

Aspects épidémio-cliniques des pelvipéritonites du post-abortum



MOJ Harioly Nirina ^{*1}, DMA Randriambololona ¹,
I Ranaivo ², T Rasolonjatovo ¹, B Rakotoambinina ³

¹ Service de Gynécologie Obstétrique Befelatanana, CHU d'Antananarivo, Madagascar

² Service de Dermatologie, CHU-JRB Befelatanana, Antananarivo, Madagascar

³ Département Physiologie, Université d'Antananarivo, Madagascar

Résumé

Objectif: L'avortement est illégal à Madagascar en dehors de raisons médicales. L'avortement provoqué effectué clandestinement est responsable de nombreuses complications en particulier infectieuses dont les pelvipéritonites parfois mortelles, souvent génératrices de stérilité secondaire. L'objectif de cette étude est de déterminer les caractères épidémiologiques et les aspects cliniques des pelvipéritonites du post-abortum.

Patientes et méthodes: C'est une étude rétrospective descriptive couvrant l'année 2007, réalisée dans le Service Réanimation des adultes du Service de Gynécologie-Obstétrique de Befelatanana, Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo. Elle concerne toutes les patientes hospitalisées pour pelvipéritonite et présentant dans leur antécédent proche une notion d'interruption volontaire de la grossesse.

Résultats: Les pelvipéritonites du post-abortum représentaient 16,33% des complications des avortements provoqués et 0,23% des motifs d'admission annuelle de l'hôpital. L'âge moyen des patientes était de $27,8 \pm 6,7$ ans. La population d'étude était représentée par les femmes au foyer dans 34% des cas, les femmes mariées dans 55% et les multipares dans 45% des cas. Les douleurs pelviennes constituaient le principal motif de consultation des patientes, notées dans 52% des cas. Les moyens abortifs utilisés étaient surtout représentés par la sonde vésicale (36,4%) et la curette (33,4%). Parmi les lésions retrouvées, une perforation utérine était notée dans 36,36% des cas. Le taux de mortalité maternelle était de 9,09%.

Conclusion: Après un avortement provoqué, les patientes arrivent souvent à l'hôpital à un stade avancé des complications notamment infectieuses. Leur pronostic vital peut ainsi à chaque fois être mis en jeu. La prévention de l'avortement provoqué constitue un objectif médical absolu et nécessite une intensification de l'information sur la contraception, notamment chez les jeunes.

Mots-clés : Avortement provoqué; Clinique; Epidémiologie; Pelvipéritonite

Epidemiological and clinical aspects of post-abortion pelvipерitonitis

Summary

Aim: Abortion is illegal at Madagascar except for medical reasons. Abortion done clandestinely is responsible of many complications particularly infectious complications like pelvipерitonitis which can lead to death or sterility. Aim of this study is to specify epidemiological and clinical aspects of post-abortion pelvipерitonitis.

Patients and methods : We led a retrospective survey at the Adult Resuscitation Service at Gynaecologic and Obstetric Service of Befelatanana, Antananarivo teaching hospital, during 2007. It concerned all patients admitted for post-abortion pelvipерitonitis.

Results: Post-abortion pelvipерitonitis represented 16.33% of illegal abortion complications and 0.23% of hospital admissions during 2007. The patients' mean age was 27.8 ± 6.7 years. Thirty four percent of these patients were home wives, 55% were married and 45% multipare. Pelvic pain was the main clinical sign which motive consultation, noted in 52%. Probe (36.4%) and curette (33.4%) were the most abortion instrument used. Among lesion finded, womb perforation was noted at 36.36%. Mortality rate was 9.09%.

Conclusion: After abortion, patients often come at hospital too late when infectious complications are reached an advanced stage. These complications can lead to death every moment. Illegal abortion must be prevented with better information on contraception and better health education programs, especially in young people.

Keywords: Abortion; Clinic; Epidemiology, Pelvipерitonitis

Introduction

À Madagascar où les avortements volontaires sont interdits, les interruptions volontaires de la grossesse (IVG) ou avortements provoqués se font clandestinement et sont responsables de nombreuses complications pouvant être mortelles [1]. Ces complications sont dominées par les hémorragies et surtout les infections parmi lesquelles les pelvipéritonites tiennent une place importante de par leur gravité. Nous avons réalisé une étude rétrospective afin de connaître les aspects épidémiologiques et cliniques des pelvipéritonites du post-abortum.

Patientes et méthodes

Notre étude était réalisée dans le Service Réanimation des adultes du Service de Gynécologie-Obstétrique de Befelatanana, Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Antananarivo. Il s'agit d'une étude rétrospective des-

criptive couvrant l'année 2007. Les données étaient recueillies à partir du registre des entrées et des dossiers médicaux des patientes. Nous avons inclus toutes les patientes qui étaient admises dans le service pour une pelvipéritonite et qui présentaient dans leur antécédent proche une notion d'IVG. N'étaient pas incluses les patientes qui avaient eu des complications d'avortement spontané ainsi que celles qui étaient admises pour pelvipéritonite mais en dehors d'un contexte d'IVG. Les paramètres analysés portaient sur la fréquence, les caractères démographiques (âge, profession, situation matrimoniale, parité) et la clinique (motifs d'entrée, moyens abortifs, lésions retrouvées, taux de mortalité).

Résultats

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 33 cas de pelvipéritonite parmi 202 cas d'IVG compliquée, donnant une fréquence de 16,33%. Ces cas représentaient 0,23% des motifs d'admission annuelle de l'hôpital. Durant la période d'étude, nous avons enregistré 33 cas de

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: reajud06@yahoo.fr (MOJ Harioly Nirina).

¹ Adresse actuelle: Service de Gynécologie Obstétrique Befelatanana, CHU d'Antananarivo, Madagascar

pelvipéritonite parmi 202 cas d'IVG compliquée, donnant une fréquence de 16,33%. Ces cas représentaient 0,23% des motifs d'admission annuelle de l'hôpital.. Par ordre de fréquence décroissante, nos patientes étaient des femmes au foyer, des commerçantes, des employées de zone franche (EZF), des cultivatrices, des étudiantes, des institutrices et une couturière (Figure 1). La pelvipéritonite touchait un peu plus les femmes mariées (55% des cas) que les célibataires (45% des cas). Concernant la parité, les multipares représentaient 45% des cas, suivies des paucipares (30%) puis des primipares (19%) et enfin des nullipares (6%). Les malades venaient à l'hôpital pour différents motifs, essentiellement des douleurs pelviennes, des métrorragies, une altération de l'état général (AEG) associée à de la fièvre ou un trouble du transit (Figure 2). Les moyens abortifs utilisés étaient la sonde vésicale, la curette, le tambavy (décoction) et la méthode mixte (association sonde-tambavy ou curette-tambavy) (Tableau 1). L'échographie pelvienne réalisée chez ces patientes ainsi que la laparotomie à visée thérapeutique effectuée chez 27 d'entre elles (soit dans 81,82% des cas) avaient permis de visualiser certaines lésions telles que perforation utérine, adhérences, annexite, collection d'abcès, rétention placentaire. La relation entre les moyens abortifs utilisés et le type de lésion retrouvée est récapitulée dans le Tableau 2. Trois patientes parmi les 33 étaient décédées des suites de la pelvipéritonite, réalisant un taux de mortalité de 9,09%. Les décès étaient survenus durant les 24 premières heures de leur admission, à la suite d'un état de choc septique. Les moyens abortifs instrumentaux étaient incriminés dans ces cas de décès: sondage endoutérin pour deux cas et curetage pour le dernier. Deux des trois malades décédées avaient été opérées et une perforation utérine était visible lors de l'intervention.

Discussion

Une enquête démographique réalisée à Madagascar estimait à 6% de l'ensemble des femmes, la fréquence des avortements clandestins [1]. A Madagascar et dans la plupart des pays en développement, le nombre d'IVG et de leurs complications septiques ne cesse d'augmenter au fil des années [1]. Les 33 cas de pelvipéritonites recensés durant l'année 2007 représentaient 16,33% des complications d'IVG et 0,23% des motifs d'admission annuelle au service de Gynécologie-Obstétrique de Befelatanana. Ce taux ne reflète pas la fréquence exacte des pelvipéritonites du post-abortum à Antananarivo car seulement une infime partie des péritonites et pelvipéritonites est prise en charge dans ce centre hospitalier. L'interdiction de l'IVG par la loi en vigueur explique la rareté des données sur ce sujet et leur manque de représentativité [2]. Lors d'une étude effectuée à Madagascar dans le Service de Gynécologie Obstétrique du CHU d'Androva à Mahajanga de 1990 à 1994, les complications septiques des avortements représentaient 0,68% des admissions hospitalières et les pelvipéritonites avaient été observées dans 14 % de l'ensemble des IVG [1]. Lors de notre étude, l'âge moyen de nos patientes était de $27,8 \pm 6,7$ ans; la population était jeune. Dans d'autres séries, l'âge moyen est identique, de 22 ans ou de 24,6 ans [1,3]. Les études faites dans différents pays en développement ont fait remarquer que le risque de grossesse non désirée est élevé chez les jeunes de moins

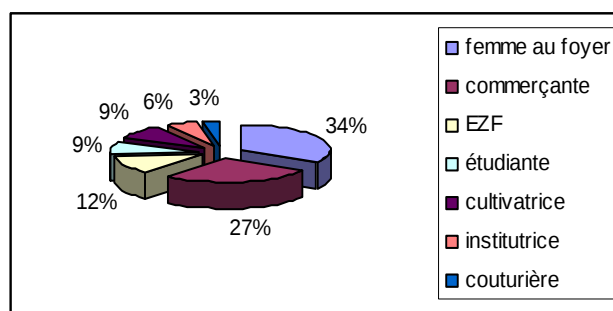


Fig. 1: Répartition des patientes selon la profession

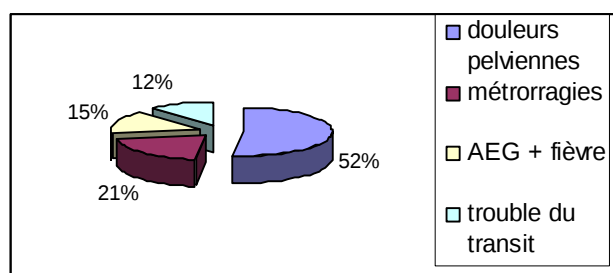


Fig. 2: Répartition des malades suivant leur motif de consultation à l'hôpital

Moyens abortifs	Nombre	Pourcentage
Sonde	12	36,4 %
Tambavy	5	15,1 %
Curette	11	33,4%
Mixte	5	15,1 %

Tabl. 1: Fréquence d'utilisation des moyens abortifs

Lésion	Perforation utérine	Adhérences	Rétention placentaire	Annexite	Collection d'abcès
Moyen abortif					
Sonde	3	4	1	2	1
Tambavy	0	0	3	1	1
Curette	8	0	1	1	1
Mixte	1	1	0	1	2
%	36,36%	15,15%	15,15%	15,15%	15,15%

Tabl. 2: Relation entre moyens abortifs et lésions retrouvées

de 20 ans, les célibataires, les illettrés et les plus défavorisées sur le plan social [4,5]. L'analyse de la profession des malades peut refléter leur niveau socio-économique. La majorité des patientes dans notre étude étaient des femmes au foyer, des commerçantes ou des employées de zone franche donc généralement des femmes de faible niveau de vie. Contrairement à d'autres études, les femmes mariées étaient légèrement prédominantes par rapport aux célibataires, de même les multipares par rapport aux nullipares [6]. Au CHU d'Androva, les pelvipéritonites survenaient sur une population constituée par une majorité de ménagères et d'étudiantes, de primigestes, de nullipares et de primipares [1]. Madebo rapportait que 65% des

femmes hospitalisées pour complications d'avortement illégal étaient célibataires, 70% sans emploi, 67% avaient une faible éducation et 48% étaient nullipares [6]. A part le bas niveau socio-économique, le recours fréquent à l'IVG peut également s'expliquer par la faible utilisation des méthodes contraceptives dans nos régions [1]. Pour les célibataires et les jeunes femmes scolarisées, la crainte des parents, le souhait de continuer les études et l'incompatibilité à gérer l'activité économique et la charge d'un enfant motivent la pratique des IVG [1]. Les signes qui avaient motivé nos patientes à consulter à l'hôpital étaient dominés par les douleurs pelviennes (52%) suivies des métrorragies (21%). Habituellement les pelvipéritonites du post-abortum se présentent cliniquement sous forme d'un tableau infectieux sévère témoignant du caractère septique des méthodes abortives [1]. La quasi-totalité des avortements illégaux sont pratiqués en dehors des centres de soins et des hôpitaux, sans aucune asepsie, le principal souci étant de se débarrasser par tous les moyens de cette grossesse non désirée [1]. Dans notre série, les moyens abortifs les plus utilisés étaient la sonde et la curette. Ces procédures d'insertion dans l'utérus de tubulures en plastique, de tige métallique, de tiges de plante, sont les plus dangereuses et les plus pourvoyeuses de complications infectieuses [6-8]. Devant la gravité de l'état des patientes nous étions obligés d'intervenir par une laparotomie dans 81,82% des cas. La fréquence du recours à la laparotomie est variable selon les séries, 74% pour Ravolamanana Ralisata, 82,5% pour Chen et 94% pour Lassey [1,7,9]. Les lésions les plus fréquemment rencontrées chez nos patientes étaient dominées par la perforation utérine. Les autres complications étaient représentées par les adhérences pelviennes, les rétentions placentaires, les annexites et les collections d'abcès. Dans d'autres séries, il existe aussi une prédominance de la perforation utérine mais aussi de la rétention placentaire. Il peut s'y associer une pyométrie, un pyosalpinx ou une péritonite purulente [1]. D'autres auteurs avaient également cité la possibilité de blessures intestinales [10]. La perforation utérine et la rétention placentaire représentent les principales causes de pelvipéritonite [11]. Dans notre série, le taux de mortalité était de 9,09%. La mortalité maternelle par sepsis et péritonite après un avortement illégal varie selon les séries de 8,3 % à 69,6% [1]. A Madagascar, ce taux de mortalité élevé peut s'expliquer par l'arrivée des patientes en milieu hospitalier à un stade tardif des complications ainsi que par le niveau économique faible qui ne permet pas l'achat des

médicaments. Cette mortalité importante doit encourager les personnels de santé à prendre les mesures préventives nécessaires pour arrêter ce fléau social, entre autres l'intensification de l'information et de l'éducation de la population sur la planification familiale.

Conclusion

Les complications infectieuses des avortements provoqués sont fréquentes et graves. Le bas niveau socio-économique, l'insuffisance de l'information et de l'éducation en matière de contraception et de santé de la reproduction, le retard mis par les patientes à accéder aux soins notamment hospitaliers expliquent l'augmentation du nombre des avortements clandestins et de leurs complications. La prévention de l'avortement provoqué constitue un objectif médical absolu et nécessite une intensification de l'information sur la contraception, notamment chez les jeunes et sur la promotion de la santé de la reproduction surtout des adolescents.

Références

- 1- Ravolamanana Ralisata L, Rabenjamina FR, Razafintsalama DL, Rakotonandrianina E, Randrianjafisamindrakotroka NS. Les péritonites et pelvi-péritonites post-abortum au CHU d'Androva Mahajanga: à propos de 28 cas. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 2001; 30: 282-7.
- 2- Family Planning Association of Madagascar. Maternal and Child Health / family planning and abortion in Madagascar. *Afr J Fertil Sexual Reprod Heal* 1996; 1: 53-4.
- 3- Adjahoto EO, Hodonou KAS, Agba K, Akpadza K, Baeta S. Contraception et avortement provoqué en milieu africain. *Médecine d'Afrique Noire* 1999; 46: 416-20.
- 4- Ankomah A, Aloo-Obunga C, Chu M, Manlagnit A. Unsafe abortions: methods used and characteristics of patients attending hospitals in Nairobi, Lima and Manila. *Health Care Women Int* 1997; 18: 43-53.
- 5- Wadhera S, Millar WJ. Second trimester abortions: trends and medical complications. *Health Rep* 1994; 6: 441-54.
- 6- Madebo T, Tsadic GT. A six month prospective study on different aspects of abortion. *Ethiop Med J* 1993; 31: 165-7.
- 7- Lassey AT. Complications of induced abortions and their preventions in Ghana. *East Afr Med* 1995; 72: 774-7.
- 8- Goyaux N, Yace-Soumah F, Wellfens- Ekra C, Thonneau P. Abortion complications in Abidjan (Ivory Coast). *Contraception* 1999; 60: 107-9.
- 9- Chen LH, Lai SF, Lee WH, Leong NK. Uterine perforation during elective first trimester abortions: a 13-year review. *Singapore Med J* 1995; 36: 63-7.
- 10- Aulagnier G, Fournier B, Prud'homme B, Maurin T, Guillet R, Rudigoz R, et al. Uterine and sigmoid perforations following voluntary interruption of pregnancy by aspiration. A case report. *J Chir* 1981; 118: 339-41.
- 11- Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 129-35.