



TRAITEMENT DES AVORTEMENTS INCOMPLETS A L'HÔPITAL DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT DE N'DJAMÉNA AU TCHAD : ÉTUDE PROSPECTIVE COMPARANT LE MISOPROSTOL A L'ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE

FOUMSOU L¹, SALEH A. A¹, MAHAMAT A. C¹, MIGNAGNAL K¹, LOKOSSOU A², PERRIN R. X².

¹Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HME) / Faculté des Sciences de la Santé Humaine, N'Djamena (République du Tchad)

² Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) / Faculté des Sciences de la Santé, Cotonou (République du Bénin)

Correspondance: Dr FOUMSOU Lhagadang Assistant Chef de Clinique ; email: foum15@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Objectif. Comparer le misoprostol à l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) dans le traitement des avortements incomplets

Matériel et méthodes. Il s'agissait d'une étude prospective et comparative menée du 01/12/2011 au 30/09/2012 (10 mois) dans le Service d'Obstétrique de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de N'Djaména. Les critères d'inclusion/ non inclusion étaient les suivants: porter une grossesse de moins de 12 semaines d'aménorrhée documentée par l'examen clinique et/ou l'échographie; la grossesse était compliquée de métrorragies et/ou d'expulsion incomplète du produit de conception; avoir donné son accord pour l'un ou l'autre procédés de traitement (misoprostol ou AMIU). Deux cent (200) patientes au total répondaient aux critères de sélection: 100 avaient été traitées par le misoprostol et 100 par l'AMIU. L'analyse des données et les tests statistiques étaient effectués sur le logiciel SPSS 17.0. en utilisant le χ^2 de Pearson et le test de Student avec une valeur de signification $p < 0,05$.

Résultats. Sur 1233 grossesses suivies au cours de la période d'étude 200 étaient compliquées d'avortement incomplet et traitées soit au misoprostol soit à l'AMIU; le taux d'évacuation complète était de 92% dans le groupe misoprostol versus 93% dans le groupe AMIU; Le traitement à l'AMIU étaient jugé plus douloureux (83% des patientes) que le traitement par le misoprostol (69%).

Conclusion. Le traitement des avortements incomplets par le misoprostol peut être une alternative à l'aspiration manuelle intra-utérine à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de N'Djaména.

Mots clés. Avortement incomplet-Misoprostol- Aspiration manuelle intra-utérine-Tchad

TREATMENT OF INCOMPLETE ABORTIONS AT THE MOTHER AND THE CHILD HOSPITAL IN N'DJAMENA: PROSPECTIVE STUDY COMPARING MISOPROSTOL TO THE MANUAL INTRA UTERINE ASPIRATION PROCEEDINGS

SUMMARY

Objective. To compare the misoprostol drug to the intra uterine manual aspiration for the treatment of the incomplete abortion.

Material and methods. It was about a prospective and comparative study achieved from 01/12/2011 to 30/09/2012 (10 months) at the Obstetrics Service of the Mother and the Child Hospital of N'Djaména. Inclusion / non-inclusion criteria were as following: to wear a less than 12 weeks gestational aged pregnancy well documented by the clinic exam and/or ultrasonography; the pregnancy were hemorrhages complicated with or with not incomplete expulsion of the concept us; to agree for the misoprostol or the intra uterine manual aspiration proceedings for the treatment. Two hundred (200) patients were treated: 100 with the misoprostol drug and 100 with the intra uterine manual aspiration proceedings. Data and the statistical tests were analyzed on the SPSS 17.0. Software while using the χ^2 test of Pearson the Student test with $p < 0,05$.

Results and conclusion. During the survey, on 1233 pregnancies followed 200 were incomplete abortions complications and treated with misoprostol or with the intra uterine manual aspiration proceedings; the ratio of complete uterus emptying were 92% in the misoprostol group versus 93% in the intra uterine manual aspiration proceedings group. The treatment using the intra uterine manual aspiration proceedings were judged more painful by 83% of the patients than the misoprostol treatment (69%). The misoprostol treatment of the incomplete abortion can be an alternative choice to the intra uterine manual aspiration proceedings at the Mother and the Child Hospital of N'Djaména.

Key words. Incomplete abortion-Misoprostol- Intra uterine manual aspiration proceedings -Tchad

INTRODUCTION

Les avortements incomplets compliquent 15 à 20% des grossesses au premier trimestre et représentent la première cause des urgences en gynécologie; 87 000 femmes en meurent chaque année dans les pays en développement à cause d'une prise en charge inadéquate [1, 14].

Depuis des décennies, l'évacuation chirurgicale d'une rétention du produit de conception est le traitement de référence des fausses couches incomplètes du premier trimestre, attitude dictée par la crainte de l'hémorragie et de l'infection consécutives à la rétention ovulaire [7, 11]. Cependant, le curetage n'est pas recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), car il est plus douloureux et comporte plus de risque que l'aspiration [8].

En effet, l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) est plus accessible et comporte moins de risques que le curetage. Bien qu'elle fût utilisée depuis des décennies dans le système sanitaire de beaucoup de pays, son utilisation demeure encore limitée à quelques centres spécialisés et hôpitaux de référence [6].

Afin de réduire les risques opératoires et anesthésiques liés à l'acte chirurgical, le traitement médical des avortements incomplets par une prostaglandine, le misoprostol est introduit comme une alternative [3]; cette molécule a déjà fait la preuve de son efficacité dans la prise en charge des grossesses arrêtées.

Le but de notre étude était de tester l'efficacité du misoprostol comparée à celle de l'AMIU, l'objectif étant d'évaluer le taux d'évacuation complète de la cavité utérine en traitant les avortements incomplets par l'une ou l'autre procédure.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une étude prospective comparative menée du 01/12/2011 au 30/09/2012 (10 mois) dans le Service d'Obstétrique de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HME) de N'Djaména.

La définition des concepts

L'avortement incomplet est l'expulsion partielle au premier trimestre du produit de conception, ce qui signifie que le processus d'avortement est inachevé. La rétention est due à un décollement incomplet du trophoblaste entraînant une mauvaise rétraction gênant l'hémostase mécanique de la cavité utérine.

Le misoprostol est un analogue de la prostaglandine E2; comme toutes les prostaglandines, c'est un médiateur essentiel de la contractilité du myomètre et de la maturation du col utérin.

Les analogues des prostaglandines connues sont efficaces dans l'interruption volontaire de grossesse, la dilatation du col utérin avant une AMIU, l'évacuation des morts fœtales in utero.

L'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) est une procédure d'aspiration des produits de conception retenus in utero au cours d'un avortement incomplet; l'équipement d'AMIU est composé d'une seringue, d'une sonde ou canule et de valves de compression.

Les critères d'inclusion/non inclusion

étaient les suivants: 1) avoir une grossesse de moins de 12 semaines d'aménorrhée (SA) documentée par l'examen clinique et/ou l'échographie; 2) présenter des symptômes à type de métrorragies, des douleurs pelviennes expulsives associées ou non à l'expulsion incomplète du produit de conception; 3) avoir donné son accord pour l'une ou l'autre procédure de traitement à savoir le misoprostol ou l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU).

Ont été exclues de l'étude les patientes ayant une allergie connue au misoprostol ou à une autre prostaglandine; celles chez qui il y avait une suspicion de grossesse extra-utérine ou d'inflammations pelviennes ou celles ayant refusé de participer à l'étude.

Les techniques de traitement

Le misoprostol était administré à la dose de 400 µg à 600µg par voie orale; l'expulsion complète du produit ovulaire retenu in utero était obtenue en 24 à 48 heures

La technique de l'AMIU consiste à franchir l'orifice interne du col utérin avec la canule d'aspiration après une dilatation cervicale correcte, et puis à procéder méthodiquement à l'aspiration des débris ovulaires retenus in utero.

Deux cent (200) patientes au total répondaient aux critères de sélection: 100 avaient été traitées par le misoprostol et 100 par l'AMIU.

L'analyse des données et les tests statistiques

étaient effectués sur le logiciel SPSS 17.0. en utilisant le χ^2 de Pearson et le test de Student avec une valeur de signification $p < 0,05$.

RESULTATS

Fréquence

Sur 1233 grossesses suivies pendant la même période, 200 présentaient une grossesse compliquée de fausse couche incomplète (16,22%); 100 avaient été traitées par le misoprostol et 100 par l'AMIU.

Procédure de traitement des patientes et efficacité

Tableau I : répartition des patientes selon les résultats du traitement au Misoprostol et à l'AMIU

	Misoprostol, N%	AMIU, N%	P
Succès	92(92)	93(93)	0,78
Echec	8(8)	7(7)	0,78
Total	100(100,0)	100(100,0)	

Les échecs étaient sanctionnés par des hémorragies abondantes, 2cas sur 8 et 2 cas sur 7 respectivement après la procédure d'évacuation au misoprostol et à l'AMIU, une persistance de la rétention ovulaire au contrôle échographique du 7^{ème} jour dans 5cas sur 8 versus 4 cas sur 7 ($p=0,66$ et $0,86$ respectivement).

Effets indésirables

Tableau II : répartition des patientes selon les effets indésirables (N=100)

	Misoprostol N%	AMIU N%	P
Fièvre	20(20)	4(4)	0,000
Frissons	23(23)	6(6)	0,000
Fièvre et frissons	18(18)	4(4)	0,003
Nausées	3(3)	1(1)	0,61
Vomissements	2(2)	-	0,47
Diarrhées	3(3)	-	0,24

La fièvre et les frissons étaient beaucoup marqués chez celles qui étaient traitées par le misoprostol par comparaison aux patientes traitées par l'AMIU.

Complications

Dans le groupe AMIU, nous avons noté 4 cas de déchirure du col utérin contre 0 cas dans le groupe misoprostol ($p=0,02$).

Satisfaction des patientes

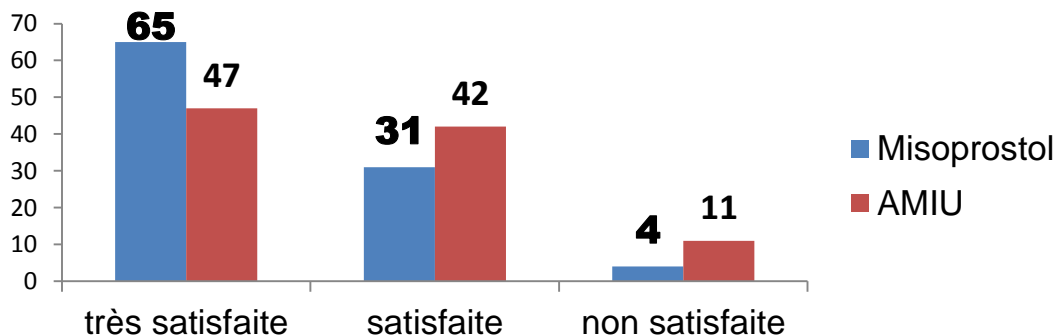


Figure 1 : distribution des patientes selon leur satisfaction

L'indice de satisfaction était marqué chez les patientes traitées par le misoprostol comparé à celles traitées par l'AMIU ($p=0,06$).

Préférence des patientes pour l'une ou l'autre des procédures de traitement en cas d'avortement incomplet ultérieur

La préférence pour le misoprostol (80% des patientes) était prépondérante par rapport à l'AMIU (62%) en cas de traitement ultérieur d'avortement incomplet ($p=0,005$).

DISCUSSION

Fréquence

Durant notre période d'étude 16,22% des avortements étaient incomplets; notre taux se trouvait dans la même fourchette de taux (15 à 20%) rapporté par deux auteurs [9, 10].

Efficacité du traitement

Dans notre série, le misoprostol a été aussi efficace que l'AMIU en termes d'expulsion complète (Tableau I), ce qui rejoint les données de la littérature médicale [6, 13, 15, 17].

Par contre, en 2007, l'étude de Bique C *et al.* [2] avait montré une différence significative dans les taux de succès avec 91% pour le misoprostol et 100% pour l'AMIU ($p=0,000$).

Dans les séries plus récentes [5, 12, 16], il a été prouvé que le misoprostol était aussi efficace que l'AMIU dans l'évacuation complète de la cavité utérine en cas d'avortements incomplets.

Echecs thérapeutiques

Dans notre étude, nous avons enregistré huit cas d'échecs thérapeutiques dans le groupe misoprostol et sept dans le groupe AMIU [Tableau II], en termes d'évacuations incomplètes notamment et d'hémorragies abondantes.

Les données concernant les échecs à l'évacuation du contenu utérin par le misoprostol ou par l'AMIU ont été diversement rapportées dans la littérature: Moodliar *et al.* [13] avaient rapporté 4 cas d'échecs d'évacuation du contenu utérin sept jours après la procédure dans le groupe misoprostol et aucun cas dans le groupe AMIU; dans la série de Bique *et al.* [2], il y avait 9 échecs sur 123 patientes traitées par le misoprostol contre zéro sur 124 patientes traitées par l'AMIU avec une différence statistique significative ($p=0,006$). Notre étude corroborait le constat fait par les auteurs sur l'efficacité du misoprostol et de l'AMIU dans le traitement des avortements incomplets.

Complications

La complication traumatique enregistrée dans notre étude était due au traitement par l'AMIU avec une différence statistique significative ($p=0,02$).

Chung *et al.* [4] dans leur étude comparant 321 patientes traitées par le misoprostol et 314 autres patientes traitées par des méthodes chirurgicales (curetage à la curette + AMIU), avaient retrouvé 6 cas de perforation utérine et 1 cas de lacération cervicale dans le groupe chirurgical contre zéro cas dans le groupe misoprostol avec une différence statistique significative ($p=0,02$).

Effets indésirables

Dans notre étude, les cas de fièvre et de frissons étaient fréquents dans le groupe misoprostol en comparaison à l'AMIU [Tableau II]. Ces mêmes données ont été retrouvées dans la littérature [2, 5, 12]. Par contre, Dao *et al.* [6] n'avaient pas noté des taux élevés de fièvre et frissons parmi leurs patientes traitées par le misoprostol.

Indice de satisfaction

Dans notre étude, l'indice de satisfaction des patientes traitées médicalement par le misoprostol était excellent par rapport aux patientes du groupe AMIU (différence statistique non significative). Les raisons évoquées étaient la possibilité de traitement ambulatoire par le misoprostol alors qu'un délai d'attente était obligatoire pour l'AMIU; ensuite, le misoprostol était pris par voie orale et ne nécessitait pas d'anesthésie ni de chirurgie. Plusieurs auteurs [5, 6, 16] trouvaient un indice de satisfaction élevé dans leurs groupes d'étude; toutefois, plus de trois patientes sur quatre avaient exprimé leur préférence pour le misoprostol par rapport à l'AMIU comme nous l'avons constaté dans notre étude (Figure 1) avec une différence statistique significative.

CONCLUSION

Les résultats de notre travail ont montré que le Misoprostol était aussi efficace que l'AMIU dans le traitement des avortements incomplets. En effet, le taux d'expulsion complète était élevé. L'indice de satisfaction des patientes traitées par le misoprostol était excellent.

Le Misoprostol peut donc être une alternative valable à l'AMIU dans la prise en charge des avortements incomplets dans nos centres hospitaliers.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY COMMITTEE Opinion No. 427: Misoprostol for postabortion care. *Obstet Gynecol.* 2009; 113(2 Pt 1):465-468.
2. BIQUE C, USTA M, DEBORA B, CHONG E, WESTHEIMER E, et al. Comparison of Misoprostol and manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2007, 98: 222-226.
3. CAHILL DJ. Managing spontaneous first trimester miscarriage. *BMJ* 2001; 322: 1315-1316
4. CHUNG TKH, LEE DTS, CHEUNG LP, HAINES CJ, CHANG AMZ. Spontaneous abortion: a randomized controlled trial comparing surgical evacuation with conservative management using misoprostol. *J. Fertil and Steril* .1999; 71: 1054-1059.
5. DABASH R, RAMADAN MC, DARWISH E, HASSANIEN N, BLUM J et al. A randomized controlled trial of 400µg sublingual misoprostol versus manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion in two Egyptian hospitals. *Int J Gynecol Obstet* 2010 ; 111: 131-135.
6. DAO B, BLUM J, THIEBA B. Is misoprostol a safe effective and acceptable alternative to manual vacuum for post abortion? Results from a randomized trial in Burkina Faso West-Africa. *Br J Obstet Gynaecol* 2007; 114 (11): 1368-1375.
7. GEYMAN JP, OLIVIER LM, SULLIVAN SD. Expectant, medical, or surgical treatment of spontaneous abortion in first trimester of pregnancy? A pooled quantitative literature evaluation. *J Am Board Fam Pract* 1999; 12: 55-64.
8. GRIMES DA, CATES W. Complications from legally-induced abortion: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1979; 34: 177-191.
9. HENMINKI E. Treatment of miscarriage: current practice and rationale. *Obstet Gynecol* 1998; 91: 217-253.
10. JONES HW, JONES GS. Novak's textbook of gynecology, ed 10, Baltimore, Williams and Williams Co, 1981: 122 - 134.
11. MC BRIDE WZ. Spontaneous abortion. *Am Fam Physician* 1991; 43:175-182.
12. MONTESINOS R, DUROCHER J, LEON W, ARELLANO M, PENA M. Oral Misoprostol for the management of incomplete abortion in Ecuador. *Int J Gynecol Obstet* 2011; 115: 135-139.
13. MOODLIAR S, BAGRATEE JS, MOODLEY J. Medical v. surgical evacuation of first trimester spontaneous abortion. *International Journal Gynecology & Obstetrics* 2005; 91: 21-26.
14. RAMPHELL SR, MOODLE J. Emergency gynecology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2006; 200(5):729- 750.
15. SHWEKERELA B, KALUMUNA R. Misoprostol for treatment of incomplete abortion at the regional hospital level: results from Tanzania. *Br J Obstet Gynecol* 2007; 114 (11): 1363- 1367.
16. TAYLOR J, DIOP A, BLUM J, DOLO O, WINIKOFF B. Oral misoprostol as an alternative to surgical management for incomplete abortion in Ghana. *Int J Gynecol Obstet* 2011; 112: 40-44.
17. WEEKS A., ALLIA G., BLUM J. A randomized trial of misoprostol compared with manual vacuum aspiration for incomplete abortion. *Obstet Gynecol* 2005; 106 (3): 540- 547.