



COMPLICATIONS ET TRAITEMENT DES AVORTEMENTS PROVOQUÉS CLANDESTINS AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE PARAKOU (BENIN)

HOUNKPONOU NFM¹, TSHABU AGUEMON C², OBOSSOU AAA¹, SALIFOU K¹, TCHAOU B¹, HOUNKPATIN B², PERRIN R-X.²

¹Département de Chirurgie et Spécialités Chirurgicales, Faculté de Médecine, Université de Parakou, Bénin./Department of Surgery and Surgical Specialities, Faculty of Medicine, University of Parakou (Benin).

²Département de Chirurgie et Spécialités Chirurgicales, Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey-Calavi, Bénin./Department of Surgery and Surgical Specialities, Faculty of Health Sciences, University of Abomey-Calavi (Benin).

Auteur correspondant : Dr HOUNKPONOU AHOINGNAN N. Fanny M. Chef de Clinique-Gynécologie obstétrique. Contact : +229 97 44 07 15. Email : noumafanny@yahoo.fr

RESUME

Introduction: L'avortement provoqué est une des causes de mortalité et de morbidité maternelles.

Objectifs:

- 1) Enumérer les complications des avortements provoqués clandestins.
- 2) Décrire leur prise en charge

Patientes et méthode: Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et analytique initiée du 1^{er} avril 2012 au 31 août 2012 au Centre Hospitalier Universitaire de Parakou. 41 cas étaient retenus.

Résultats: Sur 180 cas d'avortement recensés, 41 étaient clandestinement provoqués soit 22,8% des cas. 65,9% des patientes étaient dans la tranche d'âge de 16 à 25 ans. Les moyens d'avortement utilisés étaient: le curetage 26,8% (n=11), les potions traditionnelles 24,4% (n=10), les sels de quinine et chloroquine 14,6% (n=6), le misoprostol 12,2% (n=5) l'aspiration manuelle intra utérine 7,3% (n=3); le permanganate de potassium 4,9% (n=2), autres substances (guinness, sédaspir, synergon) dans 9,8% (n=4). Les complications hémorragiques prédominaient dans 82,9% des cas (n=34) associées ou non à d'autres complications comme la perforation utérine 7,3% (n=3), l'endométrite 12,2% (n=5), la pelvipéritonite 7,3% (n=3) et la péritonite 2,4% (n=1). Le traitement variait en fonction du tableau clinique. Une aspiration manuelle intra utérine était faite dans 78% des cas (n=32) puis associée ou non à d'autres moyens médicamenteux : antibiotiques (95,1%), antipyrétique et antalgique (100%), transfusion sanguine (17,1%), remplissage vasculaire (9,8%) et le sérum antitétanique (95,1%). La mortalité était de 2,4%.

Conclusion: Les complications liées à l'avortement provoqué clandestin sont multiples et graves et mettent en jeu le pronostic vital maternel. La réduction de la mortalité maternelle passe par l'amélioration du plateau technique et un accent particulier sur la prévention.

Mots clés : *avortement provoqué clandestin, complications, pronostic.*

SUMMARY : Complications and treatment of clandestine induced abortions at Parakou University teaching hospital (Benin)

Introduction: The caused abortion is one of the causes of mortality and morbidity maternal.

Objective:

- 1) To enumerate the complications of induced abortion
- 2) To describe the treatment.

Patients and Method: It is about an exploratory study, descriptive and analytical unrolled from April 1st to August 31st, 2012 at the university hospital of Parakou. 41 cases were unrolled.

Results: On 180 cases of listed abortion, 41 are clandestinely caused either a frequency of 22.8%. The age bracket from 16 to 25 years accounted for 65.9% of the cases. The means of abortion were: the curetting 26.8% (n=11); the traditional potions 24.4% (n=10); the potassium 4,9% permanganate (n=2); the manual aspiration will intra uterine 7,3% (n=3); saddles of quinine and chloroquine 14,6% (n=6); the misoprostol 12,2% (n=5) and other substances (guinness, sédaspir, synergon) in 9,8% (n=4) of the cases. The hemorrhagic complications accounted for 82.9% (n=34) associated or not with other complications: the uterine perforation 7.3% (n=3); the endometrite 12.2% (n=5); the pelvipéritonite 7.3% (n=3); peritonitis, 2.4% (n=1). The treatment varied according to the clinical picture: the manual aspiration will intra uterine follow-up of the care post aspiration 78, 0% (n=32) associated or not with the medical means: antibiotherapy (95.1%), antipyretic and antalgic (100%), blood transfusion (17.1%), vascular filling (9.8%) and antitetanus serum (95.1%). Lethality was of 2.4%.

Conclusion: The complications related to the clandestine caused abortion are serious bringing into play the vital prognosis. From where need for stressing the prevention.

Key words: *clandestine caused abortions; complications; prognosis.*

INTRODUCTION

De nombreuses études ont révélé que l'avortement clandestin était une cause majeure de mortalité maternelle dans les pays en développement et particulièrement en Afrique où environ 14% décès sont attribuables aux complications des avortements à risque [1]. Au Bénin, la prévalence des avortements provoqués au plan national était estimée à 15% en 1994 [2].

Nous proposons d'étudier les complications des avortements provoqués clandestins et d'évaluer la prise en charge au Centre Hospitalier Départemental du Borgou (CHD/B) à Parakou au Bénin.

PATIENTES ET METHODES

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive et analytique, étalée du 1^{er} mars 2012 au 31 août 2012 à la maternité du CHD/B. Toutes les patientes admises en urgence chez lesquelles le diagnostic d'avortement provoqué clandestin était posé constituaient la population d'étude. Les menaces d'avortement, les avortements spontanés et les grossesses molaire n'étaient pas inclus.

Les variables étudiées étaient l'âge, le motif d'admission, la méthode abortive utilisée, la qualification de l'agent avorteur, les complications et le traitement. L'analyse des données était faite avec le logiciel Excel 2007. La confidentialité des données recueillies était garantie.

Sur une population d'étude de 1520, le nombre de cas d'avortement recensé était de 180 dont 41 provoqués clandestinement.

RESULTATS

180 cas d'avortement étaient recensés dont 41 clandestinement provoqués soit une fréquence de 22,8%.

L'âge moyen était de 24,92± 6,72 ans. La plus jeune avait 16 ans et la plus âgée 43.

Les métrorragies représentaient 53,7% (n=22) des motifs de consultations, les autres motifs étant les douleurs dans 34,14%(n=14) des cas, l'anémie dans 9,8%(n=4) et les vertiges dans 2,4%(n=1).

Les méthodes abortives utilisées sont représentées dans le tableau I.

Tableau I: Répartition des femmes selon la méthode abortive clandestine utilisée (CHU/B, mars – août 2012).

Méthode abortive	Effectif	%
Curetage	11	26,8
Potion traditionnelle	10	24,4
Misoprostol® dans le Douglas	5	12,2
Aspiration manuelle intra-utérine	3	7,3
Chloroquine	3	7,3
Sels de Quinine	3	7,3
Permanganate de potassium	2	4,9
Autres substances*	4	9,8
Total	41	100

Dans 48,8% des cas, les femmes étaient les auteurs de leur avortement (voir Tableau II).

Tableau II: Répartition des femmes selon l'agent avorteur

Agent de l'avortement	Effectif	%
La femme- même	20	48,8
Médecin	2	4,9
Paramédical*	18	43,9
Tradithérapeute	1	2,4
Total	41	100,0

*Aide-soignant(e), infirmier(ère), sage-femme

Les complications des avortements provoqués clandestins sont représentées sur la figure 1.

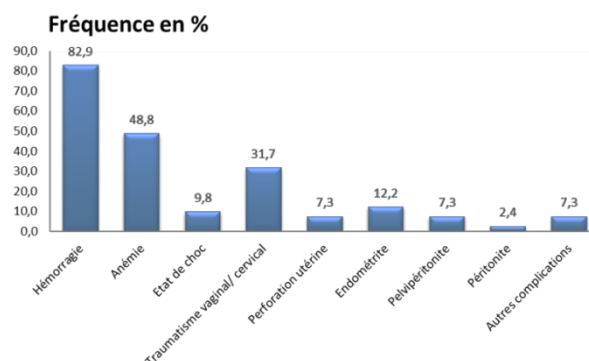


Figure 1: Répartition des patientes en fonction des complications des avortements provoqués clandestins au CHU/B, mars – août 2012

Le traitement consistait :

- en une prise en charge obstétricale par l'aspiration manuelle intra utérine (AMIU) dans 78% des cas ($n=32$) et par le curage dans 4,87% des cas ($n=2$),

- en une prise en charge chirurgicale : 3 laparotomies exploratrices avec hystérorraphie (7,3%) et 1 hystérectomie (2,4%).

- Ces deux traitements ont été associés à une prise en charge médicamenteuse faite d'antibiothérapie (Ampicilline - Gentamicine-Métronidazole ou Ceftriaxone-Gentamicine-Métronidazole) dans 39 cas (95,1%), d'antalgiques et antipyrétiques dans 100% des cas, de transfusion sanguine dans 7 cas (17,07%), de remplissage vasculaire dans 4 cas (9,75%) et de sérum antitétanique dans 39 cas (95,1%). 37 femmes étaient déclarées guéries, 3 étaient rentrées contre avis médical et sans aucune nouvelle. 1 décès était noté soit 2,4%. Une relation statistiquement significative existait entre les agents avorteurs et les complications (Tableau III).

Tableau III : Relation entre l'agent avorteur et les complications

Complication	Agent Avorteur		Total
	Non professionnel de santé	Professionnel de santé	
Hémorragie	13(61,9)	8(38,1)	21(100,0)
Infection	1(100,0)	0(0,0)	1(100,0)
Infection et hémorragie	4(100,0)	0(0,0)	4(100,0)
Infection et traumatisme	0(0,0)	4(100,0)	4(100,0)
Traumatisme	0(0,0)	1(100,0)	1(100,0)
Traumatisme et hémorragie	3(30,0)	7(70,0)	10(100,0)
Total	21(51,2)	20(48,8)	41(100,0)

$Chi^2= 12,7737$ ddl= 5 $p\text{-value} = 0,0256$

DISCUSSION

Dans notre étude, les avortements provoqués clandestins représentaient 22,8% des avortements. Ce résultat est nettement inférieur à celui des 87,1% rapportés par MAYI-TSONGA et al. [3] au Gabon en 2009. Plusieurs facteurs expliqueraient notre taux bas. En effet, seules les femmes ayant présenté des complications post-avortement, ont recours aux soins et il est possible aussi que certaines femmes aient consulté dans d'autres structures sanitaires, no-

tamment les cliniques privées, dont le plateau technique permettrait aussi de prendre en charge convenablement les cas.

L'âge moyen de nos patientes était de $24,92 \pm 6,72$ ans. Cette moyenne d'âge est retrouvée au Congo (24,6 ans) en 2005[4] mais elle est supérieure à celle notée au Mali (21,8ans) en 2000 [5] et inférieure à celle de 29 ans rapportée par CISSE et al. [6] en 2007 à Dakar.

L'avortement provoqué clandestin est donc l'apanage des femmes jeunes adolescentes puisque 65,9% de nos femmes étaient âgées de 16 à 25 ans alors qu'ABAULETH et al. en Côte d'Ivoire retrouvaient un taux de 77,2% en 2005 [7].

La plupart des femmes avaient consulté pour métrorragie (53,7%), motif de consultation le plus fréquent rapporté dans la littérature [8]. 61% des avortements chez nos patientes étaient effectués avant ou à 12 SA et le curetage était la technique clandestine la plus utilisée dans 26,8% des cas. Dans d'autres études, les femmes ont plus recours au Misoprostol (63,1% et 33,33%) [3, 8]. Très souvent, les femmes font appel à tout ce qui est susceptible d'entraîner un avortement même au péril de leur vie.

Près de cinq femmes sur dix avaient elles-mêmes provoqué leur avortement. Ceci justifie le fait que la majorité des avortements (53,7%) avaient lieu au domicile de l'avortée. Ce résultat est proche de celui de GANDZIEN et al. qui trouvent 55,55% d'auto-avortements et 30,16% d'avortements par les paramédicaux [8]. L'avortement provoqué est soumis à une loi restrictive dans notre pays, comme dans la plupart des pays africains [9]. Cette pénalisation entrainerait des pratiques clandestines faites dans de mauvaises conditions et par des mains inexpertes.

Les complications infectieuses sont représentées par l'endométrite (12,2%), proche des 10,6% trouvés par MAYI-TSONGA et al.[3] mais supérieur aux 8,15% relevés par ILOKI et al. à Brazzaville [10], la pelvipéritonite (7,3%), taux semblable à celui de TALL(7,8%), mais largement inférieur aux résultats de LOKOSSOU et al.(31%) [9], la péritonite (2,4%), proche de celui de N'GUESSAN et al. à Cocody en 2001 (4,53%) [11] mais inférieur aux taux de 26% et 49,1% trouvés respectivement par LOKOSSOU et al.[9] et BUANBU-BAMANGA[4].

Le traumatisme vaginal et/ou cervical était de 31,7% dans notre série, supérieur à celui

d'ILOKI à Brazzaville (4,08%) [10] mais cette différence peut s'expliquer par l'utilisation abusive de permanganate de potassium par nos patientes. 7,3% de nos femmes retrouvaient leur utérus perforé contre respectivement 14,7% chez ABAULETH et al. en Côte d'Ivoire [7], 4,76% chez GANDZIEN à TALANGAÏ [8] et 4% chez LOKOSSOU et al. à Cotonou [9].

La quasi-totalité des femmes (95,1%) avaient bénéficié d'une triple antibiothérapie. Cependant l'approche holistique des soins après avortement n'a pu souvent être utilisée. Même si le personnel de la maternité est qualifié pour cette approche, l'affluence du service ne permet pas aux agents de disposer du temps nécessaire pour s'occuper de chaque femme, le CHD/B étant l'hôpital de référence des départements du Borgou et de l'Alibori.

L'évolution après soins est en grande partie favorable. 78% des femmes étaient rentrées dans les 48 heures après leur prise en charge. 1 cas de décès maternel (2,4%) était survenu, c'est celui d'une pelvipéritonite, admise à l'hôpital puis rentrée contre avis médical dans un premier temps, puis revenue après trois jours de soins chez les tradithérapeutes. Elle

est décédée 48 heures après sa réhospitalisation. Ce taux de décès, proche de celui de LOKOSSOU et al. (2,24%) en 2000 à Cotonou [9], est inférieur à 4,4%, rapporté par GANDZIEN et al. en 2004 à Talangaï [8] et à 15,3% trouvé par BUANBU-BAMANGA à Brazzaville en 2005 [4]. Notre taux de mortalité maternelle est loin du taux de 1% admis comme acceptable [12].

CONCLUSION

L'avortement provoqué clandestin (APC) est l'une des questions les plus controversées dans le monde, tant sur le plan moral que juridique. Elle crée des points de vue opposés entre ceux qui reconnaissent à la femme le droit de choisir (Pro-choix) et ceux qui s'y opposent fermement (Pro-vie). Mais l'importance et la gravité des complications des APC interpellent tous les acteurs de la santé de reproduction. La société dans son ensemble doit être sensibilisée à ce drame qui mérite une attention particulière. Les différentes composantes sociales doivent se mobiliser pour trouver des alternatives et réduire la morbidité et la mortalité maternelles liées aux APC.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **WORLD HEALTH ORGANIZATION.** Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, Sixth edition Geneva, World Health Organization, 2011:57 p.
2. **FOURN L, FAYOMI EB, ZOHOUN T.** Prévalence des interruptions de grossesse et de la régulation de naissance au Bénin. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 1997; 26: 804-8.
3. **MAYI-TSONGA S, DIALLO T, LITOCHEKO O, METHOGO M, NDOMBI I.** Prévalence des avortements clandestins au centre hospitalier de Libreville, Gabon. *Santé publique* 2009; 3403:230-2.
4. **BUANBO-BAMANGA SF, EKOUNDZOLA JR, MASSENGO R.** Complications chirurgicales des avortements provoqués clandestins au CHU Brazzaville. *Médecine d'Afrique Noire* 2005; 52(3):139-44.
5. **AKPADZA K, AGBA K, TETE V, BAETA S, ATTIGNON A, ADABRA K, BODONOU AKS.** Connaissance et pratique de la contraception par les patients admises pour avortement provoqué clandestin à la clinique de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU Tokoin- Lomé. *Médecine d'Afrique Noire* 2005; 52(06): 345-51
6. **CISSE CT, FAYE KG, MOREAU JC.** Avortement du premier trimestre au CHU de DAKAR: intérêt de l'Aspiration Manuelle Intra-utérine. *Médecine tropicale* 2000; 67: 163-6
7. **ABAULETH R, N'GUESSAN K, KAKOU C, KONAN KJ, KOFFI A, DIEBLI I, BONI S.** Pronostic des perforations utérines per abortum au CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire. *Médecine d'Afrique Noire* 2009; 56(3): 163-7
8. **GANDZIEN PC, EKOUNDZOLA JR.** Les avortements provoqués à l'hôpital de base de Talangaï. *Médecine d'Afrique Noire* 2004; 51(3): 288-90.
9. **LOKOSSOUA, ADISSO S, KOMONGUI DG, LOMBAT DIBACK SA, PERRIN R-X, ALIHONOU E.** Prise en charge des avortements incomplets dans une maternité de référence. *Journal de la SAGO* 2003; 4(1):7-12
10. **ILOKI LH, ZAKOULOLOU-MASSALA A, GBALA-SAPOULOU MV.** Complications des avortements clandestins: à propos de 221 cas observés au CHU de Brazzaville (Congo). *Médecine d'Afrique Noire* 1997; 44(5): 262-4
11. **N'GUESSAN K, DOUMBIA Y, EFFO N.** Les perforations utérines au cours des avortements provoqués. *Médecine d'Afrique Noire* 2007; 5403: 169-73.
12. **MAINE D., AKALIN M. Z., WARD V.M., KAMARA A.** Centre de santé des populations et de la famille. Université Colombia. Edition 1997, New York.