

Les cas d'avortements à la Maternité de Befelatanana au cours de l'année 1997

Andriamady RCL¹, Rakotoarisoa¹, Ranjalahy RJ², Fidison A¹

RESUME : Cette étude rétrospective, menée en 1997, a pour but d'évaluer la fréquence des avortements spontanés et provoqués admis à la Maternité de Befelatanana, d'en identifier les causes et les facteurs de risques, et d'envisager une politique visant à réduire leur survenue. 958 avortements ont été recensés. L'âge moyen des patientes a été de 28 ans. Les avortements compliqués représentent 30,3% des cas (289 cas). 1 femme sur 25 ayant avorté est décédée. L'étude a permis de préciser certaines causes de la pratique d'avortement : état de santé de la mère, facteurs socio-économiques et culturels. L'avortement constitue un échec de la Santé de la Reproduction. Le contrôle des avortements passe par une éducation sanitaire où la planification familiale a un rôle important, par la prise en charge correcte des avortements et de leurs complications. Mais avant tout, les conditions de vie sont à améliorer.

Mots-clés : Avortement - Cause - Prise en charge - Complication - Mortalité - Planification familiale - MADAGASCAR.

ABSTRACT : "Abortions at the Maternity Hospital of Befelatanana in 1997" : The purpose of this study is to assess the frequency of spontaneous and induced abortions at the Hospital Maternity of Befelatanana, in Antananarivo-City by 1997. The study was also carried out to identify causes and risk factors of abortions in order to draw up a control program. 958 abortion cases were counted. The patient average age was 28 old years.

289 cases (30.3%) of these abortions had complications. 1 out of 25 patients died. Some of causes of abortion have been specified : prior patient health, cultural, social and economic factors. Existence of abortions is a failure report of the Reproductive Health Program. Abortion control must be based on sanitary education in which family planning is very important, on correct management of abortion cases and their complications. But all that is not possible if there are not improvements of the standard of living.

Key-words : Abortion - Cause - Management - Complication - Mortality - Family planning - MADAGASCAR.

INTRODUCTION

L'avortement est l'expulsion du produit de la conception pesant moins de 500 g, avant 22 semaines d'aménorrhée. Il suscite de graves problèmes chez ses pratiquantes, mais cet acte leur apparaît comme la seule issue pour une grossesse non désirée. A Madagascar, malgré que l'interruption de la grossesse (IVG) soit interdite par la loi [1], le nombre de cas d'avortements clandestins ne cesse d'augmenter. Les conséquences en sont désastreuses [1,2,3]. A la Maternité de Befelatanana, les statistiques montrent que les avortements ont été à l'origine de 43,2% des décès maternels enregistrés en 1997. Ce constat nous a amené à évaluer la fréquence des avortements spontanés et provoqués, d'en identifier les causes et les facteurs de risques, et d'envisager une politique visant à réduire leur survenue.

PATIENTS ET METHODE

L'étude, de type rétrospectif, a été réalisée à la Maternité de Befelatanana pendant l'année 1997 à partir de tous les dossiers des femmes admises pour avortement. Ont été exclus de l'étude, les avortements molaires et les interruptions médicales de la grossesse (IMG).

RESULTATS

Sur 9 951 grossesses survenues en 1997, 958 avortements ont été recensés (9,6%). Les cas d'avortements ont été classés en 3 catégories : les avortements complets au nombre de 178, soit 18,5% des cas; les avortements incomplets qui sont subdivisés en avortements incomplets ayant nécessité un curage digital au nombre de 279, soit 29,1% des cas, et les avortements incomplets ayant nécessité un curetage au nombre de 212, soit 22,1 % des cas; et les avortements compliqués au nombre de 289, soit 30,3% des cas. Les complications étaient de

¹ Maternité de Befelatanana – Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, BP 8394 - 101 Antananarivo - Madagascar.

² OMS, Antsahavola - 101 Antananarivo - Madagascar.

type hémorragies graves, de pelvipéritonites dont certaines consécutives à une perforation utérine.

Les tableaux I et II rapportent la répartition des cas d'avortements selon les tranches d'âge et selon la parité et le nombre total de grossesses.

Tableau I : Répartition selon les tranches d'âge

Age (ans)	Nombre	Pourcentage (%)
15-19	138	14,4
20-34	680	71,0
35-50	140	14,6

Tableau II : Répartition selon la parité et par rapport au total des grossesses

	Nombre enfants	Pourcentage (%)	Nombre patientes	Pourcentage (%)
I	476	49,7	4 078	11,6
II à IV	399	41,6	4 564	8,7
V à XIII	83	8,7	1 309	6,3
Total	958	100	9 951	9,6

Plus des 2/3 des patientes provenaient de la capitale ou de ses environs. Les adolescentes et les jeunes nullipares ou primipares ont été les plus vulnérables (Tableau I). Pour près de 90% de ces patientes, le niveau économique est bas, leur revenu annuel n'atteignant même pas la valeur du Produit National Brut (PNB), évalué à 250 US\$ *per capita*.

Plus de la moitié des patientes (506 cas) ont été reçues en urgence dans un tableau d'avortement qui peut être différencié comme suit : près de 20% ont présenté une hémorragie très abondante ou une anémie sévère; un peu moins de 20% ont affiché un tableau de menace d'avortement; et un peu plus de 10% ont présenté, dans un mauvais état général, un tableau de pelvipéritonite ou de choc infectieux grave.

L'interrogatoire a permis de connaître le caractère spontané ou provoqué de l'avortement, et la notion de stress ou de surmenage physique (596 cas). L'avortement provoqué est rarement avoué. Des traces de manoeuvres anormales, de traumatisme du col utérin et les signes de complications d'avortement le font suspecter. La béance cervico-isthmique a été à l'origine de l'expulsion spontanée d'un fœtus vivant dans 88 cas. Le curage a permis la découverte d'une malformation utérine : utérus cloisonné (6cas), utérus double avec vagin double (1cas) et utérus cordiforme (4 cas). Dans 190 cas, il y a un rôle probable des pathologies déjà existantes chez les patientes : affections vasculo-rénales, cardio-respiratoires, et parasitoses.

Le traitement obstétrical et/ou chirurgical a été accompagné d'un traitement médical : remplissage vasculaire, antibiothérapie à large spectre et à forte

dose, type lincomycine associée à de la gentamicine.

Le curage ou le curetage, suivi d'injection d'un utérotonique, a été indiqué dans les rétentions placentaires : 567 cas. Une sérothérapie antitétanique a été faite en cas d'avortement provoqué suspecté ou avoué.

Devant un tableau de péritonite confirmé par un Douglas positif, le traitement chirurgical a consisté en une culdocentèse de première intention. Le pus a été envoyé au laboratoire pour identification de germes en vue d'une antibiothérapie appropriée. Une laparotomie a été nécessaire dans 839 cas. Elle a permis l'observation d'un pus verdâtre, lié et abondant dans 285 cas et de pus jaunâtre dans 403 cas. Après toilette de la cavité péritonéale, suivie d'une adhésiolyse, une solution de continuité de l'utérus a été mise en évidence dans 146 cas, et l'agent utilisé pour l'avortement a été retrouvé dans 61 cas. Les lésions consistaient en une dépéritonisation ou une perforation des anses intestinales qui furent réséquées dans 107 cas, après une hystérectomie subtotalaire : 164 cas ou une hystérectomie totale : 46 cas. Les ovaires ont pu être conservés dans 29 cas.

Sur le plan évolutif, les suites de l'avortement furent simples pour 665 cas. Des complications infectieuses post-opératoires sont survenues dans 179 cas : endométrites, salpingites. 39 décès sont à déplorer par choc per-opératoire, et par suite de complications hémorragiques et infectieuses.

DISCUSSION

L'avortement reste l'une des principales causes de décès maternels en Afrique sub-saharienne : 1 décès pour 150 avortements [4]. Dans notre série, il y a six fois plus de décès : 1 décès sur 25 avortements.

Les complications de l'avortement résultent de la mauvaise prise en charge des avortements spontanés, des mauvaises conditions d'asepsie des avortements provoqués, pratiqués de plus par des personnes incompétentes.

A la base des avortements et de leurs complications, on retrouve surtout l'insuffisance de ressources financières.

CONCLUSION

Qu'il soit spontané ou provoqué, l'avortement constitue un échec de la Santé de la Reproduction. Le contrôle des avortements passe par une éducation sanitaire où la planification familiale a un rôle important, par la prise en charge correcte des avortements et de leurs complications. Mais avant tout, les conditions de vie sont à améliorer.

REFERENCES

- 1- **Family Planning Association of Madagascar**. Maternal and Child Health : Family planning and abortion in Madagascar. *Africa Journal of Fertility sexuality and Reproductive Health*. Abortion in Africa. March 1996; **1** : 53-54.
 - 2- Ministère de la Santé – République de Madagascar, Politique Nationale de Santé - Imprimerie Nationale, Antananarivo, 1999 : 72p.
 - 3- **Salter C, Johnston HB, Hengen N**. Care for post-abortum complications : Saving women's lives. *Population Reports* 1997; **25** : 5.
 - 4- **OMS** : Dossier Mère-Enfant : Un guide OMS pour sauver la vie d'un million de femmes et d'enfants. *Maternité Sans Risques* 1994; **15** : 4-7.
 - 5- **WHO**. Prise en charge clinique des complications de l'avortement : Guide pratique. Genève : OMS, 1994. (WHO/FHE/MSM/94.1).
 - 6- **Vinatier D, Maunoury-Lefebvre C, Depret-Mosser S, Dufour Ph, Monnier J-C**. Avortements spontanés. *Encycl Med Chir*. (Paris). Obstétrique. 5-032-A-20, 1994, 12p.
 - 7- **Reznikoff-Etievant MF**. Les interruptions spontanées répétées de la grossesse : rôle de l'immunité. *Actu Gynecol* 1995; **25** : 31-38.
 - 9- **WHO**. Post-abortion family planning : a practical guide for programme managers. Geneva : WHO, 1997 (WHO/RHT/97-20).
 - 10- **Leonard AH, Ladipo OA**. Post-abortion Family Planning : factors in Individual Choice of Contraceptive Methods. *Advances Abortion Care* 1994; **4** : 1-4.
-