



PREVALENCE DES GROSSESSES EXTRA-UTERINES DANS LA ZONE DE SANTE URBANO-RURALE DE KATWA.

Cas spécifique de l'Hôpital Matanda et de l'Hôpital Général de Référence de Katwa.

Apollinaire KAHINDO SAA SITA ¹, Emmanuel KABUYAHIA KAMENGE²,
KASEREKA NDAKAM³

RESUME

La Grossesse Extra-utérine (GEU) demeure un problème de santé publique mettant en jeu aussi bien le pronostic vital de la femme que la fertilité. Notre objectif était d'apprécier les aspects épidémiologiques des GEU à l'Hôpital Matanda et l'Hôpital Général de Référence de Katwa.

Nous avons réalisé une étude rétrospective. Etait incluse dans notre étude, toute gestante ayant consulté les hôpitaux précités au cours de la période allant du 1^{er} Janvier 2010 au 31 Décembre 2014. Nous avons trouvé les résultats suivants:

La prévalence des GEU entre les années 2010 et 2014 était de 0,6%,

Il n'y a pas de différences significatives entre l'Hôpital Matanda et l'Hôpital Général de Référence de Katwa en matière d'admission et d'hospitalisation des gestantes avec GEU ;

Les gestantes de la tranche d'âge de 19 à 34 ans ont significativement 1,90 fois plus de risque de développer la GEU ;

Les multigestes et multipares ont significativement et respectivement 1,66 et 1,17 fois plus de risque de développer la GEU ;

Le risque de développer la GEU a été trouvé significativement lié à certains facteurs: antécédent d'intervention chirurgicale sur les ovaires et les trompes (OR:608,43), antécédent d'avortement (34,40), antécédent de chirurgie sur l'utérus (OR:9,43), l'utilisation de la contraception (OR:6,60), antécédent des IST (OR:2,99).

La prévalence des GEU en zone de santé Urbano-rurale de Katwa n'est pas négligeable. Les facteurs de risque en sont : la tranche d'âge de 19 à 34 ans, la multigestité et la multiparité, les interventions chirurgicales sur les ovaires, trompes, utérus, les avortements, la contraception et les IST.

Mots clés: GEU, Hôpital de Matanda, HGR de Katwa.

¹1. Université Catholique du Graben, Faculté de médecine ; Hôpital Matanda, . Email : saasitaka@gmail.com Tél. : +243 998 74 31 64

2. Université Catholique du Graben, Faculté de médecine.

3. Université de Goma, Faculté de médecine.

ABSTRACT

The term extra uterine pregnancy or better ectopic pregnancy applies to the implantation of the zygote impregnated the most often out of the uterine cavity to the level of sapling and more rarely ovarian or abdominal. The extra uterine pregnancy stays a public health problem putting as well in play the woman's vital prognosis as fertility.

Our objective was to appreciate the epidemiological aspects of the extra uterine pregnancy in Miranda hospital and the General Hospital of Reference of Katwa.

Our survey was retrospective and, achieved in Butembo city, at Matanda hospital and the General Hospital of Reference of Katwa. Were included in our survey, all pregnant women having consulted the aforementioned hospitals during the period from January 1st, 2010 to December 31, 2014

- The impact of the extra uterine pregnancy during the years 2010 to 2014 is of 0,6%,

- Doesn't have any meaningful differences between the Matanda hospital and the General Hospital of Reference of Katwa concerning admission and hospitalization of the gestantes with GEU,

- The gestantes belonging to the age group of 19 to 34 years has 1,90 times meaningfully the risk to develop the GEU,

- The multigestes and multiparous have meaningfully and respectively 1,66 and 1,165 times the risk to develop the GEU,

- The gestantes having the antecedents of surgical interventions on the ovaries and horns, that aborted, that underwent a surgery on the uterus, those that used the contraception, and those that contracted the IST have meaningful and respectively 608,43; 34,40; 9,43; 6,60; and 2,99 times the risk to develop the GEU.

In brief, the impact of the GEU in zone of Urbano-Farming health of Katwa is not negligible. The factors of risk are some: the age group of 19 to 34 years, the multigestité and the multiparity, the surgical interventions on the ovaries, horns, uterus, abortions, the contraception and the IST.

Key words: Ectopic pregnancy, Matanda hospital, HGR Katwa.

1. INTRODUCTION

La grossesse extra- utérine (GEU) demeure un problème de santé publique mettant en jeu aussi bien le pronostic vital de la femme que la fertilité (**Bamoun Y et al,1997**). Elle représente 9% de mortalité maternelle au premier trimestre de la grossesse et, est responsable de 30% de stérilité(**Bamoun Y et al,1997**).

Dans les pays industrialisés, l'incidence des GEU reste élevée. En France, elle représente 1 à 2% des pathologies gravidiques et reste une pathologie potentiellement létale (**Benoist G et al, 2010**).

Prévalence des grossesses extra-utérines (G.E.U)

En Afrique, les GEU occupent le deuxième rang des urgences gynécologiques et obstétricales après la césarienne comme dans les pays industrialisés avec une incidence de 1 à 4%. Elles y sont en croissance régulière due à l'induction médicale de l'ovulation et à l'augmentation des infections sexuellement transmissible (IST) dont Chlamydia trachomatis est l'agent causal principal sur le continent africain (**Cheikh A, et al, 2006**).

En Afrique sub-saharienne, les données disponibles sur l'incidence des GEU montrent une variation entre différents pays : 0,65% au Maroc ; 1,4% en Cote d'Ivoire et 1,8% au Mali en 2011 et 18% au Cameroun en 2011(**Buambo J et al, 2012**).

En Afrique centrale, comme dans le reste de l'Afrique noire, les GEU sont responsables de plusieurs cas de décès maternels(**Dohbit J et al, 2010**).

Au Congo Brazzaville, leur fréquence en 2010 était de 14,4% avec 3,6% de décès(**Dadao F, 2005**).

En République Démocratique du Congo (RDC), en particulier à Kinshasa, en 2009, la fréquence des GEU était à 4,3%(**Decherney A et al, 1979**).

La meilleure connaissance des facteurs de risque, le progrès et la disponibilité des dosages hormonaux, l'échographie, le recours à la coelioscopie pour son diagnostic positif et son mode de traitement dans les pays développés procurent des avantages prouvés dans la prévention et la prise en charge des GEU (**Cécile L et al, 2013**).

Malheureusement, dans les pays en voie de développement, les moyens socio-économiques insuffisants limitent la prévention, le diagnostic et la prise en charge de ces dernières (**Cécile L et al, 2013**).

Au Nord-Kivu, plus particulièrement à Butembo, l'hôpital Matanda et celui de Katwa n'échappent pas à ce défi.

Au regard de cette difficulté, l'attention est portée sur la meilleure connaissance de facteurs de risques étiologiques des GEU dans ces hôpitaux.

L'objectif de ce travail était d'apprécier les aspects épidémiologiques des GEU à l'hôpital Matanda et à l'HGR de Katwa.

2. MATERIEL ET METHODES

Notre étude était réalisée à l'hôpital Matanda et l'Hôpital Générale de Référence (HGR) de Katwa dans la zone de santé Urbano-rurale de Katwa

Notre population était constituée de 19241 gestantes ayant consulté les l'Hôpitaux de Matanda et l'Hopital Généeéal de Référence de Katwa.

Notre échantillon était exhaustif. Etait inclus dans cette étude toute gestante admise dans le service de gynéco-obstétrique pendant la période d'étude dans les Hôpitaux cités ci-haut.

Notre étude était rétrospective couvrant la période allant du 1^{er} Janvier 2010 au 31 Décembre 2014.

Les paramètres suivants ont été étudiés: l'âge, les antécédents gynécologiques et obstétricaux.

L'analyse des données a été réalisée sur un microordinateur en utilisant le logiciel, Microsoft Excel 2010 et Epi- Info (version 6.04. Ir) développé par le « centre for diseases control » (CDC, Atlanta, USA et l'OMS depuis 1993).

Le test de « l'ODDS RATIO » (OR) a été utilisé pour déterminer le niveau de risque attribuable à un facteur « f » dans le développement de la GEU. Une association entre un facteur et le développement de GEU était établie quand l'Odds Ratio était supérieur à 1.

L'intervalle de confiance (IC) de l'OR a été calculé suivant la méthode de Woolf. Cette association était qualifiée de significative quand l'IC à 95% ne contenait pas 1. Lorsque l'OR était inférieur à 1, l'association était dite négative. Donc l'exposition était un facteur de protection. Quand OR était égal à 1, il n'y avait pas d'association.

3. RESULTATS

Le tableau I présente la prévalence des GEU au cours de cinq ans.

Tableau I: La prévalence de la GEU de 2010 à 2014

Année	Nombre de gestante	Nombre de GEU	Pourcentage
2010	3593	14	0,4
2011	3411	18	0,5
2012	4077	18	0,4
2013	4223	31	0,7
2014	3937	27	0,7
Total	19241	108	0,6

Le tableau II montre l'implication des caractéristiques socio-individuels et les antécédents gynéco-obstétricaux dans la survenue des GEU dans la ZSUR de Katwa de 2010 à 2014.

Tableau II: Rapport entre GEU et les paramètres socio – individuels et les antécédents obstétrico-gynécologiques

Variables	Modalités	Effectif	GEU	%	OR	Lim<	Lim>
Adresse physique	Matanda	12.000	64	0,5	0,88	0,53	1,31
	Katwa	7.241	44	0,6	1,14	0,76	1,70
	Total	19241	108	0,6			
Tranche d'âge en année	≤ 18	6.1118	36	0,5	1,07	0,70	1,61
	19-34	8.014	62	0,7	1,90	1,27	2,83
	≥ 35	5.109	10	0,1	0,28	0,15	0,55
	Total	19241	108	0,6			

Prévalence des grossesses extra-utérines (G.E.U)

Tableau II: Rapport entre GEU et les paramètres socio – individuels et les antécédents obstétrico-gynécologiques

Variables	Modalités	Effectif	GEU	%	OR	Lim<	Lim>
Gestité	Primigeste	6141	38	0,6	1,16	0,77	1,75
	Multi geste	9000	64	0,7	1,66	1,11	2,48
	Grande multigeste	4100	6	0,1	0,22	0,09	0,51
	Total	19241	108	0,6			
Parité	Primipare	5880	35	0,5	1,09	0,71	1,66
	Multipare	9040	64	0,7	1,65	1,10	2,46
	Grande multipare	4321	9	0,2	0,31	0,15	0,64
	Total	19241	108	0,6			
Antécédents gynécologique	Intervention sur les ovaires / trompes	39	28	71,7	608,43	278,99	1351,40
	Avortement	450	46	10,2	34,40	22,77	59,90
	Intervention sur l'utérus	169	8	4,7	9,43	4,47	18,25
	Contraception	175	6	3,4	6,60	2,58	15,84
	IST	440	7	1,5	2,99	1,27	6,71
	Autres*	17968	13	0,07	0,1	0,00	0,02
	TOT.	19241	108	0,6			

*Traitement pour la stérilité (induction hormonale), dysménorrhée et malformation utérine

DISCUSSION

La prévalence des GEU au cours des années 2010 à 2014 à l'hôpital Matanda et HGR de Katwa est de 0,6%. Cette prévalence est moins élevée que celle observée par D. NSINSI aux Cliniques Universitaires de Kinshasa où il avait trouvé, en 2009 une valeur de 1,8% (**Decherney A et al, 1979**). Elle est confirmée par celle observée par Zaghloul et Moura, en 2005 dans le service de gynéco-obstétrique aux CHU de Casablanca (0,65%)(**Nizard J,2005**).

Certains auteurs Africains ont trouvé une fréquence plus élevée : 3,5% par LANKONDO à Ouagadougou en 2008 ; et 2,65% pour H. CISSE de 2004 à 2009 au Bamako (**Nkuna H, 2009**). Les études des pays occidentaux trouvent une incidence de 0,5 – 2%(**Cécile L et al, 2013**).

L'HGR de Katwa a significativement 1,14 fois, le risque de recevoir le cas de GEU ; alors que l'hôpital Matanda semble ne pas recevoir les cas de GEU avec un OR = 0,88. Cette différence n'est pas significative car l'intervalle de confiance pour l'HGR de Katwa ne contient pas 1. Les 2 hôpitaux reçoivent le cas de GEU dans les mêmes proportions.

Il existe un risque plus élevé de développer la GEU chez les femmes appartenant à la tranche d'âge de 19-34 ans (OR = 1,90), résultat analogue à celui trouvé par Kouam et al (**OMS, 2004**).

Le chercheur MOHAMED en 2006, au Maroc a observé une moyenne d'âge de 30 ans avec une majorité entre 32 et 36 ans (**PANEL L et al, 2003**).

Les gestantes avec un âge ≤ 18 ans ont significativement 1,07 fois le risque de développer la GEU. Ce risque est minime car l'intervalle de confiance contient 1.

En Afrique, l'activité sexuelle est souvent précoce. Les accidents comme les GEU ne sont pas exceptionnels chez les jeunes femmes (**Buambo J, et al, 2012**).

Les gestantes de 35 ans ou plus sont protégées de GEU avec un OR = 0,28; résultat similaire à celui obtenu par Thonne et al. en 2002 (**Lafoscade, A, 2013**).

Les multigestes et les multipares présentent un risque significatif de développer la GEU (OR=1,65-1,66). Koda NSINSI a également observé à Kinshasa en 2009 qu'une femme avec GEU est une multipare ou une multigeste (**Decherney A et al, 1979**).

De même, les primigestes et les primipares ont significativement et respectivement 1,16 et 1,09 fois le risque de développer une GEU. Mais ce risque est minime pour la seule raison que les intervalles de confiance ne contiennent pas 1.

Dans l'étude conduite au Maroc par Kouan et al, la GEU était parfois associée à une parité faible (**Lafoscade, A, 2013**).

Les gestantes ayant des antécédents des interventions sur les ovaires et trompes, qui ont avorté, qui ont subi l'intervention sur l'utérus, qui ont pratiqué la contraception, et celle qui ont contracté des IST ont significativement et respectivement 608,43 ; 34,40 ; 9,43 ; 6,60 et 2,99 fois le risque de développer la GEU. En effet, tout acte chirurgical pouvant entraîner une lésion tubaire, une adhérence donnant lieu à des coudures, à des tubérosités, augmenterait le risque de la GEU (**Dohbit J et al, 2010**).

Une fréquence élevée des complications infectieuses du post abortum, curetage et myomectomie prédispose au risque de GEU (**Dohbit J et al, 2010**). L'infection sexuellement transmissible due à la Chlamydia trachomatis et au gonocoque multiplie 5 fois le risque de GEU en supprimant les cils qui servent normalement à faciliter le déplacement de l'ovule dans la trompe (**Ville Y et al, 1991**). De même les femmes ayant un stérilet ont 10 fois le risque de développer la GEU suite à l'inflammation in situ que ce dernier entretient (**Dohbit J et al, 2010**).

CONCLUSION

La prévalence des GEU au cours des années 2010 à 2014 est de 0,6%. Il n'y a pas de différences significatives entre l'hôpital Matanda et l'HGR de Katwa en matière d'admission et d'hospitalisation de gestantes avec GEU. Les gestantes appartenant à la tranche d'âge entre 19-34 ans ont significativement (1,90 fois) le

Prévalence des grossesses extra-utérines (G.E.U)

risque de développer la GEU. Les multigestes et les multipares ont significativement et respectivement 1,66 et 1,65 fois le risque de développer la GEU. Les gestantes ayant des antécédents des interventions sur les ovaires et trompes, qui ont avorté, qui ont subi une Chirurgie sur l'utérus ; celles qui ont pratiqué la contraception et ceux qui ont contracté des IST ont significativement et respectivement 608,43 ; 34,40 ; 9,43 ; 6,60 et 2,99 fois le risque de développer la GEU.

La prévalence des GEU en zone de santé Urbano-rurale de Katwa n'est pas négligeable. Les facteurs de risque en sont : la tranche d'âge de 19 à 34 ans, la multigestité et la multiparité, les interventions chirurgicales sur les ovaires, trompes, utérus, les avortements, la contraception et les IST.

BIBLIOGRAPHIE

Bamoun Y, Dao A, Bazie A, Taoka A. Place de l'échographie dans le diagnostic des grossesses extra-utérines(GEU) au C.H.N.SS. de Bobo-Dioulasso (Burkina-faso) de 1993 à 1995. Med d'Afrique Noire 1997 Juin;6:322-326.

Benoist G. Hémorragies du premier trimestre de la grossesse : orientations diagnostiques et prise en charge pratique. J de gynobst et biolo de reproduction 2010;39:9-33.

Buambo J, Oyere P, Babiessa F, Gnekoumou L, Nkihouabanga G, Ekoundzala J. La grossesse extra-utérine(GEU). Etude de 139 cas colligés au Centre Hospitalier Universitaire de Brazaville. Revue Congo-Médical 2012 Mai; N°5 :648-55.

Cécile L, Sans A. Les métrorragies du premier trimestre de la grossesse : complications obstétricales et neonatales. 24. Dumas-00775868 Jan 2013; 1:1 -17.

Cheikh A, Tidiane C, Bernis L, El Hadj O, Diadhiou F. Grossesse Extra-utérine au Sénégal. Med d'Afrique Noire 2006 Juin;6:322-326.

Dembele J, Kami M. Grossesses extra-utérine : aspects épidémiologiques, cliniques, diagnostiques, thérapeutiques au centre de santé de référence de la commune V du district de BAMAKO à propos de 128 cas. Thèse méd. Bamako, 2009,125p.

Dohbit J, Foumane P, Kapche M, Mboudou E, Doumbe M, Doh A. Grossesse extra-utérine à l'hôpital régional de Bafoussam: Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Clin Mother Child Health 2010; Vol 7, N°1:1189 -1193.

Dadao F.Epidemiologie des urgences gynéco-Obstétricales à l'Hôpital Gynéco- Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé. Yaoundé : Univ de Cameroun-Yaoundé; 2005, 145p

Decherney A, Kase N. Conservative Surgical Management OfUnruptured Ectopic Pregnancy. *Obstetric Gynecol* 1979;54:4,451-455.

Lafoscade, A. Le portage de Chlamydia trachomatis, une infection asymptomatique ? Etude prospective sur 386 patientes consultant en orthogénie. France : Poitier-Cedex ; 2013, 33p.

Nizard J. Grossesse extra-utérine. Disponible à 1URL: <http://www.laconferencehippocrate.com> 2005.[Consulté le 16-1-2014].

Nkuna H. Fréquence de grossesse ectopique à l'hôpital Sendwe de Lubumbashi (RDC). Lubumbashi: UNILU; 2009. Disponible à partir de 1URL: <http://www.memoireonline.com/12/09/3047/rn> RDC0.html. [Consulté le 16/02/2014].

NSINSI D. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la grossesse extra-utérine aux cliniques universitaires de Kinshasa. Kinshasa: Unikin; 2009. Disponible à 1URL: http://www*em-consulte.com/article/114883[consulté le 12 fév 2014].

Organisation Mondiale de la Santé(OMS). Au delà des nombres. Examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liées à la grossesse. Genève; 2004, 153p.

PANEL L, DECHAUD H. Grossesse extra-utérine. *Revue du Praticien* 2003;53:1-18.

Ville Y, Leruez M, Glowaczower E, Fernandez H. Fertilité après grossesse extra-utérine en Afrique. *J Gynécol Obstet Biol Reprod* 1991;20 : 27-32.