

ARTICLE ORIGINAL

GROSSESSE EXTRA UTERINE AU CHU DU POINT "G" : TRAITEMENT MEDICAL VERSUS CÉLIOCHIRURGIE

EXTRA-UTERINE PREGNANCY IN UHC OF POINT "G": MEDICAL TREATMENT VERSUS CELIOSURGERY

KEITA S¹., **THERA T².**, **KOUMARE S¹.** **ONGOIBA I².**, **SOUMARE L¹.**, **SACKO O¹.**,
CAMARA A¹., **CAMARA M¹.**, **SISSOKO M².**, **SISSOKO A².**, **COULIBALY A².**,
COULIBALY Y³., **KOITA A¹.**, **SANOZO ZZ¹**

1 : Service de Chirurgie Générale et Laparoscopique du CHU du Point "G".

2 : Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU du Point "G".

3: Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU Gabriel TOURE

**Auteur correspondant : KEITA Soumaïla, Chirurgien généraliste,
Service de chirurgie « A » CHU du Point G Bamako. BP : 333 Bamako,
République du Mali. E-mail : keita_soumi@yahoo.fr Tel : (00223)
66714040**

RÉSUMÉ

OBJECTIFS : Le but de ce travail est de comparer les résultats de la prise en charge de la GEU par le traitement médical au méthotrexate et par la chirurgie cœlioscopique au CHU du Point "G".

METHODOLOGIE : étude rétrospective descriptive sur cinq ans (janvier 2010 à décembre 2014) dans le service de chirurgie générale et laparoscopique et le service de gynécologie - obstétrique du CHU du Point "G". Ont été incluses, les patientes admises et prises en charge pour GEU de localisation tubaire, par un traitement médical au méthotrexate ou par chirurgie laparoscopique.

RESULTATS : Les dossiers cliniques de soixante et une patientes ont été colligés et repartis en deux groupes : un groupe de traitement médical (GM) avec 29 patientes et un groupe de cœliochirurgie (GC) avec 32 patientes. La GEU représentait 1,8% des urgences obstétricales dans le GM et 2,2% des activités de chirurgie laparoscopique dans le GC. L'âge moyen des patientes dans les deux groupes était de 32,3 ans avec des extrêmes de 16 ans et 42 ans. La triade aménorrhée douleur pelvienne et métrorragie a été retrouvée dans 42% dans le

GC et 22% dans le GM. Hématosalpinx non compliqué a été observé dans 82,7 dans le GM contre 40,6% dans le GC. L'échec du traitement médical était observé dans 31%.

La salpingectomie en cas de chirurgie laparoscopique a été pratiquée dans 6,3%. Le retour à la fécondité a été observé dans 15,4% dans le GM dont 10,4% de grossesses à terme et 5% de récurrence de GEU, il était de 25% dans le GC avec 15,6% de grossesses à terme et 9,3% de récurrence de GEU. La mortalité était nulle dans les deux groupes.

CONCLUSION : les deux méthodes sont réalisables et reproductibles dans le contexte de travail au CHU du Point "G" au prix d'un respect des indications, chacune ayant prouvé ses avantages et ses limites.

Mots-clés : GEU, Méthotrexate, cœliochirurgie, Point "G" .

OBJECTIVES: This study aimed to compare the results of the management of EUP after treatment with methotrexate and the laparoscopic surgery method at the UHC of Point "G". **METHODOLOGY** : A five-year (January 2010 to December 2014) retrospective and descriptive study was conducted in the General and Laparoscopic

*Surgery and the Gynecology - Obstetric Departments of the UHC of Point "G". Patients admitted and treated for EUP with tubal localization by medical treatment with methotrexate or by laparoscopic surgery were included in this study. **RESULTS:** The clinical records of sixty-one patients were grouped into two groups: a medical treatment group (GM) with 29 patients and a laparoscopic group (CG) with 32 patients. EUP accounted for 1.8% of obstetric emergencies in GM and 2.2% of laparoscopic surgery activities in the GC. The average age of patients in both groups was 32.3 years old with extremes of 16 and 42 years old. The triad amenorrhea, pelvic pain and metrorrhagia were found in 42% in the GC and 22% in the GM. Uncomplicated*

*haematosalpinx was observed in 82.7% in the GM against 40.6% in the GC. The medical treatment failure was observed in 31%. Salpingectomy for laparoscopic surgery was performed in 6.3%. The reoccurrence of fertility was observed with 15.4% in GM including 10.4% of term pregnancies and 5% in recurrence of EUP; It was 25% in the GC with 15.6% in term pregnancies and 9, 3% of recidivism. Mortality was zero in both groups. **CONCLUSION:** The two methods are feasible and reproducible in the context of the Point "G" Hospital Center in respecting the indications, each having proved its advantages and limits. **Key words:** GEU, Methotrexate, Laparoscopy, Point "G", Bamako*

INTRODUCTION

Au Mali la grossesse extra -utérine (GEU) occupe le deuxième rang des urgences gynécologiques et obstétricales après la césarienne [1]. Il s'agit d'une pathologie grave, pouvant mettre en jeu le pronostic vital au cours du premier trimestre de la grossesse et compromettre la fertilité ultérieure. L'existence actuelle des moyens de diagnostic (morphologiques et biologiques) à un stade précoce de la GEU ont permis de nouvelles possibilités thérapeutiques moins invasives. L'objectif étant de préserver la fertilité ultérieure, limiter le risque de récurrence et la morbidité thérapeutique [2]. Le choix reste controversé dans notre contexte de travail entre le traitement médical et la cœliochirurgie, chacun ayant ses avantages, ses contraintes et ses limites.

Le but de ce travail est de comparer les résultats de la prise en charge de la GEU par le traitement médical au méthotrexate et par la chirurgie cœlioscopique au CHU du point "G".

PATIENTES ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive sur une période de cinq ans (janvier 2010 à décembre 2014) dans le

service de chirurgie générale et laparoscopique et le service de gynécologie - obstétrique du CHU du Point "G".

Ont été incluses, les patientes admises et prises en charge pour GEU de localisation tubaire, par un traitement médical au méthotrexate (MTX) ou par chirurgie laparoscopique.

N'ont pas été retenus les GEU de localisation autre que tubaire, les cas de conversions en laparotomie.

Le diagnostic reposait sur les signes cliniques, les résultats de la biologie et de l'échographie pelvienne. Un bilan standard d'opérabilité était réalisé chez l'ensemble des patientes (groupage rhésus, NFS, glycémie, créatininémie)

L'indication du traitement conservateur reposait sur l'absence de signe clinique évocateur de rupture tubaire et aussi sur l'existence d'un état hémodynamique stable. La méthode médicale utilisait un protocole de traitement au méthotrexate selon le protocole:

- J0 : MTX 1mg/kg en IM
- J4 : dosage des β HCG si diminution de 15% de J0, dosage à J7

- J7 : dosage des β HCG si J7 < J4, sortie de la patiente avec un suivi en ambulatoire et un dosage hebdomadaire des β HCG jusqu'à négativation. L'échec était confirmé par la rupture de l'hématosalpinx et/ou la persistance ou l'augmentation des β HCG après administration de la deuxième dose de MTX. La suite de la prise en charge se faisait par laparotomie ou laparoscopie. La méthode chirurgicale utilisait une colonne de coelioscopie placée au pied de la table avec une instrumentation faite de dispositifs pour la plupart réutilisables. Toutes les patientes ont été installées en décubitus dorsal et opérées sous anesthésie générale avec curarisation et intubation orotrachéale.

L'introduction du trocart d'optique de 10 mm de diamètre en trans ombilical avait été effectuée après open et un trocart de 5 mm dans chacune des fosses iliaques sous le contrôle de la vue.

Le premier temps a consisté en une exploration de la cavité péritonéale et une exposition du pelvis améliorée par la position de Trendelenburg. En cas d'hémopéritoine il a été procédé à une toilette péritonéale à l'aide d'un système d'irrigation-aspiration connecté sur une canule à crépine.

A l'issue de cette exploration, le diagnostic de la GEU était confirmé et la localisation anatomique précisée. Le geste chirurgical était fonction du score thérapeutique de Pouly

[3]. La règle étant au mieux le traitement conservateur de la trompe par salpingotomie, avortement tubo-péritonéal ou par expression tubaire trans-pavillonnaire. L'hémostase était réalisée par coagulation au bistouri bipolaire. Les paramètres étudiés ont été : la localisation anatomique, le stade évolutif, la faisabilité de la méthode, les facteurs de l'échec, les rapports bénéfice/risques.

Ethique : l'avis du comité d'éthique avait été pris en compte et l'anonymat des patientes était respecté.

RESULTATS

Les dossiers cliniques de soixante et une patientes ont été colligés et repartis en deux groupes : un groupe de traitement médical (GM) avec 29 patientes et un groupe de coelioscopie (GC) avec 32 patientes. La GEU représentait 1,8% des urgences obstétricales dans le GM et 2,2% des activités de chirurgie laparoscopique dans le GC. L'âge moyen des patientes dans les deux groupes était de 32,3 ans avec des extrêmes de 16 ans et 42 ans. Les antécédents d'infections

urogénétales ont été retrouvés dans le GC et 77,1 % dans le GM. L'aménorrhée était présente chez 60,3 % dans le

l'ensemble des patientes, l'association douleur pelvienne et métrorragie a été retrouvée dans 42% dans le GC et 22% dans le GM. La localisation tubaire droite était à 80% dans le GC et 66 % dans celui GM. Le siège de la GEU sur la trompe était ampullaire à 37% et pavillonnaire à 52% dans GC, il était ampullaire à 21,6% et pavillonnaire à 48%

la dans GM. La trompe controlatérale était d'aspect macroscopiquement satisfaisant à coelioscopie dans 68% des cas, pathologique dans 13% et absente dans 6%. Elle n'avait pas été décrite dans le GM.

Le **tableau I** décrit le stade évolutif de la GEU à l'échographie (GM) et à la coelioscopie (GC).

Tableau I : Stade de la GEU à l'admission

Stades évolutifs	Groupes				TOT AL
	Traitement médical		Traitement coelioscopique		
	Efficacité	Pourcentage	Efficacité	Pourcentage	
Hématosalpinx non compliqué	24	82,7	13	40,6	37
Hématosalpinx fissure	5	17,3	6	18,8	11
Avortement tubo-péritonéal	0	0	2	6,3	2
Rupture tubaire	0	0	11	34,3	11
Total	29	100%	32	100%	61

Les gestes coelioscopique et l'évolution de la GEU a J4 du traitement médical sont consignés respectivement dans le **tableau II** et le **tableau III**.

Tableau II : Geste cœliochirurgical

Thérapie réalisée	Effectifs	Pourcentage
Salpingectomie	2	6,3
Salpingotomie	20	62,5
Avortement tubo-péritonéal	2	6,3
Expression tubaire trans pavillonnaire	5	15,6
Aspiration-lavage	3	9,3
Total	32	100,0

Tableau III : Evolution de la GEU à J4 dans GM

Evolution	Effectifs	Pourcentage
Augmentation BHCG	3	10,3
Diminution BHCG < 15%	4	13,8
Diminution BHCG 15-50%	2	6,9
Diminution BHCG 50-80%	3	10,3
BHCG > 80%	4	13,8
BHCG non dosé	9	31,1
Rupture tubaire	4	13,8
Total	29	100,0

Le devenir de la GEU après traitement médical est décrit dans le **tableau IV**.

Tableau IV : Devenir de la GEU après traitement médical

Evolution finale	Effectifs	Pourcentage
Guérison après 1 ^{ere} dose de MTX	13	44,8
Guérison après 2 ^{eme} dose de MTX	7	24,2
Absence de guérison (Rupture)	9	31
Total	29	100,0

Une négativation des BHCG a été retrouvé

dans 85% avant le 30^{eme} jour, 10% entre 30 jours et 4 mois. L'échec du traitement médical se traduisait par la persistance ou l'augmentation du taux de BHCG et entraînant secondairement une rupture tubaire dont la prise en charge nécessitait une chirurgie. La conversion de la cœliochirurgie en laparotomie n'était pas considérée comme un échec du traitement chirurgical mais comme une garantie de sécurité dans la prise en charge des patientes. Un traitement radical à type de salpingectomie a été pratiqué dans 6,3% au cours du geste cœlioscopique. Le retour à la fécondité a été observé dans 15,4% dans le GM dont le devenir des grossesses a été de 10,4% de grossesses à terme et 5% de récurrence de GEU. Ce retour à la fécondité était de 25% dans le GC avec 5 grossesses à terme, 2 GEU et 1 cas d'avortement spontané. La mortalité était nulle dans les deux groupes. Aucune complication de type choc hypovolémique, d'accident d'installation, d'introduction de trocart de syndrome

douloureux pelvien ou d'infection de site de trocart n'avait été observée.

La sortie a été autorisée à J3 postopératoire dans 89,5% dans le GC et à J7 d'hospitalisation dans 69% dans le GM.

DISCUSSION

Les limites de l'étude ont été marquées par le caractère rétrospectif, la taille de l'échantillon dans les deux groupes et les critères de sélection des patientes n'incluant que certaines catégories de GEU.

Les fréquences de GEU de 1,8% et 2,2% observées au cours de cette étude sont comparables à celle retrouvée au Niger par NAYAMA [4] qui a rapporté une fréquence de 2,32%. La cœliochirurgie a été pratiquée dans le service de chirurgie générale et laparoscopique qui demeurait le seul de 2001 jusqu'en 2013 à pratiquer ce type de chirurgie avec l'expertise nécessaire mais aussi grâce au compagnonnage.

L'âge moyen des patientes était de 32,3 ans (extrêmes : 16 et 42 ans) comparable à celui de la littérature, cela correspond à la période de vie sexuelle active et de fécondité propice aux infections urogénitales retrouvées dans 77,1% dans le GC et 60,3 % dans le GM.

La triade aménorrhée, douleur pelvienne et métrorragie a été retrouvée dans 42% dans le GC et 22% dans le GM. Elle a une valeur prédictive négative sur le stade évolutif de la GEU pour les complications. Elle était de 58,5% dans l'étude de LOKOSSOU au Bénin en 2007 [5] et 78,5% dans de celle RANDRIAMBOLOLONA [6].

La trompe droite était concernée à 80% dans le GC et 66 % dans celui GM. Le siège de la GEU sur la trompe était ampullaire à 37% et pavillonnaire à 52% dans GC, il était ampullaire à 21,6% et pavillonnaire à 48% dans GM. Il s'agit de localisation retrouvé avec les auteurs avec des différences, BOUYER [7] avaient trouvé une localisation pavillonnaire à 10,1 % et ampullaire à 68,1 % ($P < 0,05$). La trompe controlatérale était d'aspect macroscopiquement satisfaisant à la

Le coût moyen de la prise en charge cœlioscopique a été de 153 000 francs CFA, il était de 37000 ± 12000 francs CFA en cas de traitement médical.

cœlioscopie dans 68% des cas, pathologique dans 13% non décrite dans le GM. Aucune localisation cervicale ni de GEU bilatérale était notée.

La taille de la GEU n'était pas décrite dans notre série, dans l'étude de BOUDHRAA [8] elle a été décrite dans 37,7% avec une moyenne de 3,17cm. Dans la littérature elle constitue un critère de choix dans la décision thérapeutique. Une taille de 5cm apparaît comme une limite au traitement conservateur. L'hémopéritoine faisant suite à la rupture de la trompe reste assez fréquente, elle était retrouvée à 33,3% ($N=16$) dans le GC avec une quantité moyenne de 340 cm^3 , liée à un retard du diagnostic ou dans la prise en charge. Aucune rupture tubaire n'était enregistrée dans le GM au stade initial ce qui était en accord avec l'indication de cette méthode réservée exclusivement aux formes non compliquées. La quantité d'hémopéritoine est un critère de gravité, elle est en nette régression dans les pays développés mais demeure une préoccupation dans les séries africaines.

Dans le GM le protocole choisi a été celui des doses multiples par le méthotrexate en injection intramusculaire à la dose de 1 mg/kg. De par son tropisme pour les cellules du trophoblaste, le MTX entraîne une destruction partielle mais suffisante des cellules pour interrompre le signal hormonal endogène et provoque la régression de la GEU.

Une diminution du taux de βHCG a été observée dans 44,8% pendant les 4 premiers jours après traitement avec 85% de négativation à la fin du premier mois de surveillance. Soit les taux grimpent avant d'amorcer une décroissance, soit ils baissent d'emblée. Cette élévation est due à deux

phénomènes : l'accélération initiale du métabolisme de β HCG par le MTX et la destruction cellulaire trophoblastique majorant son relargage systémique.

Le taux de β HCG au 7^{ème} jour doit être nettement inférieur à la valeur initiale du 1^{er} jour, si ce n'est le cas, une seconde dose de MTX est préconisée comme ce fut le cas dans notre série.

Une exacerbation de la douleur peut être notée dans les 24 heures post injection et persister jusqu'au 4ème jour. Elle correspond à la nécrose de la GEU ou à l'avortement tubo-abdominal de la GEU et est décrite dans 30 à 60% dans la littérature. Sa survenue impose la réalisation d'une échographie endovaginale pour évaluer l'importance de de l'hématosalpinx et pour quantifier un hémopéritoine associé. Cette échographie endovaginale était systématique dans notre série et a permis de mettre en évidence un hématosalpinx dans 31% considéré comme un échec du traitement médical.

Dans les pays développés même si le traitement médical gagne du terrain, la cœliochirurgie est considérée comme le gold standard dans la prise en charge des GEU, dans plus de 80% [7]. Le geste chirurgical était fonction du score thérapeutique de POULY [3]. Il s'agit d'un score décisionnel à partir des antécédents et des constatations per coelioscopiques, il autorise un traitement conservateur jusqu'à 3 mais oblige à une salpingectomie à partir de 4. Le traitement a été conservateur dans 93,7% de notre étude, il était de 63,8% dans l'étude de BOUDHRAA [8].

Conformément à nos critères d'inclusion, aucune conversion en laparotomie n'était retenue, bien qu'elle ne soit considérée comme un échec de la cœliochirurgie mais plutôt comme une garantie de sécurité pour la patiente.

Un taux de réussite du traitement médical a été observé dans 69% dans notre série, il était

de 65 à 95% selon la série de FERNANDES et de NIEUWKERK [9,10]. Cette réussite était de 55% dans la série de NAYAMA [4]. NAZAC et al [11] avaient trouvé comme facteur prédictif de succès, un taux de β HCG inférieur à 1000 UI/l sur une population traitée par MTX en intra musculaire. L'échec du traitement médical observé dans 31% de notre série a conduit à une prise en charge chirurgicale par laparotomie ou par cœliochirurgie.

Dans notre série, au-delà de l'exigence commune d'une stabilité hémodynamique et d'une précocité diagnostique dans les deux groupes, les avantages des deux méthodes sont superposables. Le retour à la fécondité après prise en charge de la GEU était meilleur dans le GC avec un taux de conception de 25% contre 15,4% dans le GM (P = 0,03), sans différence significative en terme de récurrence de GEU (5% GC / 6,2% GM). Dans le GC l'aspect de la trompe controlatérale n'était pas un facteur influençant la fécondité mais plutôt sur le devenir de la grossesse. La morbidité et la mortalité étaient identiques dans les deux groupes, cela était en partie lié aux critères de sélection des patientes.

Le séjour hospitalier était nettement inférieur dans le GC avec 89,5% de sortie à J3 postopératoire contre 69% à J7 d'hospitalisation dans le GM.

Le coût moyen de la prise en charge reste élevé dans le GC à 153000 CFA, contre 37000 \pm 12000 CFA dans le GM.

CONCLUSION

La prise en charge de la GEU par le traitement médical au MTX ou par cœliochirurgie demeure une alternative avantageuse à la classique laparotomie longtemps pratiquée dans notre contexte de travail au CHU du Point "G" au prix d'un respect des indications. La seule controverse reste le choix en cœliochirurgie entre traitement conservateur et radical.

REFERENCES

- 1. Bah B.** La grossesse extra-utérine en milieu noir africain à propos de 104 cas observés à Bamako. Thèse de médecine, 1980; M 2.
- 2. Boudhraa K, Bensalah N., Yousfi S., Triki A., Ouerhani R., Ben Aissia N., Gara M.F.**
Grossesse extra-utérine : diagnostic et prise en charge thérapeutique à propos de 107 cas La Lettre du Gynécologue - n° 337 - décembre 2008 ; 5-8
- 3. Pouly JL , Chapron C , Manhes 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 1991; 56: 453 – 60.
- 4. Nayama M, Gallais A, Ousmane N, Idi N, Tahirou A, Garba M, Djibril B.**
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 et Fertilité. 2006 ; 34: 14-18
- 5. 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.
- 6. Randriambololona D. M. A. et al.**
Prise en charge de la grossesse extra-utérine à l'Hôpital'Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana Antananarivo Madagascar
Revue d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence 2012; 4(1): 16-19
- 7. Bouyer J, Coste J, Fernandez H et al.**
Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population based study of 1 800 cases. Hum Reprod 2002; 17:3224-30.
- 8. Boudhraa K., Bensalah N., Yousfi S., Triki A., Ouerhani R., Ben Aissia N. , Gara M.F.**
Grossesse extra-utérine : diagnostic et prise en charge thérapeutique à propos de 107 cas La Lettre du Gynécologue - n° 337 - décembre 2008 ; 5-8
- 9. Fernandes H, Pauthier S, Doumerc S, Lelaidier C, Olivennes F, Ville Y, et al.**
Ultrasound guided injection of methotrexate versus laparoscopic salpingectomy in ectopic pregnancy. Fertil Steril 1995; 63: 25-9
- 10. Nieuwkerk PT, Hajenius PJ, Ankum WM, Van der veen F, Wijker W, Bossuyt PM**
Systemic methotrexate therapy versus laparoscopic salpingectomy in tubal pregnancy. Fertil Steril 1998; 70: 518-22.
- 11. Nazac A, Gervaise A, Bouyer j, De Tayrac R, Capella-Allouc S, Fernandez H.**
Predictor of success in methotrexate treatment of women with unruptured tubal pregnancies. Ultrasound Obstet gynecol 2003; 21: 181-5.