

Grossesses extra-utérines

La loi de santé publique de 2004 a proposé comme objectif de **diminuer le taux des complications des grossesses extra-utérines (GEU) responsables d'infertilité**. Il n'est actuellement pas démontré que le type de traitement des grossesses extra-utérines modifie la fertilité ultérieure. Il est en effet possible que ce soit les mêmes causes qui induisent les GEU et les troubles de la fertilité. On distingue deux types de GEU : les premières surviennent en cours de contraception (« échec de contraception ») et ne sont généralement pas compliquées de troubles de la fertilité ; les secondes se produisent en dehors de toute contraception (« échec d'un projet reproductif »). Ces dernières sont favorisées par des facteurs tels que le tabagisme, les infections génitales à *Chlamydiae trachomatis* ou les antécédents de chirurgie tubaire et correspondent souvent à une fertilité dégradée. Les autres facteurs de risque sont l'âge, les antécédents de fausse couche spontanée, d'interruption volontaire de grossesse, de contraception par stérilet et d'infertilité¹.

Les données recueillies par le registre d'Auvergne montrent une stabilité globale des GEU entre 1992 et 2002, avec toutefois des différences selon les types : les GEU sous contraception ont diminué pendant la période, en lien avec la diminution de la contraception par stérilet, alors que les GEU qui correspondent à des « échecs reproductifs » ont augmenté de 17 % entre 1997 et 2002. Cet accroissement pourrait être lié à une augmentation des infections à *Chlamydiae trachomatis* et du tabagisme.

traient des proportions élevées de naissances chez des femmes d'âges « extrêmes », mais aussi des ratios de GEU supérieurs aux moyennes nationales dans pratiquement toutes les classes d'âges. L'inverse était observé dans les régions métropolitaines où les ratios de GEU étaient les plus faibles (Nord - Pas-de-Calais et Bretagne).

Le mode de traitement diffère en fonction de l'âge (tableau 2) : la voie médicamenteuse apparaît plus souvent employée chez les moins de 30 ans, tandis que le recours à la chirurgie ouverte (laparotomie) semble plus fréquent chez les femmes âgées de 35 ans ou plus. Le mode de traitement varie fortement selon la région de résidence des femmes. Il est toutefois difficile, avec les données disponibles dans le PMSI, de faire la part entre ce qui serait lié à un éventuel mode de traitement préférentiel en fonction de l'âge des femmes et ce qui relèverait des pratiques régionales, notamment quant au recours au traitement par voie médicamenteuse sans hospitalisation. ●

INDICATEUR PRINCIPAL

Nombre et taux d'incidence des grossesses extra-utérines (ratio pour 100 naissances vivantes)

Seules les GEU hospitalisées peuvent être prises en compte pour le calcul de l'indicateur.

En 2008, les services de soins de courte durée MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) ont enregistré près de 13 000 séjours motivés par une grossesse extra-utérine (tableau 1). Ce nombre de séjours a diminué entre 1997 et 2008, comme le ratio de GEU pour 100 naissances vivantes, qui est passé de près de 2 en 1997 à environ 1,6 en 2008. Dans le même temps, les modes de traitement se sont modifiés. La part des interventions réalisées sous coelioscopie demeure très majoritaire (64 % des cas en 2008) mais elle tend à baisser. La part des interventions de chirurgie ouverte (laparotomie) a sensiblement diminué, tandis que celle des traitements médicamenteux s'est fortement accrue. La baisse du nombre de séjours pour GEU pourrait en partie résulter d'une augmentation du nombre de GEU traitées par voie médicamenteuse, qui ne nécessitent pas d'hospitalisation et ne sont pas

comptabilisées dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Le ratio de GEU pour 100 naissances vivantes est beaucoup plus élevé aux âges extrêmes (moins de 20 ans ou plus de 34 ans) : en 2008, il était de 2,3 pour les femmes âgées de moins de 20 ans, de 1,9 pour celles âgées de 35-39 ans et de 2,4 pour celles qui sont âgées de 40 ans ou plus (tableau 2). Il variait également selon les régions², passant de 1,3 dans le Nord - Pas-de-Calais à 2,8 en Guadeloupe (tableau 3). Ces écarts ne semblent pas s'expliquer par l'effet lié aux structures d'âge : les régions dans lesquelles le ratio de GEU était le plus élevé (Guadeloupe, Martinique et Corse) enregist-

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • DREES.

synthèse

En 2008, les grossesses extra-utérines (GEU) ont été à l'origine de près de 13 000 séjours hospitaliers en MCO, soit un ratio de 1,6 GEU pour 100 naissances vivantes. Il était légèrement supérieur à 2 chez les moins de 20 ans, proche de 2 chez les 35-39 ans et de 2,4 à partir de 40 ans. Dans les régions Guadeloupe et Martinique, les ratios étaient supérieurs à 2,5. En cas d'hospitalisation, la GEU était traitée, en 2008, par une intervention réalisée sous coelioscopie dans 64 % des cas, en décroissance par rapport à 1997. Entre 1997 et 2008, la part des interventions de chirurgie ouverte a sensiblement diminué, tandis que celle par traitement médicamenteux s'est fortement accrue. En onze ans, le ratio de GEU pour 100 naissances vivantes est passé de 1,9 à 1,6 mais la baisse des GEU avec hospitalisation pourrait être en partie compensée par une augmentation du nombre de GEU traitées médicalement et ne nécessitant pas d'hospitalisation.

1. Bouyer J., 2003, « Épidémiologie de la grossesse extra-utérine : incidence, facteurs de risque et conséquences », *Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*; 32 (suppl. au n° 7) : 3S8-3S17.

2. Les effectifs par région étant, pour certaines d'entre elles, assez faibles, il a paru préférable de faire les calculs sur une moyenne annuelle obtenue à partir des trois dernières années disponibles (2006, 2007 et 2008), de façon à atténuer des variations annuelles erratiques liées à cette faiblesse des effectifs.

TABLEAU 1 • Hospitalisations annuelles en soins de courte durée MCO pour grossesse extra-utérine

	Nombre de séjours MCO	Ratio pour 100 naissances vivantes	Répartition selon le mode de prise en charge (en %)		
			Laparotomie	Cœlioscopie	Médicaments
1997	14 700	1,94	21,7	67,4	10,9
1998	14 500	1,89	19,5	67,9	12,6
1999	14 230	1,83	18,7	66,9	14,4
2000	13 930	1,72	16,0	68,1	15,9
2001	13 280	1,65	14,3	67,8	17,9
2002	13 130	1,65	14,0	66,3	19,7
2003	12 670	1,60	13,5	65,6	20,9
2004	13 000	1,63	11,9	64,2	23,9
2005	12 970	1,61	10,5	64,2	25,3
2006	12 930	1,56	10,0	63,4	26,6
2007	12 910	1,58	8,9	64,8	26,3
2008	12 910	1,56	8,8	63,9	27,3

Champ : France entière.

Sources : Bases nationales PMSI-MCO et état civil.

TABLEAU 2 • Hospitalisations en 2008 en soins de courte durée MCO pour grossesse extra-utérine selon l'âge de la femme

Groupes d'âges	Nombre de séjours MCO	Ratio pour 100 naissances vivantes	Répartition selon le mode de prise en charge (en %)		
			Laparotomie	Cœlioscopie	Médicaments
Moins de 20 ans	400	2,33	4,8	64,2	31,0
20 à 24 ans	1 650	1,45	6,7	62,1	31,2
25 à 29 ans	3 590	1,37	7,7	64,3	28,0
30 à 34 ans	3 770	1,46	9,3	64,2	26,5
35 à 39 ans	2 660	1,88	10,5	65,0	24,5
40 ans ou plus	840	2,40	11,8	60,3	27,9
Total tous âges	12 910	1,56	8,8	63,9	27,3

Champ : France entière.

Sources : Bases nationales PMSI-MCO et état civil.

TABLEAU 3 • Hospitalisations en soins de courte durée MCO pour grossesse extra-utérine selon la région de résidence de la femme - Moyenne annuelle sur les années 2006, 2007 et 2008

Région de résidence	Nombre de séjours MCO	Ratio pour 100 naissances vivantes	Proportion de femmes d'âges extrêmes (1) (en %)		Répartition selon le mode de prise en charge (en %)		
			GEU	Naissances vivantes	Laparotomie	Cœlioscopie	Médicaments
Ile-de-France	2 890	1,60	31,0	26,4	8,3	64,1	27,6
Champagne-Ardenne	280	1,70	26,4	19,9	12,3	55,3	32,4
Picardie	370	1,45	30,6	20,5	13,5	56,0	30,5
Haute-Normandie	360	1,54	26,7	19,4	8,0	66,5	25,5
Centre	460	1,53	29,5	21,3	11,8	58,4	29,8
Basse-Normandie	260	1,55	25,2	19,8	5,3	62,8	31,9
Bourgogne	290	1,62	31,7	20,8	7,2	66,4	26,4
Nord - Pas-de-Calais	740	1,31	25,1	19,5	10,0	64,2	25,8
Lorraine	430	1,58	27,6	20,0	11,1	60,8	28,1
Alsace	340	1,53	30,3	21,4	6,2	49,3	44,5
Franche-Comté	230	1,59	31,3	19,3	10,8	64,8	24,4
Pays de la Loire	700	1,53	27,5	19,6	10,1	57,0	32,9
Bretagne	530	1,40	26,0	21,7	9,1	63,6	27,3
Poitou-Charentes	280	1,52	31,7	20,7	7,1	69,4	23,5
Aquitaine	520	1,53	32,5	23,6	5,9	79,4	14,7
Midi-Pyrénées	520	1,64	31,8	23,6	9,9	66,7	23,4
Limousin	120	1,66	34,0	21,8	5,3	76,4	18,3
Rhône-Alpes	1 150	1,43	30,0	22,2	8,0	68,9	23,1
Auvergne	250	1,79	31,1	21,2	4,9	71,2	23,9
Languedoc-Roussillon	500	1,68	29,5	23,8	7,1	76,0	16,9
PACA	990	1,70	32,1	24,6	8,1	66,5	25,4
Corse	60	2,05	31,3	25,4	26,7	54,0	19,3
Guadeloupe	190	2,83	35,7	33,2	19,1	44,6	36,3
Martinique	120	2,30	40,5	33,8	23,6	48,7	27,7
Guyane	100	1,53	28,7	31,9	42,2	34,3	23,5
La Réunion	240	1,63	35,2	28,5	6,7	57,8	35,5
France entière	12 920	1,57	30,0	23,0	9,3	64,0	26,7

1. Femmes âgées de moins de 20 ans ou de 35 ans ou plus.

Champ : France entière.

Sources : Bases nationales PMSI-MCO et état civil.

SOURCES • Bases nationales PMSI-MCO (ATIH, exploitation DREES) pour les séjours hospitaliers; état civil (INSEE) pour les naissances.

CHAMP • France entière.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Ont été retenus, pour repérer les grossesses extra-utérines, les séjours comportant le code CIM-10 O00 en diagnostic principal. Les GEU ont été ventilées selon le mode de traitement (laparotomie, cœlioscopie ou médicaments) à partir des codes actes sur les trompes, les ovaires ou l'utérus mentionnés dans le séjour. En cas d'association de modes de traitement, c'est le plus « lourd » qui a été retenu (par exemple laparotomie si le séjour mentionne un acte de chirurgie ouverte et un acte réalisé sous cœlioscopie); les séjours ne comportant aucun acte ont été regroupés avec ceux mentionnant un traitement médicamenteux.

LIMITES ET BIAIS • Les unités de compte sont des séjours et non des patients. Il s'agit de données redressées prenant en compte les défauts d'exhaustivité du PMSI liés à des non-réponses partielles ou totales d'établissements de santé. Ce taux d'exhaustivité évalué en journées par comparaison avec la Statistique annuelle des établissements (SAE) est en augmentation constante: il est passé de 94% en 1998 à près de 100% en 2008.

RÉFÉRENCE •

— Coste J., Bouyer J., Ughetto S., Gerbaud L., Fernandez H., Pouly J.-L., Job-Spira N., 2004, « Etopic pregnancy is again on the increase. Trends in the incidence of etopic pregnancies in France (1992-2002) », *Human reproduction*, vol.19 (9) : 2014-2018.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • DREES.