

PLACE DE LA CŒLIOSCOPIE D'ADHESIOLYSE ET DE PRONOSTIC APRES TRAITEMENT MEDICAL DES GROSSESSES EXTRA UTERINES CHEZ LA FEMME CAMEROUNAISE.

Belley Priso E ^{1,2}, Nana Njamen T ¹, Mboudou E ², Egbe Obenchemti T¹ Doh AS ²

1) Service de Gynécologie-Obstétrique (Hôpital Général de Douala)

2) Département de Gynécologie-Obstétrique (Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales UY1)

Correspondance et tirés à part : Docteur Belley Priso Eugène. BP 4856 Douala

Tél. : 00237 33 37 02 50 33 37 02 52/ Fax : 00 237 33 37 01 46

E-mail : robelsogene@yahoo.fr / mzambou@yahoo.fr

RÉSUMÉ

But : montrer l'intérêt d'une cœlioscopie d'adhésiolyse et de pronostic après traitement médical de la grossesse extra-utérine dans nos contrées.

Matériel et Méthode : il s'agissait d'une étude rétrospective dans le service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Général de Douala de janvier 1999 à janvier 2008, portant sur des comptes-rendus opératoires bien documentés chez des patientes ayant eu une laparotomie ou une coelochirurgie pour grossesse extra-utérine.

Résultats : 122 patientes ont été incluses dans l'étude. La laparotomie avait concerné 84 patientes (68,85%) et la coelochirurgie 38 patientes (31,15%). Dans 93 (76,22%) nous avons observé des séquelles de maladie inflammatoire pelvienne chronique. Les adhérences annexielles étaient controlatérales à l'ectopique dans 59 (48,36%) et ipsilatérales dans 90 (73,77 %).

Conclusion : Une cœlioscopie, à visée d'adhésiolyse éventuelle et de pronostic en terme de fertilité ultérieure est indiquée après traitement médical de la GEU dans notre milieu.

Mots clés : Grossesse extra-utérine - traitement médical. – adhérences – coelochirurgie

SUMMARY

Objective: To illustrate the importance of laparoscopic surgery in the treatment of adhesions and prognosis following medical treatment of ectopic pregnancy in our milieu.

Material and Method: We conducted a retrospective study in the Obstetrics and Gynaecology Service of the Douala General Hospital, from January 1999 to January 2008. Postoperative notes of patients who underwent laparoscopy or laparotomy for ectopic pregnancy were reviewed.

Results: 122 files were included in the study. Laparoscopic surgery was performed on 84 patients (68.85%) while laparotomy was performed on 38 patients (31.15%).

Complications of chronic pelvic inflammatory disease were observed in 93 patients (76.22%). Adnexal adhesions were contralateral to the ectopic site in 59 patients (48.36%) and homolateral in 90 patients (73.77%).

Conclusion: Laparoscopic surgery for treatment of adhesions and improvement of fertility outcome is highly recommended after successful medical treatment of ectopic pregnancy.

Key words: Ectopic pregnancy, medical treatment, adhesions-laparoscopic surgery.

INTRODUCTION

La grossesse extra-utérine (GEU) fait partie des causes de mortalité maternelle au Cameroun, avec une prévalence de 1,3 pour 100 grossesses [1]. Sa prise en charge au Cameroun est essentiellement chirurgicale (laparotomie, coelioscopie) ou médicale (protocole méthotrexate). Les critères utilisés dans notre environnement pour décider du traitement médical des GEU sont ceux de Fernandez [2]. Il s'agit de critères obtenus sur une population potentiellement moins exposée aux séquelles adhérentielles des maladies inflammatoires pelviennes contrairement à la nôtre (Tableau III), et surtout dans un environnement sanitaire bien outillé en matière de gestion des urgences chirurgicales. Car ne l'oublions pas : des échecs au traitement médical des grossesses extra-utérines existent et peuvent d'emblée se manifester par des signes de rupture cataclysmique ! Au demeurant existe-il réellement une place pour le traitement médical des grossesses extra-utérines chez la femme Camerounaise ?

Le but de notre étude était de décrire les aspects opératoires d'une série de patientes camerounaises opérées par laparotomie ou par coelioscopie pour grossesse extra-utérine.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au Service de Gynécologie et d'Obstétrique de l'Hôpital Général de Douala. Seuls les dossiers médicaux bien documentés des patientes qui avaient bénéficié d'une laparotomie ou d'une coelioscopie pour grossesse extra-utérine entre janvier 1999 et Janvier 2008 avaient été analysés. Les variables prises en compte étaient essentiellement : l'âge, la parité, les antécédents chirurgicaux, les antécédents de maladie inflammatoire pelvienne à *Chlamydia trachomatis* (Taux sérique d'IgG \geq 128), les antécédents d'avortement provoqué ou spontané, les trouvailles opératoires, la confirmation biologique (beta-hCG plasmatique $>$ 10 UI) et anatomopathologique de la grossesse extra-utérine.

RÉSULTATS

Pendant la période de l'étude, nous avons examiné 122 dossiers médicaux des patientes Camerounaises d'âge moyen $28,81 \pm 06$ ans (20 – 42), constituées de : 42 de nullipare (34,21%), 58 de paucipare (47,37 %) et 22 de multipare

(18,42 %). Le traitement chirurgical avait été réalisé dans 84 (68,85 %) par coelioscopie et dans 34 (31,15%) par laparotomie.

ANDECEDENTS	Nombre	Pcent
A- Avortement	77	63,11
-Avortement provoqué	67	54,91
-Avortement spontané	10	8,19
B- Chirurgicaux	61	50
Tuboplastie	23	18,85
Salpingectomie pour GEU	23	8,85
Césarienne	10	8,19
Abcès pelvien	3	2,45
Myomectomie	3	2,45
C-Médicaux		
Maladie inflammatoire pelvienne à <i>Chlamydia trachomatis</i>	84	68,85

Tableau II : Données opératoires

A-Pathologies observées	N	Pcent
Séquelles de maladie inflammatoire pelvienne	93	76,22
Annexe controlatérale à l'ectopique :		
Adhérences	59	48,36
Phymosis tubaire	23	18,85
Hydrosalpinx	20	16,39
Annexe homolatérale à l'ectopique :		
Adhérences annexielles	90	73,87
B - Pas de pathologie observée	29	23,77

Par ailleurs la localisation de l'ectopique était : ampullaire dans 106 (86,88%), isthmique dans 13 (10,65 %), cornuale dans 4 (3,27 %) et abdominale (cul de sac du Douglas) dans 1 (0,81 %).

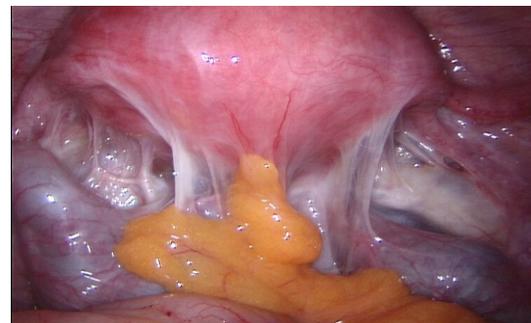


Figure 1 : Adhérences utéro-annexo-épiploïques

DISCUSSION

En dehors du tabagisme non retrouvé dans notre série, tous les principaux facteurs de risque de la littérature sont retrouvés chez nos patientes avec une forte prédilection pour les infections génitales sexuellement transmissibles à *Chlamydia trachomatis* et les avortements provoqués [1,3,4,5,6].

Les adhérences, séquelles infectieuses et inflammatoires des infections tubaires, sont responsables des GEU par ralentissement du transit tubaire de l'œuf : elles forment des ponts dans la lumière des trompes, coudent les trompes, agglutinent les franges du pavillon et encapsulent les ovaires. En fonction de la sévérité de l'infection il peut se produire une fibrose de la paroi tubaire, voire une déciliation de la muqueuse tubaire. Cela peut avoir un impact sur la fertilité ultérieure [7,8,9]. Cependant les critères de Fernandez ne prennent pas en compte les adhérences annexielles, véritables pièges responsables des GEU [2]. C'est ainsi qu'un traitement médical de la GEU dans notre contexte traduit en réussite la restauration de la perméabilité tubaire, sans toutefois changer le risque potentiel de récurrence, lequel est majoré chez nos patientes en raison des adhérences annexielles très probables dans au moins $\frac{3}{4}$ des .

Les arguments comparatifs présentés au tableau suivant montrent la forte exposition de nos populations aux séquelles adhérencielles des maladies inflammatoires pelviennes :

Tableau III : Arguments comparatifs entre la France et notre milieu

NOTRE CONTEXTE	CONTEXTE DE LA FRANCE
Avortement provoqué (souvent en dehors du milieu hospitalier)	Avortement provoqué (toujours en milieu hospitalier)
Prise en charge souvent tardive et pas toujours adéquate des infections sexuellement transmissibles	Prise en charge souvent précoce et adéquate des infections sexuellement transmissibles
Avortement non légalisé favorisant la pratique clandestine	Avortement légalisé

Le traitement médical a sa place dans notre contexte, à condition qu'en cas de réussite les patientes bénéficient dans les brefs délais d'une coelochirurgie : elle vise à pratiquer potentiellement des adhésiolyse fines avec un faible risque de création d'adhérences, voire de

reformation d'adhérences que l'on peut observer dans la laparotomie [10]. Une néostomie ou une fimbrioplastie seront pratiquées respectivement en cas d'hydrosalpinx ou de phymosis afin d'améliorer la fertilité ultérieure. Cette coelochirurgie va par ailleurs permettre d'établir le pronostic en termes de fertilité ultérieure et de risque de récurrence en fonction du score thérapeutique proposé par Pouly et al [11]. Cette stratégie va certainement aider les patientes jeunes de mauvais score à bénéficier d'une assistance médicale à la procréation à un âge qui ne leur sera pas préjudiciable [11,12]. En revanche dans certaines situations exceptionnelles (patientes de faible pouvoir d'achat sans facteur de risque de GEU...) on pourra sursoir à cette démarche.

Dans notre série 4 patientes opérées en urgence dans un contexte d'effondrement hémodynamique étaient des cas d'échec au traitement médical, suivies en externe. Il s'agit d'une situation à prendre très au sérieux dans notre environnement où la grossesse extra-utérine fait partie des causes de mortalité maternelle. Au demeurant, nous recommandons les mesures suivantes :

- Le traitement médical doit se faire chez une patiente hospitalisée jusqu'à la guérison biologique (retour à la normale des bêta-hCG);
- L'équipe médicale et paramédicale du service doit veiller au respect scrupuleux du protocole de surveillance clinique et paraclinique, et être prête à intervenir précocement devant tout indicateur d'échec. Ceci permettra non seulement de réduire le risque de morbi-mortalité, mais de donner la chance à la patiente de bénéficier autant que faire se peut de la coelochirurgie dont l'intérêt est prouvé sur la laparotomie [10, 13, 14, 15].

CONCLUSION

Sous réserve d'une étude plus étendue, notre étude montre que les grossesses extra-utérines dans notre milieu sont essentiellement tubaires et surviennent dans un contexte d'adhérences annexielles au moins dans les trois quarts des. Malgré le taux de succès de 80,96% (68 sur 84) observé chez la femme Camerounaise [16], le traitement médical sur la base exclusive des critères de Fernandez ne saurait être suffisant, à cause d'un fort risque de récurrence. C'est pour cela que nous préconisons dans les cas de réussite du traitement médical, une coelochirurgie à visée d'adhésiolyse éventuelle et de pronostic en termes de fertilité ultérieure. Il

va sans dire que cette démarche tiendra compte de certaines patientes dont le profil peut nous amener à la retenue.

REFERENCES

- 1-Kouam L , Kamdom Moyo J,Ngassa P, Doh AS., Saliu HM.
Management of ectopic pregnancy by laparotomy and subsequent fertility
Journal of Obstetrics and Gynaecology 18(2): 169-170, 1998.
- 2- Fernandez H, Lelaidier C, Touvenez V, Frydman R.The use of pretherapeutic predictive score to determine inclusion criteria for the non-surgical treatment of ectopic pregnancy. Hum Reprod 6: 995-8, 1991.
- 3- Chow W, Dailin JR, Cates W, Greenberg RS. Epidemiology of ectopic pregnancy. Epidemiol Rev 9: 70-94, 1987.
- 4- Bouyer J, Coste J, Shojaei T, Pouly JL, Fernandez H, Gerbaud L, et al. Risk factors of ectopic pregnancy : a comprehensive analysis base on a large e-control population base study in France. Am J Epidemiol 157: 185-94, 2003.
- 5- Egger M, Low N, Smith GD, Linblom B, Herman R. Screening for Chlamydia infections and the risk of ectopic pregnancy in a country in Sweden : ecological analysis. Br Med 316: 1776-80, 1998.
- 6- Baron JA, La Vecchia C, Levi F. The antiestrogenic effect of cigarette smoking in women . Am J Obstet Gynecol 162: 502-14, 1990.
- 7- Erny R, Dusou MJ, Garcia M. Grossesses extra-utérines récidivantes. Dans : Progrès en gynécologie grossesse extra-utérine . Doin Editeurs-Paris pp. 85-94, 1988.
- 8- Drolette CM, Badaway SZA. Pathophysiology of pelvic adhesions. J Reprod Med, 37, 107-121, 1992.
- 9- Berger G, Westrom L. Treatment of ectopic pregnancy after pelvic inflammatory disease.

(Eds) New York. Raven Press, pp 139-162, 1992.

- 10- Lunderoff P, Thorburn J, Hahlin M, Kalifelt B, Lindblom B. Laparoscopic surgery in ectopic pregnancy: a randomised trial versus laparotomy. Acta Obstet Gynecol Scand 70: 343-8, 1991.
- 11- Pouly JL, Chapron C, Manhès H, Canis M, Wattiez A, Bruhat MA. Multifactorial analysis of fertility after conservative laparoscopic treatment of ectopic pregnancy in a series of 223 patients. Fertil Steril 56: 453-60, 1991.
- 12- RongièrèsC, Kattygnarath V. Grossesse extra-utérine: conséquences pour la fertilité ultérieure et facteurs décisionnels d'une prise en charge en assistance médicale à la procréation. J Gynecol Obstet Biol Reprod 32 (suppl au N° 7) : 3S83-3S92, 2003.
- 13-Murphy AA, Nager CW, Wujek JJ, Kettel MM, Torp VA, Chin HG. Operative laparoscopy versus laparotomy for the management of ectopic pregnancy : a prospective trial. Fertil Steril 57: 1180 – 5, 1992.
- 14 – Seifer DB, Gutman JN, Grant WD, Kamps CA, DeCherney AH. Comparison of persistent ectopic pregnancy after laparoscopic salpingotomy for ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 81: 1180-5, 1993.
- 15- Gray DT, Thorburn J, Lunderoff P, Strandell A, Lindblom B. A cost effectiveness study of a randomised trial of laparoscopy versus laparotomy for ectopic pregnancy. Lancet 345:1139- 43, 1995.
- 16- Mboudou E, Ndoumba A, Foumane P, Ze Minkande J, Belley Priso E, Nnang GM, Doh AS. Traitement médical de la grossesse extra-utérine par utilisation de methotrexate intramusculaire en milieu Africain. J Afr Imag Méd 2(4) :234-240, 2007.