

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

GROSSESSES EXTRA-UTERINES TUBAIRES : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET HISTOPATHOLOGIQUES DE 40 CAS COLLIGES A LA MATERNITE DU CHU DE TREICHVILLE (ABIDJAN - COTE D'IVOIRE)

YAO I*, DOUKOURE B**, GUIE P*, N'GUESSAN E*, BOHOUSSOU KPE*,
DIA JML*, SAKI TC*, ANONGBA S*, TOURE-COULIBALY K*

RESUME

Objectifs : Décrire les aspects épidémiologiques et anatomies pathologiques des grossesses extra utérines tubaires.

Matériels et méthode : Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive de 40 cas de grossesse extra-utérine tubaire réalisée à la maternité du Centre Hospitalier et Universitaire de Treichville et au laboratoire d'anatomie pathologique de l'Unité de Formation et de Recherche des Sciences Médicales d'Abidjan de janvier à juin 2008.

Resultats : La fréquence des GEU actuellement dans notre service est de 1 grossesse extra-utérine

pour 34 accouchements. La moyenne d'âge de nos patientes est de 27 ans et la tranche d'âge la plus touchée se situe entre 26 et 30 ans. Ce sont des femmes paucipares et paucigestes avec un antécédent d'infection génitale parfois passée inaperçue. L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire a retrouvé comme étiologie principale une salpingite chronique non spécifique souvent associée à des anomalies de l'oeuf à type de triploïdie ou de trisomie.

MOTS-CLES : GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE TUBAIRE - EPIDÉMOLOGIE - ANATOMIE PATHOLOGIQUE

SUMMARY

Objectives : Describe the epidemiology and pathology of ectopic tubal pregnancies

Materials and methods: This was a prospective descriptive study of 40 cases of ectopic tubal conducted at the Maternity Center and University Hospital of Treichville and pathology laboratory of the Training and Research in Medical Sciences Abidjan January to June 2008.

Results: The frequency of ectopic pregnancies in our department currently is 1 ectopic pregnancy for 34 deliveries.

The average age of our patients is 27 years and the age group most affected is between 26 and 30 years.

These are women paucipares and paucigestes with a history of genital infection may go unnoticed. The pathological examination of the specimen was identified as a main etiology nonspecific chronic salpingitis often associated with abnormalities of the egg type of triploidy or trisomy.

KEY WORDS: ECTOPIC PREGNANCY TUBAL - EPIDEMIOLOGY - PATHOLOGY

*Service de Gynécologie et d'Obstétrique, CHU de Treichville

**Service d'Histopathologie, UFR des Sciences Médicales d'Abidjan

Correspondances : YAO Ignace, 22 BP.1530 Abj 22

Mail : yaoignacen@yahoo.fr, Cell : 07 88 00 12/ 02 14 37 90/ 22 44 17 18

INTRODUCTION

La grossesse extra-utérine correspond à une nidation et un développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine¹¹

Principale complication du début de grossesse, la GEU constitue une véritable urgence gynécologique.

De nombreuses études réalisées ont tendance à montrer son augmentation constante en rapport avec la recrudescence des infections génitales⁹

De nombreux progrès ont été réalisés ces dernières années notamment au niveau du

diagnostic précoce (coéloscopie, échographie endo-vaginale, dosage des bêta-hCG) et du traitement (coéloscopie).¹¹

Ces progrès ont permis d'améliorer le pronostic vital immédiat des patientes et surtout de prévenir la fertilité ultérieure.

La recherche de la cause à travers les antécédents, et l'examen anatomo-pathologique de la pièce de salpingectomie peuvent fortement contribuer à améliorer la fertilité ultérieure à partir d'un traitement adapté à l'étiologie.

METHODOLOGIE

Notre étude était une étude prospective, descriptive qui a porté sur 40 grossesses extra-utérines tubaires opérées et dont la pièce de salpingectomie a fait l'objet d'une analyse au laboratoire d'histopathologie de l'UFR des sciences médicales d'Abidjan de janvier 2008 à Juin 2008 soit sur une période de six mois.

Les paramètres épidémiologiques étudiés ont porté sur :

La fréquence, l'âge, la gestité et la parité,

les antécédents gynécologiques (infections génitales, interruptions volontaires de grossesse, la notion de contraception) et la consommation de tabac.

Les caractéristiques anatomo-pathologiques ont porté sur l'aspect du pelvis, l'aspect de la trompe controlatérale en per opératoire, la localisation de la GEU et la description anatomo-pathologique des pièces de salpingectomie.

RESULTATS

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES

- La fréquence

Au cours de la période d'étude, nous avons enregistré 47 GEU pour 1626 accouchements ce qui fait un taux de 2,89%. Soit 1 GEU pour 35 accouchements.

07 cas de GEU n'ont pas été pris en compte du fait de traitement conservateur ou du fait que la pièce de salpingectomie n'a pas été analysée.

- L'âge (Tableau I)

L'âge des patientes porteuses de GEU varie entre 15 et 35 ans avec une moyenne d'âge de 27 ans.

La tranche d'âge de 26 à 30 ans est la plus touchée (50%) contre seulement 10% pour la tranche d'âge entre 15 et 19 ans.

- la parité (Tableau II)

Les nullipares représentent la majorité de nos patientes (60%).

- les antécédents (Tableau III)

Sur la base de l'interrogatoire, les 2/ 3 de nos patientes avaient un antécédent d'infection génitale. Par contre, 90% n'avaient pas d'antécédent de chirurgies pelviennes.

ASPECTS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

- Aspects macroscopiques du pelvis (Tableau IV)

Dans 25% des cas, il existe des anomalies au niveau du pelvis. Il s'agit plus fréquemment d'adhérences.

- Aspects histologiques de la pièce opératoire (Tableau V)

La salpingite chronique non spécifique représente un peu plus de la moitié des étiologies des GEU.

Cette salpingite chronique se caractérise à l'histologie au niveau des fragments de pari-tubaire, par la présence dans le chorion d'infiltrat inflammatoire fait de lymphocytes et de plasmocytes (figures 1 et 2)

Tableau I : Répartition des patientes selon les tranches d'âge

Tranche d'âge (année)	Effectifs	%
[15-19]	04	10
[20-25]	09	22,5
[26-30]	20	50
[31-35]	07	17,5
Total	40	100

Tableau II : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif	%
Nullipare	24	60
Primipare	09	22,5
2 ^{ème} pare	04	10
3 ^{ème} pare	03	07,5
Total	40	100

Tableau III : Récapitulatif des antécédents des patientes

Antécédents	Effectifs	%
Avortements provoqués	27	67
Grossesse Extra-utérine	24	60
Chirurgie pelvienne	02	5
Contraception orale	04	10
DIU	10	40
Tabac	03	15
Alcool	13	33

Tableau IV : Répartition de la population selon l'aspect du pelvis

Aspect du pelvis	Effectifs	%
Adhérence + fausse membrane	02	05
Fausse membrane	02	05
Adhérence	06	15
Normale	30	75
Total	40	100

Tableau V : Répartition de la population selon les anomalies histologiques des GEU

Aspect histologique	Effectifs	%
Anomalie de l'œuf	04	10
Trompe normale	05	12,5
Salpingite chronique non spécifique + anomalie de l'œuf	10	25
Salpingite chronique non spécifique (figure 1 et 2)	21	52,5
Total	40	100

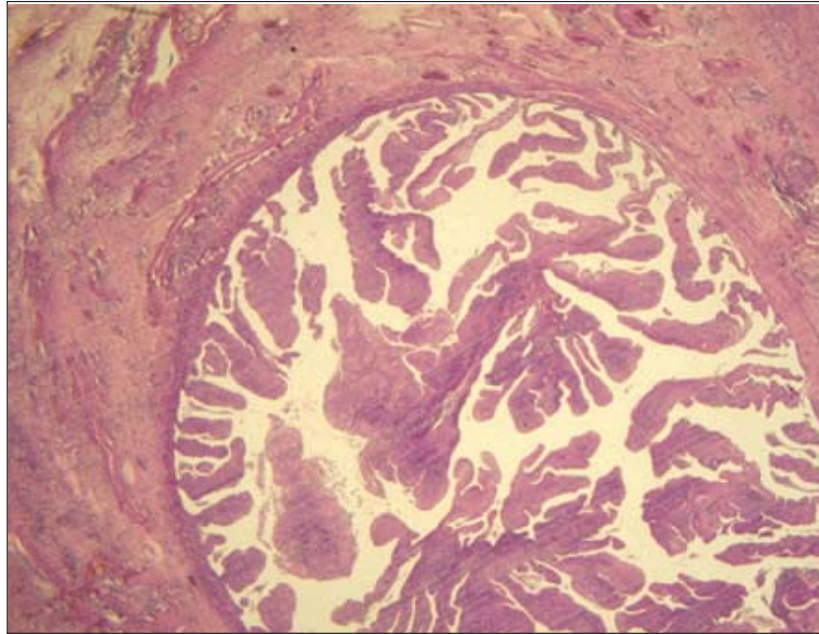


Figure 1 : HEX50 : paroi tubaire avec un infiltrat lymphoplasmocytaire

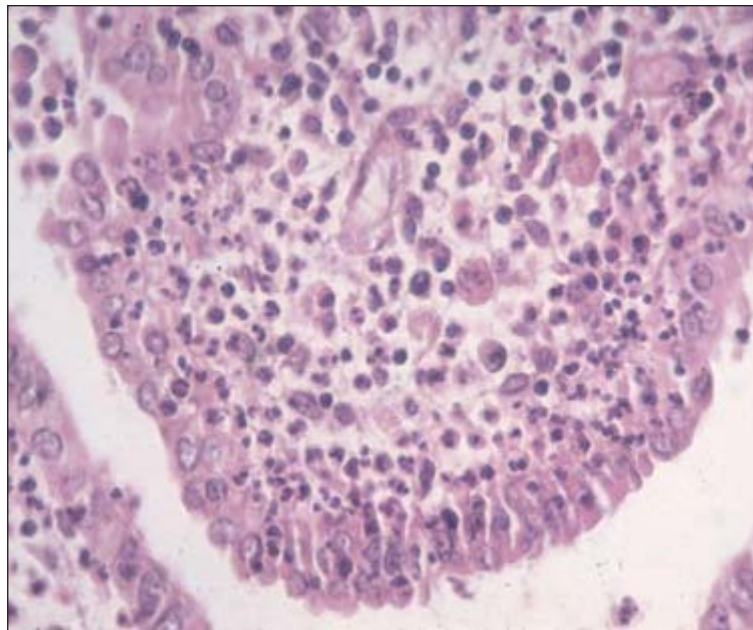


Figure2 : HEX400 : franges tubaires contenant des lymphocytes

DISCUSSION

La fréquence des grossesses extra-utérines dans notre étude est de 2,89 % par rapport aux accouchements sur la même période. Ce qui fait 29 GEU pour 1000 accouchements (1 GEU pour 35 accouchements). Nos résultats sont proches des auteurs africains^{3,7}. Cette fréquence est sous évaluée car elle ne prend pas en compte les GEU traité dans les services de chirurgie et surtout dans les cabinets privés.

FERNANDEZ⁵ en France trouve 2,2 % dans le registre français.

La GEU est particulièrement fréquente entre 26 et 30 ans. Ce qui correspond à la période de pleine activité sexuelle avec l'augmentation des facteurs de risque soutient DESHMUKH et al²

Les nullipares et les paucipares constituent la majorité de nos patientes. Résultat en accord avec ceux de DIALLO et al. à Conakry³ et PICAUD et Al. à Libreville⁹

DIALLO et al.³, pensent même que la nulliparité constitue un facteur de risque de GEU pour la simple raison que les grossesses dans ce groupe arrivent rarement à terme du fait des avortements provoqués. Certains auteurs comme COSTE et al.¹ en France ne trouvent pas de lien entre la parité et la survenue de grossesse extra-utérine.

Les antécédents d'infections génitales basses ou hautes mal traitées ou parfois passé inaperçues constituent un facteur de risque très important dans la survenue de GEU.

RATINAHINARA et al.¹⁰ l'identifient comme le principal facteur de risque (62 %) surtout lorsqu'elle est associée à la précocité des rapports sexuels, à la multiplicité de partenaires sexuels, et à des antécédents de salpingite. Pour notre part, l'infection génitale a été trouvée dans 32,5 % des cas.

Au niveau du pelvis, la découverte des lésions associées à type de fausses membranes et/ou d'adhérences est de 25 % des cas. Adhérences en rapport avec les antécédentes de chirurgies pelviennes qui concernent 10 % de nos patientes.

Les adhérences sont parfois isolées, parfois associées à des fausses membranes

évocatrices d'infections génitales passées inaperçues telles les infections à Chlamydiae.

Le taux d'adhérences constatées au cours de l'intervention varie d'un auteur à l'autre. En effet JOURDAIN et al⁶ retrouve des adhérences dans des proportions plus importantes à savoir 37,7 %. Ces adhérences sont soit homolatérales, soit controlatérales.

La localisation préférentielle de la GEU tubaire est ampullaire. Cela ne fait aucun doute. Toutes les études montrent des taux compris entre 65 et 90 %^{7, 10,12} dans la quasi-totalité de nos cas, il s'agissait de GEU rompues avec tableau d'inondation péritonéale ou de GEU fissurées. Dans ses conditions la salpingectomie a été le traitement pratiqué. Ce geste radical est l'apanage des pays en voie de développement^{6,10,12}. C'est du fait d'une part du diagnostic tardif des GEU (au stade de rupture cataclysmique) Inondation péritonéale et état de choc et d'autre part du fait de la non disponibilité de la coelio-chirurgie qui constitue malheureusement un luxe pour la plupart de nos hôpitaux en Afrique au sud, du Sahara en général et en Côte d'Ivoire en particulier.

L'analyse de la pièce de salpingectomie qui était l'un des principaux intérêts de notre étude a été effectué et a permis de confirmer dans tous les cas la grossesse extra-utérine. La salpingite chronique non spécifique constitue la principale cause de GEU dans notre étude. C'est le cas de plusieurs auteurs notamment PICAUD et al. à Libreville⁹ et DUBUISSON et al. en France⁴.

Cette salpingite chronique serait due à l'action des infections pelviennes non ou mal traitées. Dans notre série, l'association de salpingite chronique non spécifique et d'anomalie de l'œuf à type de trisomie ou de triploïdie n'est pas rare (25 %). D'autres auteurs ont trouvé quant à eux dans de faible proportion sur la pièce de salpingectomie des causes spécifiques à type de bilharziose. WOTO-GAYE et al¹³ et d'endométriose^{8,9}. Etiologie spécifique que nous n'avons pas retrouvée du fait probablement de la petite

taille de notre série.

Le taux de trompe normale sans aucune étiologie évidente de GEU représente

12,5 % des cas. RATINAHIRANA¹⁰ trouve un taux plus important de trompe normale dans sa série (29 %).

CONCLUSION

Au terme de notre étude, nous pouvons affirmer que le GEU reste une affection très fréquente (2,89 %). Les facteurs étiologiques et le profil épidémiologique est parfois différents d'un continent à l'autre. L'infection génitale passée souvent inaperçue ou mal traitée constitue le facteur de risque principal.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce de salpingectomie contribue au diagnostic étiologique de la grossesse extra utérine. Diagnostic étiologique qui doit être pris en compte dans le pronostic de la fertilité ultérieure qui constitue aujourd'hui la véritable problématique du traitement de la GEU.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- COSTE J, BOUYER J, JOB SN. Epidémiologie de la grossesse extra-utérine. Incidence et facteurs de risque ; *Contracept Fertil Sex.* 1996 ; 24 : 135-9
- 2- DESHMUKH JS, ZODPEY SP, VASUDEO ND. Risk factors for ectopic pregnancy: A case control study; *Indian J. of Community Med.* Vol. XXIV, N° 2 Apr. Jun, 1999: 58-63
- 3- DIALLO FB, DIALLO AB, DIALLO TS, CAMARAAY, BALDEM A, DIALLO Y, DIALLO MS. Grossesse extra-utérine (GEU). Aspects épidémiologiques thérapeutiques au service de Gynécologie et Obstétrique du CHU Ignace Deen de Conakry. *Med. Afr. Noire* 1999 ; 46 (10) : 365-9
- 4- DUBUISSON JB, AUBRIOT FX, VACHER-LAVENU MC, PICHARD C, HENRION R. Salpingite chronique et grossesses extra-utérines. Résultat de l'étude histologique de 215 grossesses tubaires. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1987; 16 (1): 27-31.
- 5- FERNANDEZ H. Extra-uterine pregnancy. *Rev Prat* 2000; 50 (20) : 2303-7
- 6- JOURDAIN O, HOPIRTEAN V, SAINT-AMAND H, DALLAY D. Fertilité après traitement chirurgical d'une grossesse extra-utérine. A propos de 138 cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001 ; 30: 265-71
- 7- NAYAMA 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. *Gynecol Obstet Fertil* 2006; 34(1): 14-8
- 8- PHILIPPE E, STAGE D. Etude histologique de 100 trompes gravides. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1988; 17: 467-76.
- 9- PICAUD A, NLOME-NZE AR, FAYE A, KOUVAHE V, KPODAR D, OUZOUAKI F, NIKILI MT, SALEH S. Evolution de la fréquence de la croissance de la grossesse extra utérine à Libreville (Gabon) de 1977 à 1989. *Med Afr Noire* 1992 ; 39(12) : 798-805
- 10- RATINAHIRANA S, RAZANAMPARANY P-V, RADANIARISON H, RATSIMANOHATRA E, RAKOTOZAFY G. Aspects actuels de la grossesse extra-utérine à Nosy-Be (Madagascar), de novembre 1993 à février 1995. *Cahiers santé* 1997 ; 7(1) :19-23
- 11- SEBANE E, SITBON D, BENIFLA JL, RENOLEAU L, DARAI E, MADELENAT P. Grossesse extra-utérine. *E MC, gyn-obst.* 5-032-a-30. 1996, 13p.
- 12- TEBEU PM, MAJOR AL, LUDICKE F, KAMDOM MJ, NGASSA P, WAMBA TM, DOH AS, KOUAM L. Fertilité après laparotomie pour grossesse ectopique *Méd Afr Noire* 2003 ; 50 (10) : 423-6.
- 13- WOTO-GAYE G, MOREAU JC, MENDES V, BOYE CS, RUPARI L, DIADHIOU F, N'DIAYE PD. Grossesses extra-utérines et Bilharziose tubaire au Sénégal : A propos de 3 cas *Med Afr Noire* 2000 ; 47(6) : 307-9 .