



Évolution de la prise en charge des grossesses extra-utérines : premiers résultats à partir du registre régional d'Auvergne

L. Gerbaud⁽¹⁾, D. Butruille⁽¹⁾, J.L. Pouly⁽²⁾, L. Vaissade⁽¹⁾, J. Bouyer⁽³⁾, N. Job-Spira⁽³⁾, Ph. Y. Glanddier⁽¹⁾

INTRODUCTION

L'existence d'un registre consacré depuis de nombreuses années à une pathologie précise permet de suivre dans le temps les évolutions de prise en charge. C'est le cas du registre des grossesses extra-utérines d'Auvergne qui est étendu sur trois départements de la région (Allier, Cantal et Puy de Dôme). Ce registre a permis notamment d'analyser les facteurs de risque des grossesses extra-utérines [1], les modalités de prise en charge [2] ou les déterminants médico-économiques de cette prise en charge [3]. Ce registre étant fonctionnel depuis novembre 1991, il nous a paru intéressant d'étudier l'évolution dans le temps des modalités de prise en charge, plus particulièrement le développement du recours à une technique récente : l'administration de Méthotrexate (ou traitement médical). Nous présentons ici les résultats préliminaires de cette étude.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le fonctionnement du registre des grossesses extra-utérines d'Auvergne a déjà été décrit [1,2] ainsi que la validité des données recueillies. La déclaration des cas incombe au médecin qui traite la grossesse extra-utérine (gynécologue obstétricien comme chirurgien) et le recueil des données fait par enquêteur est l'occasion d'une étude cas-témoin avec des femmes ayant accouché à la même période. Un suivi prospectif de la fécondité des femmes traitées complète ce dispositif [4].

Afin d'évaluer l'intérêt de l'étude d'un changement des pratiques, nous avons focalisé l'analyse sur les modalités de traitement en première intention en ne retenant que trois catégories : laparotomie, coelioscopie et recours au traitement médical par Méthotrexate seul. Nous avons également considéré trois catégories d'établissement : le centre hospitalier et universitaire, les autres centres hospitaliers et les cliniques privées.

Tableau 1

Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des femmes

	CHU	CH	Cliniques privées	p
Age moyen (ET)	31,0 (5,5)	30,8 (5,5)	33,1 (40,7)	NS*
Etudes universitaires (%)	42,2	22,4	35,4	<10 ⁻⁴
Mariée ou vivant maritalement (%)	30,7	33,2	36,1	<10 ⁻⁴
Origine française (%)	30,7	34,3	35,0	<10 ⁻⁴
Antécédents obstétricaux	31,5	34,2	34,3	NS
Grossesse connue (%)	35,6	28,4	36,0	<10 ⁻⁴
Grossesse induite (%)	60,2	18,0	21,8	<10 ⁻⁴
Hémopéritoine abondant (%)	25,5	37,7	36,8	<10 ⁻²
Rupture tubaire (%)	37,1	38,6	24,3	<10 ⁻⁴

p = degré de signification du test du Chi² de Pearson

NS : p>0,05

NS* : ANOVA p>0,05

(1) Epidémiologie, économie de la santé et prévention, Centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand

(2) Département de gynécologie-obstétrique, Centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand

(3) INSERM, Unité 292.

RÉSULTATS

1 804 grossesses extra-utérines ont été enregistrées entre 1992 et 2000. Le traitement reçu en première intention était connu pour 1 798 de ces grossesses extra-utérines. Dans ce dernier échantillon, les exclusions ont concerné les grossesses extra-utérines traitées par :

- coelioscopie associée au Méthotrexate en première intention : 39 grossesses extra-utérines (2 %),
- RU 486 : 18 grossesses extra-utérines (1 %).

Au total, le traitement de 1 741 grossesses extra-utérines a été étudié.

Quelques perturbations dans la diffusion du BEH

Le transfert de la gestion des abonnements de la Documentation française à l'Institut de veille sanitaire entraîne quelques perturbations dont l'équipe du BEH prie les abonnés de bien vouloir l'excuser.

En attendant que tout rentre dans l'ordre, voici quelques précisions :

- les demandes d'abonnements ou de réabonnements transmises à la Documentation française sont toutes reprises par l'InVS ;
- les demandes d'abonnements ou de réabonnements envoyées à l'InVS sont en cours de traitement ;
- pour les réabonnements en cours de traitement, les numéros non-livrés seront envoyés rétroactivement pour éviter toute rupture de distribution ;
- pour les nouveaux abonnements, les numéros seront envoyés rétroactivement à partir du numéro 1 de l'année 2002 ;
- enfin, une proposition de réabonnement sera envoyée pour les abonnements arrivés ou arrivant à échéance depuis le 1^{er} janvier 2002.

N'hésitez pas à nous contacter pour toute information complémentaire : abobeh@invs.sante.fr

En première intention, 1 435 grossesses extra-utérines (83 %) ont été traitées par coelioscopie seule, 177 (10 %) par laparotomie et 129 (7 %) par Méthotrexate seul. Le recrutement par type de centre est réparti de la façon suivante :

- 31 % ont été prises en charge au centre hospitalier et universitaire,
- 35 % dans les centres hospitaliers,
- 34 % dans les cliniques privées.

Cette répartition est homogène d'une année à l'autre (χ^2 non significatif au seuil de 5 %).

Les caractéristiques des femmes par type de centre sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 2

Evolution des traitements des grossesses extra-utérines pour l'ensemble des établissements (en % des traitements réalisés une année donnée)

Année	Coelioscopie	Laparotomie	Méthotrexate	Effectifs
1992	78,1	17,2	4,7	215
1993	83,6	12,2	4,2	214
1994	86,7	9,0	4,3	210
1995	82,2	12,4	5,4	202
1996	83,23	7,8	9,0	167
1997	82,8	11,7	5,5	163
1998	79,5	9,7	10,8	195
1999	84,3	4,7	11,0	191
2000	82,0	5,4	12,6	183

Tableau 3

Evolution des traitements des grossesses extra-utérines pour les centres hospitaliers (en % des traitements réalisés une année donnée)

Année	Coelioscopie	Laparotomie	Méthotrexate	Effectifs
1992	62,5	37,5	0	56
1993	72,9	24,3	2,9	70
1994	83,3	15,2	1,5	66
1995	79,7	17,6	2,7	74
1996	91,7	8,3	0	60
1997	86,9	11,5	1,6	61
1998	86,8	10,8	2,4	83
1999	91,6	6,0	2,4	83
2000	80,3	13,6	6,1	66

Tableau 4

Evolution des traitements des grossesses extra-utérines au centre hospitalier et universitaire (en % des traitements réalisés une année donnée)

Année	Coelioscopie	Laparotomie	Méthotrexate	Effectifs
1992	89,0	1,4	9,6	74
1993	90,5	3,2	6,3	63
1994	93,0	2,8	4,2	71
1995	84,3	10,0	5,7	70
1996	66,7	5,9	27,4	51
1997	73,6	11,3	15,1	53
1998	56,9	7,8	35,3	51
1999	68,6	3,9	27,5	51
2000	75,5	0,0	24,5	53

Tableau 5

Evolution des traitements des grossesses extra-utérines pour les cliniques privées (en % des traitements réalisés une année donnée)

Année	Coelioscopie	Laparotomie	Méthotrexate	Effectifs
1992	79,1	17,4	3,5	85
1993	87,7	8,6	3,7	81
1994	83,6	9,6	6,8	73
1995	82,8	8,6	8,6	58
1996	89,3	8,9	1,8	56
1997	87,8	12,2	0,0	49
1998	88,5	9,8	1,7	61
1999	87,7	3,5	8,8	57
2000	89,1	1,5	9,4	66

Les résultats comparant les types de traitement sont présentés dans les quatre tableaux suivants : résultats globaux, quel que soit le type d'établissement (tableau 2), résultats des centres hospitaliers (tableau 3), du centre hospitalier et universitaire (tableau 4) et des cliniques privées (tableau 5).

Dans l'ensemble (tableau 2), on constate une évolution contrastée des modalités de prise en charge avec deux phénomènes successifs :

- une forte réduction du recours à la laparotomie de 1992 à 1994, puis une stabilité de celle-ci avant qu'elle ne connaisse une nouvelle baisse en 1999,

- une augmentation du recours au traitement par Méthotrexate à partir de 1996, l'augmentation étant consolidée à partir de 1998.

Cette double tendance est confirmée statistiquement sur l'ensemble de la période étudiée par le test du χ^2 de tendance, égal à 17,4 ($p < 10^{-4}$) pour la laparotomie et 20,6 ($p < 10^{-4}$) pour le Méthotrexate.

L'analyse par catégorie d'établissement montre que l'évolution des modalités de recours est très contrastée. La laparotomie est, au début de la période, une activité caractéristique des centres hospitaliers. Par la suite, le recul de la laparotomie est lié au développement de la coelioscopie (tableau 3). Le centre hospitalier et universitaire est caractérisé par un recours précoce au Méthotrexate, dont le taux de recours se stabilise autour de 25 % à partir de 1996 (tableau 4). Les cliniques privées restent un lieu de recours quasi exclusif à la coelioscopie (tableau 5).

DISCUSSION

Le recours au Méthotrexate comme traitement de la grossesse extra-utérine a été décrit pour la première fois par Tanaka en 1982 [5]. C'est toutefois en 1987 qu'a été publiée la première étude établissant sa validité [6]. En 1998, son intérêt a été relancé par l'association Méthotrexate - Mifépristone. Son apparition précoce au centre hospitalier et universitaire correspond à son rôle d'initiateur de pratiques nouvelles. Le taux de recours attendu a priori étant de 25 % des grossesses extra-utérines, il est atteint au centre hospitalier et universitaire à partir de 1996. Cependant, même en 2000, ce traitement reste l'apanage du centre hospitalier et universitaire. A l'opposé, les centres hospitaliers sont restés jusque tardivement des utilisateurs importants de la laparotomie. Au début de l'étude, ils restent un secteur où l'apprentissage de la coelioscopie n'est pas terminé. Encore faudrait-il probablement séparer les centres hospitaliers en fonction de leur volume d'activité dans ce domaine, il est possible que le recul de la laparotomie corresponde aussi à un recul de la part d'activité de petits centres hospitaliers, ou, au contraire, à une croissance d'activité due au recrutement d'un gynécologue obstétricien. Les cliniques privées ont une situation intermédiaire : elles ont adoptées la coelioscopie, mais le recours au Méthotrexate reste limité, ne semblant évoluer qu'en fin de période. Ce comportement conservateur des gynécologues-obstétriciens exerçant dans les cliniques privées peut s'expliquer par un taux d'échec du traitement médical allant jusqu'à 25-30 % selon les séries. Dans ce contexte, il n'apparaît pas simple pour des chirurgiens libéraux de passer d'une attitude interventionniste à une méthode médicale « à l'aveugle » nécessitant une surveillance rapprochée jusque parfois un mois après le traitement.

Ces résultats doivent être considérés comme des résultats préliminaires. Ils confirment l'intérêt d'une analyse de l'évolution des pratiques de prise en charge de la grossesse extra-utérine sur une période de 10 ans. Il y a eu des changements et l'apprentissage du traitement par méthotrexate 13 ans après sa validation reste une caractéristique du centre hospitalier et universitaire. Il faut toutefois compléter l'analyse en étudiant d'autres facteurs conditionnant le recours au traitement tels que les caractéristiques cliniques de la femme, la gravité de la grossesse extra-utérine, le mode de rémunération du médecin ou la nature du premier intervenant médical, les facteurs d'installation de nouveaux médecins et leurs lieux de formation. Le risque d'une sous-déclaration des grossesses extra-utérines traitées par Méthotrexate doit également être étudié attentivement. En effet, la simplicité de mise en œuvre de ce traitement, qui peut être géré totalement en ambulatoire, peut amener à l'oubli de sa déclaration. Il faudra également étudier les facteurs limitant l'adéquation entre le traitement des grossesses extra-utérines et l'état de la science médicale.

RÉFÉRENCES

- [1] Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Job-Spira N. Tabac et grossesse extra-utérine : arguments en faveur d'une relation causale. *Rev. Epidém. et Santé Publ.* 1998 ; 46 : 93-99.
- [2] Coste J, Bouyer J, Fernandez H, Pouly JL, Job-Spira N. A population-based analytical approach to assessing patterns, determinants, and outcomes of health care with application to ectopic pregnancy. *Med. Care* 2000 ; 7 : 739-749.
- [3] Vaissade L, Gerbaud L, Coste J, Spira N, Bouyer J, Glanddier Ph Y. Le forfait pharmacie administré est-il exact ? A propos du suivi médico-économique des grossesses extra-utérines de la région Auvergne. *J. d'Economie Médic.* à paraître 2001.
- [4] Job-Spira N, Bouyer J, Pouly JL, Germain E, Coste J, Aublet-Cuvelier B, Fernandez H. Fertility after ectopic pregnancy : first results of a population-based cohort study in France.
- [5] Tanaka T, Hayashi H, Kutsuzawa T, Fujimoto S, Ishino K. Treatment of interstitial ectopic pregnancy with methotrexate : report of a successful case. *Fertil. Steril.* 1982 ; 37 : 851.
- [6] Feichtinger W, Kermeter P. Conservative treatment of ectopic pregnancy by transvaginal aspiration under sonographic control and methotrexate injection. *Lancet* 1987 ; 1 : 381-382.
- [7] Perdu M, Camus E, Rozenberg P, Goffinet F, Chastang C, Philippe HJ et al. treating ectopic pregnancy with the combination of mifepristone and methotrexate : a phase II nonrandomized study. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1998 ; 179 : 640-643.

CET AVIS NE PEUT ETRE DIFFUSÉ QUE DANS SON INTÉGRALITÉ SANS SUPPRESSION NI AJOUT

Avis du Comité technique national des infections nosocomiales du 5 décembre 2001 sur

« La place de la friction hydro-alcoolique dans l'hygiène des mains lors des soins »

Direction générale de la santé. Sous-direction des pathologies et de la santé - Bureau des maladies infectieuses et de la politique vaccinale
(Texte non paru au *Journal officiel*)

Cet avis tient compte des recommandations de la Société française d'hygiène hospitalière. La publication complète de ces recommandations interviendra prochainement.

Considérant :

1. qu'une bonne hygiène des mains est essentielle pour la prévention des infections et la transmission des micro-organismes ;
2. que le lavage des mains, méthode traditionnellement recommandée pour l'hygiène des mains, se heurte à de nombreuses difficultés techniques et pratiques d'application ;
3. qu'un geste d'hygiène des mains doit être effectué à de nombreuses reprises au cours d'une activité normale de soins aux malades, ce qui est consommateur d'une part non négligeable du temps de travail soignant disponible ;
4. que la durée recommandée du lavage des mains n'est que très rarement respectée pour les mêmes raisons, ce qui nuit à son efficacité ;
5. que ces difficultés expliquent la mauvaise observance très généralement relevée lors d'audits d'observation du lavage des mains. L'application en pratique ne dépasse que très rarement 50 % dans les conditions habituelles des soins aux malades ;
6. que, quel que soit le soin, à l'hôpital ou au domicile du patient, et/ou lors de son interruption par des événements extérieurs, le lavage des mains est d'autant moins bien réalisé que les conditions d'organisation sont perturbées ou que les locaux ne se prêtent pas à sa réalisation optimale ;
7. que ce constat concerne l'ensemble des professions de santé, médicales, paramédicales et autres personnels non médicaux ;
8. que si des améliorations de cette observance peuvent être obtenues par des audits d'observation avec un retour d'information aux personnels, et des actions d'éducation, les résultats de ces efforts ne sont que très rarement pérennes ;
9. que l'efficacité des solutions hydro-alcooliques en terme d'élimination de la flore transitoire et résidente portée sur les mains est, dans les conditions d'utilisation recommandées, au moins équivalente et souvent supérieure à celle du lavage des mains effectué avec un savon doux ou même un savon antiseptique ;
10. que les gestes de soins où les mains ne sont pas souillées par des liquides ou matières organiques sont largement majoritaires, les mains souillées contre-indiquant l'usage de la friction avec une solution hydro-alcoolique ;

11. que la durée d'application nécessaire à cette efficacité est nettement inférieure au temps total requis pour le lavage des mains ;
12. que ces solutions peuvent être facilement accessibles aux soignants, à proximité immédiate ou au lit du malade, à tout moment lors des soins, et que ces éléments ainsi que la durée brève nécessaire à leur application facilitent l'organisation du travail des soignants ;
13. que l'utilisation des solutions hydro-alcooliques est simple, et ne nécessite pas de matériel supplémentaire, contrairement au lavage des mains ;
14. que la tolérance cutanée de ces produits est meilleure que celle des savons traditionnels, antiseptiques ou non.

Afin d'améliorer l'observance de l'hygiène des mains par les personnels soignants médicaux et paramédicaux dans les conditions normales d'exercice des activités de soins, Le Comité national technique des infections nosocomiales émet l'avis suivant :

- A. Une friction des mains avec une solution hydro-alcoolique est recommandée en remplacement du lavage des mains traditionnel par un savon doux ou une solution désinfectante lors des soins et dans toutes les circonstances où une désinfection des mains est nécessaire (lors de contacts avec le patient ou son environnement, en particulier avant tout examen médical entre chaque soin, en cas d'interruption des soins). En l'absence de contre-indication, ce geste simple et rapide peut être effectué chaque fois que cela est possible, c'est-à-dire lorsque les mains sont visuellement propres, non souillées par des liquides ou matières organiques, sèches et en l'absence de talc et poudre.
- B. L'utilisation de cette méthode de désinfection des mains ne dispense pas de l'obligation de protection du personnel par le port de gants (non talqués) lors de soins exposant à un contact avec du sang ou des liquides biologiques. Une friction hydro-alcoolique doit être effectuée immédiatement après le retrait des gants.
- C. L'implantation dans les établissements de santé de cette méthode de désinfection des mains en remplacement du lavage des mains traditionnel doit s'accompagner d'une large campagne incitative et d'explication, sous l'égide du Comité de lutte contre les infections nosocomiales et de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière de l'établissement de santé, informant les soignants des avantages et des limites d'utilisation de cette méthode. Un programme de formation du personnel soignant médical et paramédical doit être envisagé, en particulier dans les services à haut risque infectieux.