

Research Article

Complications Chirurgicales des Avortements Clandestins : À Propos de 51 Cas Observés dans Deux Hôpitaux de Yaoundé

S. Takongmo,¹ E. Nkwabong,² C. PISOH-TANGNYIN,¹ C. SIMEU,¹ R. NDI OMGBA,¹ et B. F. FOUDA³

¹Service de Chirurgie, CHU de Yaoundé, Cameroun

²Service de Gynécologie Obstétrique, CHU de Yaoundé, Cameroun

³Service de Chirurgie, Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun

Address correspondence to S. Takongmo, sikongmo@yahoo.fr

Received 10 February 2010 ; Accepted 5 April 2010

Résumé Le but de cette étude était de décrire les complications des avortements provoqués dans la clandestinité et imposant un traitement chirurgical. Il s'agit d'une étude rétrospective transversale portant sur les malades opérés dans les services de Chirurgie de l'Hôpital central et du Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2008. Les variables d'étude étaient l'âge, le statut matrimonial, les antécédents gynécologiques, les antécédents d'avortement antérieur, le mode, l'indication chirurgicale et l'état général des patientes ; les lésions découvertes en peropératoire, leur traitement et l'évolution postopératoire. Cinquante une patientes ont été retenues pour cette étude menée pendant une durée de quatre ans, soit une moyenne de 12,7 cas par an. L'âge des patientes variait entre 15 ans et 41 ans avec une moyenne de 30 ans ; 33 patientes (64,7%) avaient un âge situé entre 15 ans et 25 ans. 6 patientes (11,7%) étaient multipares et 4 patientes étaient primipares (7,8%). Treize patientes (25,42%) avaient déjà subi une interruption volontaire de grossesse sans complication. Quarante-neuf patientes (96%) étaient arrivées avec un tableau de péritonite ; 43 patientes (84,22%) étaient classées ASA III (American Association of Anesthesiologists). Les lésions chirurgicales étaient à type de perforations ou de déchirures utérines dans 20 cas (39,21%), annexielles dans 9 cas (17,64%), digestives dans 16 cas (31,37%) et urinaires dans 4 cas. Le traitement associé au traitement de la péritonite, les sutures utérines, digestives et vésicales ; les gestes d'exérèse comprenaient deux hystérectomies et cinq salpingectomies. Il a été réalisé des gestes de dérivation dont deux cystostomies et deux colostomies. La mortalité était de 15,6%. L'étude recommande une éducation des femmes en matière de contraception et de planning familial, et surtout une politique sociale permettant de réduire le nombre des avortements clandestins.

Mots Clés avortement clandestin ; complications ; chirurgie

1 Introduction

Malgré la légalisation des interruptions volontaires des grossesses en Occident et le développement des politiques de planification familiale en Afrique, les avortements provoqués illégaux restent fréquents et souvent une cause de complications mortelles dans de nombreux pays au climat politique et social hostile à l'avortement [6, 14]. Certaines de ces complications peuvent imposer un traitement chirurgical urgent ajoutant aux risques évolutifs des avortements, les risques de l'anesthésie et ceux des traitements chirurgicaux [4, 7]. Le but de notre étude était d'analyser ces complications et les méthodes de traitement chirurgical avec leur évolution dans notre pratique en vue de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patientes.

2 Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective menée sur les dossiers des patientes traitées pour une complication chirurgicale d'avortement clandestin dans les services de Chirurgie de l'Hôpital Central et dans le Service de Chirurgie Générale du CHU de Yaoundé pendant une période de quatre ans, allant du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2007. Les variables d'étude étaient épidémiologiques et cliniques dont l'âge, l'état matrimonial, les antécédents gynécologiques et obstétricaux, les antécédents d'avortement antérieur, le mode d'avortement, l'indication chirurgicale, l'état général des patientes avec leur classification selon la classification ASA (American Association of Anesthesiologists). L'étude a analysé les lésions découvertes en per-opératoire, leur traitement et l'évolution postopératoire. Huit dossiers ont été exclus, dont six dossiers de patientes opérées ne comportant pas les variables d'étude, et deux dossiers de patientes décédées avant un traitement chirurgical.

3 Resultats

Aspects épidémiologiques

Cinquante une patientes ont été retenues pour cette étude, soit une moyenne de 12,7 cas par an. L'âge des patientes variait entre 15 et 41 ans avec une moyenne de 30 ans ; 33 patientes (64,7%) avaient un âge situé entre 15 ans et 25 ans ; 6 patientes (11,7%) étaient multipares ; 4 patientes étaient primipares (7,8%). Treize patientes (25,42%) avaient déjà subi une interruption volontaire de grossesse sans complication. Aucune patiente n'avait révélé l'identité du praticien ayant provoqué l'avortement ni le cadre précis dans lequel avait été pratiqué l'interruption de la grossesse. Dans tous les cas l'avortement avait été provoqué par une manœuvre endovaginale ou endo-utérine, un curetage ou l'insertion d'un instrument dans le vagin suivie de saignement immédiat et se poursuivant les jours suivants.

Aspects cliniques

Les délais d'évolution des symptômes variaient de trois à onze jours avec une moyenne de 5 jours. Il s'agissait de douleurs abdominales dans 45 cas (88%), d'arrêt de transit digestif dans 15 cas (29,4%), de vomissements dans 10 cas (19,6%) cas et de fièvre dans 36 cas (70,5%). Dans 26 cas (50,9%) il a y avait une association de douleurs, de signes d'occlusion et de fièvre. Quarante neuf patientes (96%) avaient présenté un tableau de péritonite dont 22 cas de péritonite localisée (43,13%) et 27 cas de péritonite généralisée (52,94%); 2 patientes étaient arrivées avec une éviscération par le vagin. Quarante trois patientes étaient classées ASA III (84,22%); 8 patientes étaient classées ASA II (16,68%). L'anesthésie pratiquée avait été une anesthésie générale dans tous les cas. Il avait été systématiquement administré une antibiothérapie probabiliste comprenant une céphalosporine de troisième génération associée à un aminoside ou à du metronidazole par voie intraveineuse. La voie d'abord était d'emblée une voie médiane xyphopubienne dans 39 cas (76,47%), une voie médiane sous-ombilicale dans 7 cas (13,72%). Dans 5 cas (9,8%) l'intervention commencée par une voie de Pfannenstiel s'est terminée par une conversion en voie médiane xypho-pubienne, soit une laparotomie médiane xyphopubienne dans 44 cas (86,27%) des cas. La laparotomie avait permis de découvrir dans tous les cas des lésions inflammatoires de la cavité péritonéale associées à la présence d'un liquide purulent, sérosanguinolent, ou fécaloïde. Les lésions retrouvées étaient classées en lésions utérines et annexielles (Tableau 1), lésions digestives et urinaires (Tableau 2). Les autres lésions étaient représentées par une nécrose du grand épiploon, et une perforation de la paroi postérieure du vagin et une nécrose de la rate. Le traitement systématique de la péritonite avait été associé à des gestes de réparation ou d'exérèses portant sur les viscères dont deux hystérectomies et cinq salpingectomies

Siège des lésions	Nombre des patientes	%
Lésions utérines	20	39,21
Perforations	16	31,37
Déchirure	1	1,96
Section de l'isthme	1	1,96
Nécrose	2	3,92
Lésions annexielles	9	17,64
Perforations de l'ovaire	2	3,92
Perforations de l'ovaire	2	3,92
Hématomes du ligament large	2	3,92
Pyosalpinx	3	5,88
Total	29	56,86

(Pourcentages calculés par rapport à la série de 51 patientes)

Tableau 1: Répartition des lésions utero-annexielles de suite d'un avortement clandestin.

Siège	Lésion	(%)
Intestin grêle	Perforations	8 (15,68)
	Eviscerations	2 (3,92)
	Nécroses	3 (5,88)
Colon et rectum	Perforations	3 (3,88)
Vessie	Perforations	4 (7,84)
Total		20 (39,21)

(Pourcentages calculés par rapport à la série de 51 patientes)

Tableau 2: Répartition des lésions digestives et urinaires des suites d'un avortement clandestin.

Gestes de traitement	Nombre	%
Sutures utérines	12	23,52
Hystérectomies	2	3,92
Salpingectomies	5	9,80
Sutures vaginales	1	1,96
Sutures du grêle	7	13,82
Sutures coliques	2	3,92
Résections du grêle	5	9,80
Colostomies	2	3,92
Sutures vésicales	4	7,84
Cystostomies	4	7,84
Total	44	86,62

(Pourcentages calculés par rapport à la série de 51 patientes)

Tableau 3: Traitement chirurgical des lésions provoquées par les manœuvres abortives.

(Tableau 3). Deux lésions rectales avaient imposé une colostomie ; une cystostomie avait été associée aux deux cas de perforations vésicales traitées par suture. La nécrose splénique fut traitée par splénectomie. La durée du séjour en milieu hospitalier a varié de 15 à 55 jours avec une moyenne de 30 jours. Il a été observé un sepsis pariétal dans 30 cas (58,8%) et une dépression nerveuse dans un cas. Une reintervention pour reprise de la péritonite a été faite dans quatre cas. Les complications majeures étaient

représentées par une détresse respiratoire dans six cas, une insuffisance rénale aiguë dans trois cas. Il y a eu 8 décès, soit une mortalité de 15,6%.

4 Discussion

Il ressort de cette étude que les avortements illégaux sont à l'origine de plusieurs complications chirurgicales conduisant à un traitement en urgence avec une mortalité de 15,6%. Certes cette mortalité porte seulement sur une série hospitalière et ne représente que partiellement la mortalité due aux avortements clandestins dans notre milieu. Cette mortalité élevée semble due au diagnostic tardif des complications. Plusieurs facteurs pourraient expliquer le recours des patients à des personnels non formés à la pratique des interruptions de grossesse [3,4]. Ces avortements sont sollicités par des jeunes femmes, avec 39 patientes (76,47%) âgées de 15 à 30 ans. Un contexte de pauvreté est un facteur prédisposant les femmes à une demande d'avortement. Cette pratique serait aussi liée à une insuffisance de connaissances en matière de contraception et de planning familial, les patientes multipares représentant 11,7% de cas dans notre série. Les patientes ayant déjà subi une interruption volontaire de grossesse non compliquée dans leur passé représentent 25,42% de notre effectif. La gravité de ces avortements serait par ailleurs liée aux manœuvres abortives par des personnes aux connaissances médicales limitées. Dans 25,49% des cas ces avortements ont été pratiqués dans des conditions peu sûres et après 14 semaines de grossesse. Cette demande tardive contraste avec les données américaines selon lesquelles 88% de femmes demandant un avortement présentent une grossesse de moins de 13 semaines. Dans ces conditions les complications sont peu fréquentes ; le taux de mortalité faible, estimée à 0,0006% [3,7,16]. Il est reconnu que l'infection du post-abortum est un important facteur de morbidité et de mortalité des avortements clandestins [10]. Le retard du diagnostic des complications est probablement dû d'une part à une ignorance chez les patientes et les auteurs des avortements clandestins des signes d'appel des complications découverts au cours de la surveillance des femmes ayant subi un avortement. Dans le cas des avortements en milieu médicalisé, des conseils sont donnés aux patientes, insistant sur la possibilité de pouvoir à tout moment appeler pour rendre compte des réactions anormales [7]. Par ailleurs la diversité des lésions dans cette étude est la preuve d'une ignorance des structures anatomiques par les auteurs des avortements clandestins. Ceci est marqué par la présence des lésions utero-annexielles, des lésions digestives et des lésions vésicales ou d'éviscération par le vagin [11] (Tableaux 1 et 2). L'autre facteur d'aggravation des lésions est le retard à l'interprétation des signes de complications. Une douleur intense ou prolongée, des frissons avec fièvre, une perte

sanguine importante, un écoulement vaginal nauséabond sont des signes tardifs des complications [4]. Ils sont en rapport avec un mauvais état général des patientes à leur arrivée dans les services de chirurgie. Dans notre série 84,22% des patientes étaient admises au stade III de la classification ASA. Une telle évolution explique le fort taux de mortalité de 15,6% dans cette série avec 96% de patientes opérées au stade de péritonite. Une étude antérieure réalisée dans la même ville avait déjà permis de relever la participation des avortements provoqués comme cause de péritonites d'origine génitale dans 69,33% des cas [14]. Les péritonites sont également retrouvées comme cause de mortalité après avortement dans d'autres séries africaines [5,8,13,14]. Les péritonites ont été retrouvées à Madagascar comme cause de 70% des complications des avortements provoqués [13]. Au Gabon elles ont été une cause de 24% des hystérectomies en urgence [8]. Le traitement des ces péritonites était de type classique avec lavage per-opératoire de la cavité péritonéale associé à un drainage. Mircea et al. [9] ont préconisé la pratique du lavage péritonéal continu avec de bons résultats. Cette technique semble avoir un effet favorable sur la fonction rénale, ce qui permettrait de l'encourager chez des patients avec un sepsis sévère et une atteinte de la fonction rénale [16]. L'étendue des lésions retrouvées en peropératoire a été à l'origine des gestes d'exérèse. Les deux hystérectomies et cinq salpingectomies réalisées dans notre étude sont des gestes aux conséquences graves pour des femmes jeunes en raison de leur implication dans la stérilité [1]. Les lésions digestives et les lésions urinaires à type de perforation sont un facteur de mauvais pronostic. Elles ont été à l'origine de dérivations digestives et urinaires, colostomies ou cystostomies qui posent des problèmes difficiles d'appareillage et de soins dans nos pays. La morbidité liée au sepsis, retrouvée dans plusieurs avortements clandestins est un facteur d'aggravation de la mortalité [5]. Les complications lointaines sont possibles et graves et reconnues comme étant une cause fréquente d'infertilité [1]. Il peut s'agir de complications moins importantes comme les occlusions intestinales de traitement chirurgical aisé [2]. Toutes ces complications des avortements sont responsables du décès de 68000 femmes par an dans le Monde d'après l'Organisation Mondiale de la Santé [15]. Leur fréquence élevée dans notre série impose une prise systématique des mesures de prévention. La pratique des avortements ne devrait se faire qu'en milieu hospitalier quand l'indication est inévitable. La meilleure prévention demeure cependant une bonne éducation des femmes en matière de contraception et de planning familial [4,5,6,7,10,12].

5 Conclusion

Les complications chirurgicales des avortements clandestins sont encore fréquentes dans notre milieu.

Elles restent une cause importante de mortalité évitable chez les femmes. Leur diagnostic tardif et la clandestinité de leur pratique sont responsables des complications secondaires sévères imprévisibles. Le risque de ces complications impose une intensification de la politique de limitation des avortements aux interventions de grossesse à visée thérapeutique. Il justifie une intensification de l'éducation des femmes et des couples sur les avantages de la contraception et le planning familial.

Bibliographie

- [1] P. Chiva, *Implications of abortion in the etiology of sterility in a textile mill in GALATI, Romania*, *Obstet Gynecol (Bucur)*, 35 (1987), 47–50.
- [2] I. P. Chudi, V. Egwuatu, and O. Okidi, *Intestinal obstruction from an adhesion band mimicking peritonitis due to a complicated induced unsafe abortion: a case report*, *Afr J Reprod Health*, 11 (2007), 111–116.
- [3] L. D. Elam-Evans, L. T. Strauss, J. Herndon, W. Y. Parker, S. Whitehead, and C. J. Berg, *Abortion surveillance – United States, 1999*, *MMWR Surveill Summ*, 51 (2002), 1–28.
- [4] Fédération nationale de l'avortement, *Sûreté de l'avortement chirurgical*. 2008.
- [5] N. Goyaux, E. Alihonou, F. Diadihou, R. Leke, and P. F. Thonneau, *Complications of induced abortion and miscarriage in three African countries: a hospital-based study among WHO collaborating centers*, *Acta Obstet Gynecol Scand*, 80 (2001), 568–573.
- [6] F. C. Greenslade, H. McKay, M. Wolf, and K. McLaurin, *Soins après avortement : initiative de la santé des femmes pour combattre l'avortement à risque*. Santé Maternelle et Néonatale : IPAS – Progrès des soins après avortement, 1994.
- [7] E. S. Lichtenberg, D. A. Grimes, and M. Paul, *Abortion complications. Prevention and management*, in *A Clinical Guide to Medical and Surgical Abortion*, M. Paul, E. S. Lichtenberg, L. Borgata, D. A. Grimes, and P. G. Stubblefield, eds., Churchill Livingstone, New York, 1999, 197–216.
- [8] S. Mayi-Tsonga, S. Pither, J. F. Meye, I. Ndombi, M. T. Nkili, and N. Ogowet, *Emergency obstetrical hysterectomy: about 58 cases at Libreville Hospital Centre*, *Sante*, 14 (2004), 89–92.
- [9] N. Mircea, G. P. Subtirelu, G. Busu, M. Popescu, S. Daschievici, D. Ungurcanu, et al., *Continuous peritoneal lavage in severe post abortion peritonitis*, *Rev Pediatr Obstet Gynecol*, 32 (1984), 37–42.
- [10] J. M. Naib, M. I. Siddiqui, and B. Afridi, *A review of septic induced abortion cases in one year at Khyber Teaching Hospital, Peshawar*, *J Ayub Med Abbotabad*, 16 (2004), 59–62.
- [11] E. Nkwabong, S. Takongmo, C. Simeu, O. R. Ndi, and P. Ngassa, *Eviscération trans-vaginale suite à une perforation utérine par manœuvre abortive : à propos d'un cas*, *Clin Mother Child Health*, 2 (2006), 595–597.
- [12] P. Olukeya, *Reducing maternal mortality from unsafe abortion among adolescents in Africa*, *Afr J Reprod Health*, 8 (2004), 57–62.
- [13] R. L. Ravolamanana, F. R. Rabenjamina, D. L. Razafintsalama, E. Rakotonandrianina, and N. S. Randrianjafisamindrakotroka, *Post-abortion peritonitis pelvipéritonitis at the Androva Mahajanga University Hospital: 23 cases*, *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 30 (2001), 282–287.
- [14] S. Takongmo, F. Binam, C. Simeu, P. Ngassa, L. Kouam, and E. Malonga, *Aspects thérapeutiques des péritonites génitales au CHU de Yaoundé (Cameroun)*, *Med Afr Noire*, 47 (2000), 19–21.
- [15] WHO, *Make every mother and child count*, report, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2005.
- [16] E. Wiebe, E. Guilbert, F. Jacot, C. Shannon, and B. Winikoff, *A fatal case of Clostridium sordellii septic shock syndrome associated with medical abortion*, *Obstet Gynecol*, 104 (2004), 1143–1144.