpo JL, Bagnan Tonato J, Aguèmon C, Tognifodé V, Amadji B, Perrin RX.....103 - 108

Anémie et grossesse au service de gynécologie obstétrique du CHU Pointe à Pitre Abymes (CHUPPA)

Diallo Y, Kadhel P, Sy T, Lantonkpode JC, Gaunefet C, Janky E.....109 - 112

CAS CLINIQUE

(CASE REPORT)

Migration transutérine d'un dispositif intra-utérin au niveau du ligament large.

F Kouakou, R Adjoby, V Loue, Mian B, D Gondo, A Kouame, K. N'guessan, J Konan, B H Koime, F Kramo, E Gbary, H Alla.....109 - 112

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

- Adolescent pregnancy and labor: about 1240 cases collected at chu of cocody***
Nguessan Klp, Adjoby R, Mian B, Koffi A., Gondo D, Konan J, Loue V, Kouame A,
Kramo F, Alla C, Gbary E, Kouakou F, Abauleth R, Boni S62 - 65
- Epidemiologic, clinical, therapeutic aspects and forecasts of the extra-uterine pregnancy in the town of Ouagadougou***
Ouédraogo A, Ouédraogo CMR, Touré B, Zan S, Sana A, Thiéba B, Lankoande J.....66 - 72
- Sociodemographics characteristics knowledges and attitudes of women under contraception and a clinic model of the guinean assosiation for the well-being of family (AGBEF), Conakry***
Diallo FB, Diallo A, Baldé IS, Soumah AFM, Diallo MC, Ouldbey MM.....69 - 73
- Tubal plasty at reference maternity of Niamey: retrospective study. About 314 cases***
Garba RM, Idi N, Kaka H, Tahirou A, Guidah S, Nayama M.....76 - 79
- Neonatal traumas in parturition. Experience of the maternity of the university hospital of cocody (abidjan, ivory coast).***
Kouakou F, N'guessan K, Loue V, Adjoby R, Gondo D, Kouame A, Koime H, Gbary E, Alla H.....80 - 86
- Placental site trophoblastic tumor: a case report and review of the literature.***
Leno DWA, Sy T, Camara MK, Kaba T, Diallo FD, Keita N.....87 - 91
- Outcome of pregnancy in a cicatricial uterus at the Clinique universitaire de gynecologie obstetrique of cotonou***
Adisso S, Da-Gbadji Gnansounou F, Houedjissin S, De Souza J, Takpara I, Alihonou E.....92 - 97
- Maternal mortality: epidemiological and etiologial aspects at the ignace Deen clinic of gynecology and obstetrics, Conakry university hospital.***
Diallo FB, Balde IS, Diallo Y, Sy T, Diallo A, Diallo MC, Soumaoro SA, Diallo MS, Perrin RX.....98 - 102
- Exit of the childbirth in a cicatricial uterus at Cotonou***
Dénakpo JL, Bagnan Tonato J, Aguèmon C, Tognifodé V, Amadji B, Perrin RX.....103 - 108
- Anemie and pregnancy at obstetric and gynecology department of CHU Pointe a Pitre Abymes (CHUPPA)***
Diallo Y, Kadhel P, Sy T, Lantonkpodé JC, Gaunefet C, Janky E.....109 - 112

CASE REPORT

- Migration of intrauterine devices into the broad ligament.***
F Kouakou, R Adjoby, V Loue, Mian B, D Gondo, A Kouame, K. N'guessan, J Konan,
B H Koime, F Kramo, E Gbary, H Alla.....109 - 112

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES, THERAPEUTIQUES ET PRONOSTICS DE LA GROSSESSE EXTRA UTERINE DANS LA VILLE DE OUAGADOUGOU. A PROPOS DE 141 CAS.

EPIDEMIOLOGIC, CLINICAL, THERAPEUTIC ASPECTS AND FORECASTS OF THE EXTRA-UTERINE PREGNANCY IN THE TOWN OF OUAGADOUGOU

OUÉDRAOGO A¹, OUÉDRAOGO CMR², TOURÉ B¹, ZAN S¹, SANA A¹, THIÉBA B¹, LANKOANDE J¹

¹ Service de gynécologie et d'obstétrique du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. Burkina Faso². Maternité du CMA du secteur 30 de Ouagadougou, Burkina Faso.

Correspondances: Ouédraogo Ali 01 BP 2842 Ouagadougou 01 Tel +226 70 26 26 66

E-mail doc_aliouedraogo@yahoo.fr

RESUME

Objectifs: étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics de la grossesse extra-utérine dans la ville de Ouagadougou.

Méthodologie: Il s'agissait d'une étude transversale descriptive portant sur les femmes admises pour suspicion de GEU dans les services de gynéco-obstétrique de la ville de Ouagadougou durant la période du 1^{er} Décembre 2009 au 31 Mai 2010.

Résultats: Durant la période d'étude, 141 cas de GEU ont été enregistrés sur 8261 accouchements, soit une fréquence globale de 1,7% accouchements ou 1 GEU pour 58 accouchements. L'âge moyen des patientes était de 29 ans. 77,3% des patientes étaient mariées, 41,8% étaient non scolarisées, 56% étaient des femmes au foyer.

La parité moyenne était de 1,7 et les paucipares représentaient 41,2% L'antécédent de GEU opérée et la prise de pilule contraceptive ont été retrouvés dans 6,3% et 13,6% des cas.

La triade fonctionnelle (douleur pelvienne-aménorrhée-métrorragie) a été rencontrée dans 35,4% des cas. En per opératoire, 80,1% des GEU étaient rompues 95% des GEU étaient de siège tubaire. La trompe controlatérale était pathologique dans 34,7%.

Pour le traitement, 36,1% des patientes ont bénéficié d'une transfusion sanguine. 94,4% des patientes ont subi un traitement chirurgical radical avec la salpingectomie à 87,2%. Les suites opératoires ont été compliquées dans 31,2% des cas

Le délai moyen de consultation était de 17,2 jours. 71,1% des patientes ont respectées l'ordre d'utilisation des formations sanitaires. Le délai moyen de prise en charge était de 3h33mns.

Conclusion: Afin d'améliorer le pronostic de la GEU, des efforts doivent être faits dans le cadre du renforcement du plateau technique et de la sensibilisation des femmes en âge de procréer pour la reconnaissance des signes d'appels et la consultation précoce au moindre problème.

Mots clés: Grossesse extra-utérine, épidémiologie, traitement et pronostic.

SUMMARY

Objectifs: to study the epidemiologic, clinical, therapeutic aspects and forecasts of the extra-uterine pregnancy in the town of Ouagadougou.

Methodology: It east is about a descriptive cross-sectional study relating to the allowed women for suspicion of GEU in the services of gynéco-obstetrics of the town of Ouagadougou lasting the period of December 1, 2009 to May 31, 2010.

Results: During the period of study, 141 cases of GEU were recorded on 8261 childbirth, that is to say a total frequency of 1,7% childbirth or 1 GEU for 58 childbirth. The average age of the patients was 29 years. 77, 3% of the patients were married, 41,8% were not provided education for, 56% were housewives. The average parity was 1,7 and the paucipares accounted for 41,2% Previous operated GEU was found in 6,3% of the cases.

The functional triad (pain pelvic-amenorrhoea-métrorragie) was met in 35,4% of the cases.

In per operational, 80, 1% of the GEU were broken 95% of the GEU were of seat tubaire. The horn controlatérale was pathological in 34, 7%. For the treatment, 36,1% of the patients profited from a blood transfusion. 94,4% of the patients underwent a radical surgical treatment with the salpingectomy with 87,2%. The operational continuations were complicated in 31,2% of the cases. The average time of consultation was 17,2 days. 71,1% of the patients respected the order of use of the medical formations. The average time of assumption of responsibility was of 3h 33 mns.

Conclusion: In order to improve the forecast of ectopic pregnancy, the efforts must be made within the framework capacity building, and the sensitizing of the women in age to procreate for recognize of alarms signs and early consultation in a health center.

Key words: Extra uterine pregnancy Epidemiology - Treatment - Forecast.

INTRODUCTION

La grossesse extra utérine (GEU) constitue, de par sa fréquence, un problème de santé publique ; de par sa gravité, une grande urgence obstétricale ; et de par ses séquelles, un problème de fertilité ultérieure des femmes concernées. L'incidence de la grossesse extra-utérine a doublé ou triplé dans la plupart des pays industrialisés au cours des 20 dernières années [7]. En Afrique, l'incidence varie entre 2 et 5 % [2, 3, 7, 14].

Dans notre contexte, où le diagnostic et la prise en charge se font tardivement menaçant ainsi le pronostic vital maternel, nous avons conduit ce travail afin d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et le pronostic de la grossesse extra-utérine dans la ville de Ouagadougou.

METHODOLOGIE

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, ainsi que dans les 4 centres médicaux avec antennes chirurgicales (CMA) et les cliniques privées disposant d'un bloc opératoire fonctionnel et prenant en charge les grossesses extra utérines. Nos résultats d'histopathologie ont été collectés dans les laboratoires d'anatomie pathologie du CHU et de 2 cliniques privées.

Il s'est agissait d'une étude prospective de type descriptif couvrant la période du 1^{er} décembre 2009 au 31 mai 2010. Elle a concerné toutes les patientes prises en charge dans les sites de l'étude pour grossesse extra utérine. Un questionnaire structuré a permis la collecte progressive des données par entretien direct individuel et analyse documentaire. Les données recueillies ont été saisies sur micro-ordinateur à l'aide du logiciel Epi info 3.5.1. L'analyse des données a été effectuée grâce au logiciel Stata.

RESULTATS

2.1. Fréquence

Au cours de la période d'étude, nous avons enregistré 141 cas de GEU, 3810 interventions chirurgicales et 8261 accouchements. La fréquence de la GEU dans la ville de Ouagadougou était de 3,7 % des interventions chirurgicales, 1,7% des accouchements soit 1 GEU pour 58 accouchements. Au CHU Yalgado, la fréquence de la GEU était de 4,1 % des accouchements soit 1 GEU pour 24 accouchements.

2.2. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

• Age

La moyenne d'âge de nos patientes était de 29 ans, avec des extrêmes de 18 et 42 ans. Les patientes dont la tranche d'âge était comprise entre 20 et 34 ans représentaient 78,7% des cas.

La figure 1 suivante donne la répartition des patientes par tranches d'âge

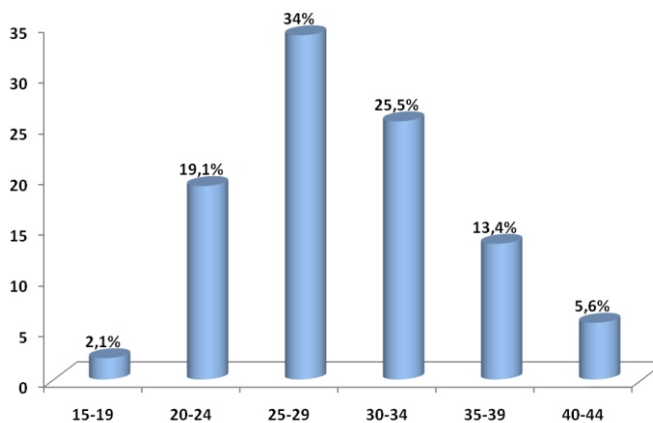


Figure 1 : Répartition des patientes par tranches d'âge (n = 141)

• Parité

La plus grande parité était de 6 avec une moyenne de 1,7. Les nullipares et primipares représentaient respectivement 23,8 et 24,8 %.

• Provenance

Les patientes provenaient de la commune de Ouagadougou dans 69,5 % soit 98 patientes, 26,2 % des communes environnantes soit 37 patientes et 4,2 % des autres provinces soit 6 patientes.

• Antécédent de grossesse extra utérine

Six patientes (4,2 %) avaient un antécédent de salpingectomie pour grossesse extra utérine.

2.1. Aspects cliniques

• Age gestationnel

La date des dernières règles n'a pas pu être précisée chez 39 patientes, soit 27,6%. L'âge gestationnel moyen au moment du diagnostic et de la prise en charge de la GEU, était de 9,3 semaines d'aménorrhée, avec des extrêmes de 5 et 12 semaines 3 jours.

• Signes fonctionnels

Les principaux signes fonctionnels en fonction du type de GEU sont représentés dans le tableau 1

Tableau 1 : Répartition des patientes selon les signes fonctionnels et du type de GEU

Signes fonctionnels	GEU rompue	GEU non rompue	Total	%
Douleurs pelviennes	112	24	136	96,4
Métrorragies	68	12	80	56,7
Aménorrhée	89	13	102	72,3
Signes sympathiques de grossesse	22	61	4	19,9
Douleurs-aménorrhée-métrorragies	45	05	50	35,4

La triade fonctionnelle douleurs pelvienne- aménorrhée- métrorragie a été retrouvée dans 35,4% des cas.

•Signes physiques

Les principaux signes physiques sont représentés dans le tableau 2.

Tableau 2 : Répartition des patientes selon les signes physiques et du type de GEU

Signes fonctionnels	GEU rompue	GEU non rompue	Total	%
Anémie clinique	37	1	38	26,9%
Signes de Choc	46	0	46	32,6%
Signes d'irritation péritonéale	71	3	74	52,5%
Masse latéro-utérine	26	17	43	30,6%
Culdocentèse positive	79	2	81	71,7%

Le signe de choc a été trouvé dans 32,6% et les signes d'irritation péritonéale dans 52,5% des cas.

2.1. Aspects paracliniques

•Signes échographiques de la GEU

Sur les 141 cas collectés, l'échographie a été réalisée chez 104 patientes soit 73,7%. La GEU était fortement suspectée dans 98,1% des cas. Le sac gestationnel a été retrouvé associé ou non à d'autres signes échographiques dans 16,3% des cas. La masse latéro-utérine dans 45% des cas, l'épanchement péritonéal dans 63,3% des cas.

•Tests de grossesse

Le test urinaire de grossesse a été réalisé chez 113 patientes soit 80,1%. Il était positif chez 107 patientes et douteux chez 06 patientes. Le dosage des β - HCG α été effectué chez 36 patientes (25,53%). La quantité de β -HCG variait de 12 à 96651UI/ml avec une moyenne de 24253,84.

•Taux d'hémoglobine

Le taux d'hémoglobine a été réalisé chez 118

patientes soit 83,7%. Il variait entre 3,2 à 13,4 g/dl avec une moyenne de 8,6 g/dl.

Dans les cas de GEU rompues, le taux d'hémoglobine variait entre 3,2 et 10,1g/dl avec une moyenne de 5,7g/dl. Il variait de 6,9 à 13,4g/dl avec une moyenne de 10,3g/dl dans les cas de GEU non rompue.

2.2. Itinéraire thérapeutique

•Délai de consultation

Le délai de consultation variait de 2 à 60 jours avec une moyenne de 17,2. Pour le délai de 2 mois, il s'agissait d'une patiente de 27 ans, ménagère, qui a été admise en urgence pour douleurs pelviennes et métrorragies évoluant depuis plus de 3 semaines. Elle a bénéficié d'une aspiration manuelle intra utérine pour avortement, puis réadmise un mois plus tard dans un tableau d'état de choc avec hémopéritoine.

•Structures consultées

Le circuit des structures sanitaires consultées avant

la prise en charge chirurgicale a été précisée dans tous les cas. Nous avons noté que 73,8 % des patientes ont suivi le circuit normal d'utilisation des formations sanitaires du système pyramidal de santé (Domicile- CSPS-structures de prise en charge (CMA, Privée, CHU). Dans 26,2 % des cas (37 patientes), l'itinéraire était ; **domicile-structure de prise en charge (CHU, CMA ou Cliniques privées)**.

Six (6) patientes sur les 141 sont réparties à domicile après le diagnostic de la GEU.

• Diagnostic de la GEU

Le diagnostic de la GEU a été effectué par l'ensemble clinique- échographie-TIG-□-HCG chez 34 patientes soit 24,1%. La clinique a été utilisée pour le diagnostic et la prise en charge de la GEU chez 37 patientes soit 26,2%.

• Structures de prise en charge de la GEU

Le CHU YO a été la structure de prise en charge des patientes dans 66,6% des cas. Quarante sept patientes (33,3 %) ont été prises en charge dans les CMA et les cliniques privées.

• Délai de prise en charge

Le délai moyen de prise en charge après le diagnostic de GEU était de 3 h 33 minutes. Le délai minimal était de 27 minutes et le maximum à 3210 minutes (2 jours 5 h 30 minutes). Les patientes ont été opérées dans les 5 heures suivant leur admission dans 72,2% des cas.

2.3. Prise en charge

2.6.1. Traitement médical

- La transfusion sanguine a été faite chez 51 patientes soit 36,1%. La quantité moyenne de sang transfusé était de 998,7 cc de culot globulaire. La quantité minimale étant de 450 cc et la maximale de 1350 cc.

- Il n'y a pas eu de traitement médicamenteux de la GEU.

2.6.2. Traitement chirurgical

La laparotomie a été pratiquée chez toutes les patientes. Le type d'incision pariétale était celle de la Pfannenstiel dans 98,6 % des cas et la médiane sous ombilicale 1,4% des cas.

- Formes anatomiques et constatations per opératoires

En per opératoire, la GEU était rompue dans 113 cas (80,1 %) et non rompue dans 28 cas (19,9 %). Parmi les grossesses extra-utérines rompues, nous avons constaté : 76,1% de ruptures cataclysmiques ; 10,6% de fissurations ; 7,1 % d'hématocèles

enkystés et 6,2 % d'avortements tubo-abdominal. La perte sanguine variait de 50 à 3000 ccs avec une moyenne de 987,9 cc.

La localisation de l'ectopie sur la trompe droite a été retrouvée chez 72 patientes soit 51,1%, contre 69 cas de localisation gauche de l'ectopie, soit 48,9%. Nous n'avons pas rencontré de cas de grossesse extra-utérine bilatérale.

Les différentes localisations des grossesses extra-utérines sont représentées dans la figure 2. Dans 4 cas, il s'agissait de grossesses hétérotopiques, soit 2,83%.

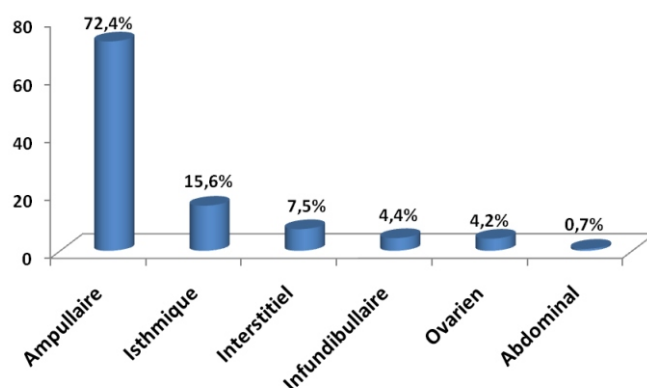


Figure 2 : Répartition des patientes selon le siège anatomique de la GEU (n = 141).

La localisation était tubaire chez 95% des patientes (134 cas). La trompe controlatérale était pathologique chez 49 patientes, soit 34,7%.

• Gestes opératoires

Le traitement radical a été pratiqué dans 94,2%, contre 5,6% de traitement chirurgical conservateur.

• Résultats anatomo-pathologiques

Nous avons collecté 25 comptes rendus d'anatomo-pathologie sur 141 examens demandés soit 17,7% de taux de réalisation. L'histologie a mis en évidence :

- 10 cas sans particularités soit 40% ;
- 12 cas d'endosalpingites chroniques oblitérantes soit 48% ;
- 2 cas de lésions tubaires inflammatoires soit 8% ;
- 1 cas de dystrophie ovarienne soit 4%.

2.1. Evolution/Pronostic

• Les suites opératoires

Les suites opératoires ont été compliquées (anémie et suppuration) chez 44 patientes soit 31,2%. Aucun cas de décès n'a été enregistré au cours de notre période d'étude.

• Durée d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation variait de 4 à 13 jours avec une moyenne de 5 jours. Elle a été de 4 à 5 jours chez 83,6%(118 patientes), de 6 à 9 jours chez

15,6%(22 patientes) et de 13 jours pour un cas de suppuration pariétale (0,7%).

DISCUSSION

3.1. Epidémiologie

- Fréquence

Dans notre étude, la fréquence de la GEU était de 1,7% accouchements, soit une GEU pour 58 accouchements à Ouagadougou et de 4,1 % des accouchements soit 1 GEU pour 24 accouchements au CHU Yalgado Ouédraogo. Cette fréquence hospitalière de la GEU est plus élevée par rapport aux séries hospitalières africaines [8, 9, 20, 23, 24]. En effet, les fréquences rapportées varient de 0,87 à 2,38 % des accouchements.

- Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

L'âge moyen de survenue de la GEU dans notre étude était de 29 ans. Cette moyenne d'âge est identique à celle rapportée par Cissé au Sénégal [6], Meyé au Gabon [16] et Monnier en France [17], qui trouvaient également un âge moyen de 29 ans. Elle est également proche de celles de Sy à Conakry [24] qui trouvait un âge moyen de 28,9 ans.

La répartition des patientes par rapport à la parité

montre que les paucipares sont les plus touchées avec 41,2%, suivis des primipares et des nullipares avec respectivement 24,8 et 23,40%.

La parité moyenne de 1,7 dans notre série est moins élevée que celles rapportées par des études au Sénégal et en Centrafrique soit respectivement 3 et 2,6 [6, 22]. La prédominance des GEU chez les nullipares, primipares et paucipares s'expliquerait par la fréquence élevée et cumulée de leurs facteurs de risque.

Dans notre série, un antécédent de GEU a été retrouvé dans 6,3 % des cas. Fernandez, Picaud et Sy [11, 20, 24], trouvaient respectivement 3,4%, 7,4%, 8,8% et 78%.

3.2. Etude clinique

Chez les patientes opérées de GEU, les douleurs pelviennes étaient observées dans 96,4% et l'aménorrhée dans 72,3%. Les métrorragies relativement moins fréquentes que les douleurs et l'aménorrhée étaient de 56,7%. La triade douleurs pelviennes-aménorrhée-métrorragies a été retrouvée chez 50 patientes, soit 35,4% des cas. Nos résultats sont superposables à ceux rapportés par de nombreux auteurs (tableau 3).

Tableau 3 : Comparaison de la triade fonctionnelle (en pourcentage) à celles d'autres auteurs.

%	Douleur pelvienne	Aménorrhée	Métrorragie
Notre série	96,4	72,3	56,7
Bamouni [1]	94,8	70,4	56
Méyé [16]	91,1	81,6	66,7
Moreau [18]	97	92	67
Sepou [22]	85,5	87,9	52,6
Sy [24]	92,2	98	62,7

Chacun des signes fonctionnels était associé à au moins un autre signe fonctionnel. La douleur pelvienne, seule, est apparue de façon isolée dans 7,9% des cas.

Dans notre étude, l'état de choc a été retrouvé chez 32,6 % des cas, ce qui rejoint les résultats obtenus dans les études africaines [13, 14, 24] alors qu'il est largement supérieur aux taux retrouvés dans les pays occidentaux [11, 17] où le diagnostic est précoce avant la rupture. En effet, dans notre série, la culdocentèse a ramené du sang incoagulable dans 71,8%.

Le délai de consultation moyen était de 17,2 jours. Ce qui expliquerait sans doute la fréquence élevée des complications telles que les ruptures cataclysmiques avec inondation péritonéale (76,1%). Les patientes admises directement et traitées dans les structures de prise en charge (CHU, CMA et cliniques privées) sans un papier de référence d'une formation sanitaire représentaient 26,2 %.

L'ordre d'utilisation des formations sanitaires préconisé par le système de santé, à savoir du domicile au CSPS, puis référés aux différentes

structures de prise en charge adéquate a été respecté par 73,8 % de nos patientes. Le taux de références des niveaux secondaires vers le CHU reste élevé du fait de l'insuffisance de personnel qualifié, de boîtes de chirurgie, des ruptures en produits sanguins ou en produits anesthésiques.

3.1. Prise en charge

Dans notre série, 98,5% des patientes ont été opérées le jour même de leur admission, avec 11,3% en moins d'une heure. Gandzien [12] à Brazzaville, trouvait que 89,9% des patientes ont été opérées le jour même de leur admission avec 16,6% en moins d'une heure. Le délai moyen de prise en charge était de 3h33 mns.

Le traitement médicamenteux par le méthotrexate décrite dans la littérature n'a pas été utilisé faute de diagnostic tardif des GEU. D'où la nécessité de mettre l'accent sur la sensibilisation des femmes afin qu'elles consultent précocement les centres de santé en cas de retard du cycle accompagné de douleurs pelviennes et/ou surtout de saignement vaginal. Dans les pays développés, le traitement médical et la coelochirurgie conservatrice constituent les meilleures méthodes de prise en charge des GEU. Selon Duggal et Coll. [10] dans les pays développés plus de 80% des GEU sont traités par laparoscopie.

En per opératoire, nous avons retrouvé que 80,1% des GEU étaient rompues. Ces chiffres rejoignent ceux des séries africaines et asiatiques. En effet, Musa et Coll. au Nigeria, Majhi et Coll. en Inde et Pradhan et Coll. au Népal trouvaient respectivement, 86,9 ; 70,2 % et 42,5 % [15, 19, 21] de GEU rompues.

Nous avons retrouvé une localisation tubaire plus fréquente avec 95% des cas. Parmi ces nidations tubaires, la localisation ampullaire prédomine avec 72,4%, suivie de celle isthmique avec 15,6%. Nos résultats corroborent ceux de la littérature qui rapporte 70% de localisations ampullaires, suivies de 15% de localisations isthmiques [4].

Les localisations ovariennes et abdominales ont été respectivement observées dans 4,2% et 0,7%. Ces localisations ne sont pas aussi rares comme le disait Fernandez [11] qui trouvait moins de 2% de localisations ovariennes. Gandzien et Coll. [12] à Brazzaville, trouvaient des taux respectifs de 5,5% et 2,7%. Bouyer et Coll. [3] en France, trouvaient respectivement 3,2% et 1,3% de GEU ovariennes et abdominales.

Dans notre série, la prise en charge de la GEU a été par laparotomie pour l'ensemble de nos patientes. Le traitement conservateur par césarienne tubaire n'a été pratiqué que dans 5,6% des cas, contre

94,3% de chirurgie radicale. Notre taux élevé de traitement radical (salpingectomie, ovariectomie, annexectomie), pourrait s'expliquer par la consultation tardive des patientes, ainsi qu'au diagnostic tardif des GEU au stade d'inondation péritonéale.

L'annexectomie s'est imposée dans 2,1% des cas, tenant aux adhérences de l'ovaire, réduisant ainsi les chances d'une fertilité ultérieure. L'état de la trompe controlatérale est très déterminant dans la fertilité ultérieure. Elle était pathologique dans 34,7% des cas. Le taux de réalisation de l'examen histopathologique était de 17,7%. Il a permis la mise en évidence de lésions d'endosalpingites chroniques oblitérantes et de lésions tubaires inflammatoires.

Les complications anémiques et infectieuses post opératoires ont été retrouvées dans 30,5% et 0,7% des cas. Ces données sont moins importantes que celles rapportées par Sy et Coll. [24] à Conakry qui trouvaient 60,8% d'anémie et 3,9% de suppuration pariétale. Aucun cas de décès n'a été enregistré dans les suites opératoires.

CONCLUSION

La grossesse extra utérine est fréquente dans la ville de Ouagadougou. Son diagnostic reste tardif imposant une chirurgie radicale et entraînant une morbidité anémique importante. Afin d'améliorer le pronostic de la GEU, des efforts doivent être faits dans le cadre du renforcement du plateau technique et de la sensibilisation des femmes en âge de procréer pour la reconnaissance des signes d'appels et la consultation précoce au moindre problème.

REFERENCES

1. Bamouni Y.A, Dao B, Bazié A.J, Yara J.P, Taoko A. Place de l'échographie dans le diagnostic des grossesses extra-utérines au CHNSS. *Med Afr noire* 1997; 44(4) : 233-237.
2. Bernoux A, Job-Spira N, Germain E, Coste J, Bouyer J. Fertility outcome after ectopic pregnancy and use of an intra-uterine device at the time of the index ectopic pregnancy. *Hum Reprod* 2000; 15: 1173-7.
3. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Pouly JL, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod* 2002; 17: 3224-30.
4. Charpron C, Fernandez H, Dubuisson J. Le traitement de la GEU en l'an 2000. *J. Gyn.et biol. Repro.* 2000; 29(4): 351-61
5. Chow WH, Daling JR, Cates W, Greenberg RS. Epidemiology of ectopic pregnancy. *Epidemiol Rev*

1987;9: 70-94.

6. Cisse Tidiane Cheikh, Diadhiou Fadel. Grossesse extra-utérine au Sénégal. *Cahier Santé* 2002; 12(2) : 271-274(29).

7. Coster J, Bouyer J, Job Spira N. Epidémiologie de la grossesse extra-utérine : incidence et facteur de risque. *Contraception, fertilité, sexualité* ISSN 1157-8181. 1996; 24(2) : 135-139.

8. Diallo FB, Diallo AB, Diallo TS, Camara AY, Baldem A, Diallo Y, Diallo MS. Grossesse extra-utérine: Aspects épidémiologique et thérapeutique au service de gynécologie obstétrique du CHU Ignace DEEN. *Médecine d'Afrique Noire* 1999 ; 46(10) : 442-445.

9. Diallo FB, Idin, Vangeenderhuysen C, Tahirou AL M, Baraka D, Hadiza I, Sahabi, Garba M, Labo I. La grossesse extra-utérine à la maternité centrale de référence de Niamey : Aspects diagnostic, thérapeutique et pronostic. *Médecine d'Afrique Noire*. 1998 ; 45(6) : 365-69.

10. Duggal BS, Tarneja P, Sharma RK, Rath SK, Wadhwa RD. Laparoscopic management of ectopic pregnancies. *MJAFI* 2004; 60: 220-3.

11. Fernandez H., Gervaise A. Ectopic pregnancies after infertility treatment: modern diagnosis and therapeutic strategy. *Hum Reprod Update* 2004; 10(6):503-15.

12. Gandzien P. C, Ekoundzola J. R. La grossesse extra-utérine a l'hôpital de Talangai. *Med Afr Noire* 2006; 53 (8/9).

13. Lankoande J, Goumbri O, Thieba B, Ouedraogo A, Ouattara T, Sigue D. Aspects clinique et histo-pathologiques de la grossesse extra-utérine(GEU) à Ouagadougou. *Guinée Médicale*, 2003; 41 : 58-63.

14. Lankoande J, Sanou J, Ouedraogo C.M.R, Ouedraogo A, Bonnane B, Dao B, Toure B, Kone B. Aspects particuliers de la grossesse extra-utérine en milieu Africain : A propos de 124 observations en 1995 à Ouagadougou. *Rev. Afr. Anesth. Med. Urgence*, 1999; 4(1) : 35-39.

15. Majhi AK, Roy N, Karmakar KS, Banerjee PK. Grossesse extra-utérine - une analyse de 180 cas. *Journal Médical Association indienne*. 2007 ; 105 (6): 308-312.

16. Meye Jean-Francois, Sima-Zue Adrien, Sima Ole Boniface. Aspects actuels de la grossesse extra-utérine à Libreville à propos de 153 cas. *Cahier Santé* 2002; 12(4) : 405-408.

17. Monnier-Barbarino.P. Grossesse extra-utérine : apport des examens para cliniques hors échographie. *J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod.*2003 ; 32(7) :39-53.

18. Moreau JC, Rupari L, Dionne P, Diouf A, Diouf F, Boye CS, Woto GG, Mendes V, Bah MD, Diadhiou F.... Epidemiological and anatomoclinical feature of extra-utérine pregnancies at the Dakar University Hospital Center. *Dakar Med* 1995; 40: 175-9.

19. Musa J, Daru PH, Mutahir JT, Ujah IA. Une grossesse ectopique à Jos Nord du Nigeria: prévalence et l'impact sur la fertilité ultérieure. *Niger Med J*. 2009; 18 (1):35-8.

20. Picaud A, Nlome-Nze AR, Faye A. Evolution de la fréquence de la grossesse à Libreville(Gabon) de 1977 à 1989.*Médecine d'Afrique Noire*, 1992; 39(12) 798-805.

21. Pradhan P, Thapamagar SB, Maskey S. Un profil de la grossesse extra-utérine au Népal Collège Hôpital enseignement médical. *Nepal Med J. Coll* déc 2006; 8 (4):238-42.

22. Sepou A, Yanza M.C, Nguembi E, Goddot M, Nali M-N... Aspects épidémiologique et clinique de 116 cas de grossesse extra-utérine à l'hôpital communautaire de Bangui. *Med Afr Noire* 2003; 50(10) : 405-412.

23. Swende TZ, Jogo AA. Rupture de grossesse tubaire à Makurdi, centre-nord du Nigeria. *Niger Med J*. 2008; 17 (1) :75-7.

24. Sy T, Diallo Y, Toure A, Diallo FB, Balde AA, Hyjazi Y, Diallo MS. Prise en charge de la grossesse extra-utérine à Conakry(Guinée). *Médecine Tropicale* 2009; 69(6): 565-568.