



## Profil épidémiologique et thérapeutique des pelvipéritonites post-abortives à la maternité du C.H.U. d'Antananarivo Madagascar

### Epidemiological, clinical and therapeutic profile of abortion-related pelvic peritonitis at the maternity of the university hospital of Antananarivo Madagascar

M.S FENOMANANA <sup>(1)\*</sup>, S.T RAKOTOARIVONY <sup>(2)</sup>, A.M RIEL <sup>(2)</sup>, E REKORONIRINA <sup>(1)</sup>, J.J ANDRIANJATOVO <sup>(3)</sup>, H ANDRIANAMPANALINARIVO <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Service de Gynécologie - Obstétrique. CHUA-Maternité Befelatanana, 101 Antananarivo Madagascar

<sup>(2)</sup> Service de Réanimation Chirurgicale. CHUA- JRA, BP 4150 Ampefiloha, 101 Antananarivo Madagascar

<sup>(3)</sup> Service des Urgences Chirurgicales. CHUA-JRA, BP 4150 Ampefiloha, 101 Antananarivo Madagascar

#### RÉSUMÉ

L'avortement provoqué est encore un acte illégal à Madagascar. Il s'accompagne souvent des risques, et sa pratique clandestine favorise la survenue d'une pelvipéritonite. Cette dernière est à l'origine de 15% des décès maternels malgaches.

**Objectif :** Notre objectif est de décrire le profil épidémiologique et thérapeutique des pelvipéritonites post-abortives dans un milieu hospitalier.

**Méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive qui a été effectuée à la maternité de Befelatanana Antananarivo (Madagascar) de janvier 2005 au décembre 2008.

**Résultats :** Durant cette étude 119 cas ont été colligés. La moyenne d'âge des patients était de 25,05 ans. Les ménagères (39%) et les concubines (36%) ont prédominées. Seules 8% ont déjà utilisé auparavant une méthode contraceptive. Dans la plupart des cas (34,5%) l'auto avortement a été le plus pratiqué. L'âge moyen des grossesses au moment de l'acte était de 11 semaines d'aménorrhée. Le moyen le plus utilisé était la sonde intra-utérine (37,0%). Le diagnostic hospitalier a été surtout confirmé par la ponction du cul de sac de Douglas combiné à l'échographie (31,9%). Quatre vingt treize virgule deux pour cent ont pu bénéficier d'une laparotomie. L'hystérectomie n'a pas pu être évitée dans 12,7% et la salpingectomie dans 9,1% des cas. La mortalité était de 21,8%.

**Conclusion :** L'arrivée des patientes à l'hôpital reste tardive malgré l'urgence d'une pelvipéritonite post-abortive. Les personnels de santé doivent renforcer la sensibilisation de la population dans le but de convaincre à utiliser les contraceptions. Le parlement devrait réviser la législation sur l'avortement.

**Mots-clés :** Pelvipéritonite ; Avortement provoqué

#### SUMMARY

Induced abortion is illegal and clandestine in Madagascar. It risks promoting pelvic peritonitis and causes 15% of Malagasy maternal deceases.

**Aim:** Our aim is to describe epidemiological, clinical and therapeutic features of abortion-related pelvic peritonitis in a hospital center.

**Methods:** Authors have realize a retrospective and descriptive assessment, from January 2005 to December 2008, in the maternity hospital of Befelatanana Antananarivo Madagascar.

**Results:** One hundred and nineteen cases were recruited. The mean of ages is 25 years old. Housewives (39%) and concubines (36%) predominate. Only 8% already had used any contraceptive method. Self abortion was the most practiced (34.5%). The mean of the pregnancy ages during the abortion was 11 weeks. The intrauterine catheter was the most used method (37.0%). Hospital diagnosis was confirmed by Douglas' puncture combined with echography (31.9%). Ninety three point two percent were able to profit by laparotomy. Hysterectomy was inevitable in 12.7% of cases and salpingectomy in 9.1%. The mortality was 21.8%.

**Conclusion:** Patients' arrival in hospital rests too late in spite of the emergency character of the pelvic peritonitis. The medical staff should more persuade to practice contraception. The parliament should revise abortion's legislation.

**Keywords:** Pelvic peritonitis; induced abortion

#### INTRODUCTION

L'avortement à risque reste un problème majeur de santé publique dans les pays en voie de développement. A Madagascar, il est prohibé par la loi et le taux de contraception est faible, estimé à 39% [1]. Les grossesses non désirées sont alors nombreuses et aboutissent à des avortements provoqués. La clandestinité de l'acte abortif favorise les complications infectieuses graves dont la pelvipéritonite. En effet, 15% des décès maternels malgaches sont estimés liés à l'avortement clandestin [2].

L'objectif de cette étude est de décrire le profil épidémiologique et thérapeutique des pelvipéritonites

secondaires à des avortements provoqués à risque dans la maternité de Befelatanana du CHU d'Antananarivo (Madagascar).

Du Service de Gynécologie et Obstétrique, Maternité de Befelatanana, CHU Antananarivo, & de l'Université d'Ambohitsaina Antananarivo, Madagascar.

\*Auteur correspondant:

Dr. FENOMANANA Maminirina Sonia

Adresse: Service de Gynécologie - Obstétrique  
CHUA Maternité de Befelatanana  
101 Antananarivo Madagascar

Téléphone : +261 34 04 186 83

E-mail: maminirinasonia@yahoo.fr

## MATERIEL ET METHODE

Une étude rétrospective descriptive a été réalisée au CHU de Gynécologie Obstétrique de Befelatanana d'Antananarivo. Cette étude a considéré tous les cas de pelvipéritonites secondaire à un avortement provoqué clandestin du 01 janvier 2005 au 31 décembre 2008, soit une période de 4 ans. Les données ont été recueillies à partir des registres d'entrée, du protocole opératoire et des dossiers médicaux individuels de chaque patiente. Ces données ont été saisies avec le logiciel epidata 3.1 et traitées avec le logiciel stata 8.0. Ont été analysés les paramètres démographiques (l'âge des patientes, leur professions, leur situation matrimoniale, les nombres d'enfants en charge), le taux d'utilisation de contraception, le taux d'auto avortement, l'âge des grossesses au moment de l'avortement, les moyens d'avortement, les moyens de diagnostic de pelvipéritonite, les moyens thérapeutiques et la mortalité.

## RESULTATS

Nous avons colligé 119 patientes. L'âge moyen était de 25 ans avec des extrêmes allant de 14 à 42 ans. Les adultes jeunes de 21 à 30 ans étaient les plus touchés, ils occupent la moitié des cas. Trente neuf pourcent des patientes étaient ménagère, 38% vivaient en concubinage et 24% étaient célibataires.

Trente deux pourcent n'avaient pas encore d'enfant tandis que 19% avaient plus de quatre enfants en charge avec un maximum de huit enfants. Quatre vingt douze pourcent n'ont jamais utilisé de contraception dans leur vie. Le diagnostic a été obtenu après une échographie combinée à la ponction du Douglas dans la plupart des cas (31,9%) (Tableau I). La fièvre a été constatée dans 37,3% des cas (Figure 1).

Tableau I : Répartition des moyens de diagnostic

Moyen diagnostique	N	%
Toucher vaginal et/ou spéculum	29	24,4%
Ponction du Douglas	22	18,5%
Échographie pelvienne	30	25,2%
Ponction du Douglas + Échographie	38	31,9%
Total	119	100

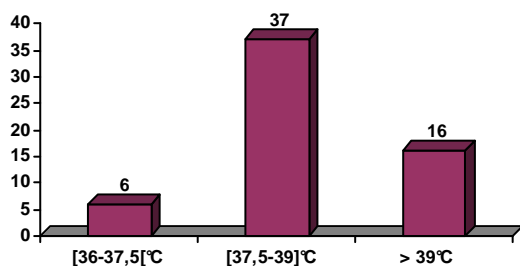


Figure 1 : Répartition de la température des femmes à l'entrée

Parmi les moyens abortifs utilisés seul ou en association, la sonde intra-utérine a été la plus utilisée (37,0%) (Tableau II).

Tableau II : Répartition des moyens abortifs utilisés

Moyen	N	%
Sonde intra utérine	44	37,0%
Curetage	24	20,2%
Comprimé de misoprostol	16	13,4%
Tiges végétales	15	12,6%
Tambavy (décoction)	14	11,8%
Moyens associés	6	5,0%
Total	119	100%

Certains auteurs de l'avortement n'étaient nullement des personnels de santé (Tableau III), 34,5% étaient des auto avortements.

Tableau III : Répartition des personnes actrices de l'avortement

Avorteur	N	%
Malade elle-même	41	34,5%
Médecin	38	31,9%
Matrone	32	26,9%
Sage femme	8	6,7%
Total	119	100%

L'âge gestationnel au moment de l'avortement variait de 5 à 20 semaines d'aménorrhées (SA), avec une moyenne de 11 SA. Un quart des produits de conception étaient avortés à l'âge ovulaire (inférieur à 9 SA) (25,2%), 31,9% à l'âge embryonnaire (de 9 à 15 SA) et 10,1% à l'âge fœtal (16 SA et plus) au moment de l'avortement (Tableau IV).

Tableau IV : Répartition des âges gestationnels au moment de l'avortement

Âges gestationnels	N	%
Ovulaire (<9 semaines d'aménorrhée)	30	25,2%
Embryonnaire (9 à 15 semaines d'aménorrhée)	38	31,9%
Fœtal (>16 semaines d'aménorrhée)	12	10,1%
Age indéterminé	39	32,8%
Total	119	100%

Le délai entre l'acte abortif et la prise en charge hospitalière variait de 4 à 40 jours avec une moyenne de 12 jours (Figure 2)

La prise en charge associait un traitement chirurgical à une réanimation infectieuse (antibiothérapie, vasoconstricteurs, remplissage vasculaire). Quatre vingt douze virgule quatre pourcent ont pu bénéficier d'une intervention chirurgicale (Tableau V), 26,1% ont présenté une perforation utérine. Le traitement a été radical chez 20,2%. Les 7,6% n'étaient pas opérables à cause de leur état hémodynamique associé à un sepsis sévère. Elles étaient toutes décédées en réanimation préopératoire.

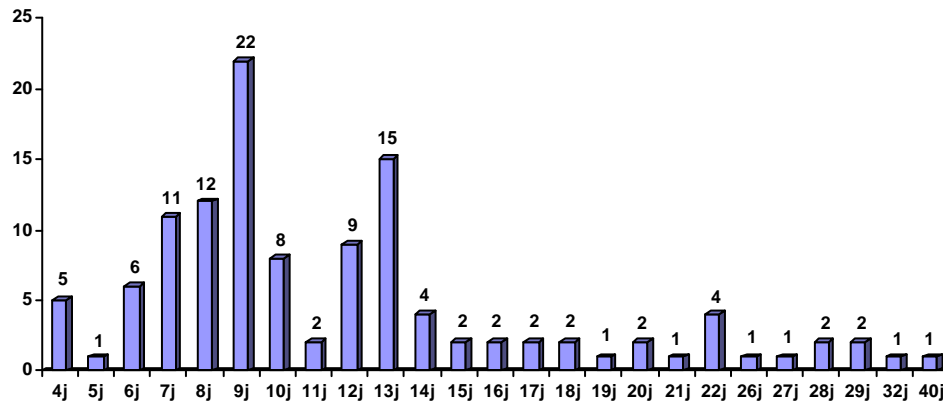


Figure 2 : Délai entre l'acte abortif et la prise en charge hospitalière

Tableau V : Distribution des types d'intervention adoptés

Interventions	N	% (110)	% (119)
Adhésiolyse et drainage simple	67	60,9%	56,3%
Hystérorraphie	19	17,3%	16,0%
Salpingectomie	10	9,1%	8,4%
Hystérectomie subtotale	14	12,7%	11,8%
Total	55	100	92,4%

Toutes les patientes ont reçu une antibiothérapie probabiliste en monothérapie ou associée (Tableau VI).

Tableau VI : Distribution des types d'antibiotique utilisés

Classes d'Antibiotiques	N	%
Bêta lactamine + Aminoside + Imidazolé	57	47,9%
Céphalosporine 3G + Aminoside + Imidazolé	54	45,4%
Macrolide + Imidazolé	8	6,7%
Total	119	100

Quinze virgule un pourcent ont succombé dans les sept jours suivant leur admission à l'hôpital, et 6,7% avant l'intervention chirurgicale, soit un total de 21,8% de mortalité. Tous ces décès ont été dus à un choc septique.

Toutes les patientes ont présenté une douleur pelvienne aiguë, une fièvre et une leucorrhée nauséabonde.

## DISCUSSIONS

A Mahajanga en 1998, l'incidence de pelvipéritonite post-abortum, prédominante entre 21 et 30 ans, est de 34% [3]. Elle était de 49% parmi nos patientes de 21 à 30 ans. La pauvreté favorise la pratique d'avortement et la survenue de pelvipéritonite [4]. Trente neuf pourcent de nos patientes étaient des ménagères. La proportion des mères célibataires ou de concubines est

élevée dans les pays conservateurs. La société y tolère mal un accouchement avant le mariage, source de honte et de stigmatisation vis-à-vis des proches [5]. Notre série comprend 38% de concubines et 24% de mères célibataires. Chez les familles pauvres, un enfant en charge supplémentaire est un facteur incitant la pratique d'avortement [6]. La grossesse non désirée amène les femmes à avorter dans 91% des cas, quelque soit le nombre d'enfants en charge [7,8]. A Madagascar, le taux d'adoption des méthodes contraceptives est de 39% [1]. Dans notre série, 92% n'ont jamais pratiqué une contraception. Plus l'âge de la grossesse est élevé, plus le risque infectieux et la mortalité à l'issue de l'avortement sont importants [9]. En 1998 à Mahajanga, Ravolamanana [3] et al ont trouvé une prédominance des avortements à l'âge ovulaire. Notre série rapporte une prédominance à l'âge embryonnaire, avec un taux de 31% [3]. En Afrique subsaharienne, le taux des avortements auto-pratiqués varie de 28 à 40% selon les pays [10]. Il est de 33,9% dans notre série. La méthode abortive la plus adoptée est la sonde, avec un taux d'utilisation de 45% en Nigeria [11], et de 37,29% dans notre série. Les matrones sont les principales actrices de l'avortement pourtant elles n'ont aucune formation médicale. Le délai d'arrivée à l'hôpital est retardé par l'automédication. La patiente ne veut rejoindre l'hôpital tant que sa douleur est supportable [12]. Tous nos patients ont attendu au moins 4 jours. Comme recommandée par la littérature [13], la laparotomie a été de loin la préférée dans notre étude. De plus, elle est qualifiée comme étant l'abord la plus sûre [13]. Le traumatisme génital, source d'infection, n'est pas rare lors d'un avortement clandestin [14]. Bien que la chirurgie conservatrice ait toujours été privilégiée, le taux de perforations utérines de découverte peropératoire était trop élevé à 27% dans notre série. Si bien que 12,73% ont subi une hystérectomie subtotale et 9,09% une salpingectomie. Au Peshawar [15], le taux d'hystérectomie dans ce contexte est de 15%. L'antibiothérapie probabiliste mal ajustée augmente significativement le risque de mortalité, de 23,4% par rapport au groupe placebo [16]. Toutes nos patientes ont reçu une antibiothérapie probabiliste et 14% ont

succombé. La mortalité est de 13% [3], de 21,8% dans notre série. Certains auteurs sont convaincus de pouvoir diminuer ce taux [17]. Elle augmente de 38% par semaine de plus d'âge gestationnelle au moment de l'avortement [9].

## CONCLUSION

La pelvipéritonite post abortum s'avère à la fois fréquente et grave. Elle touche les adultes jeunes surtout les ménagères, les concubines, et celles sans contraception. La mise en place d'une sonde intra-utérine a été le moyen le plus utilisé en auto-avortement. Les traitements radicaux étaient inévitable dans 21,82%. L'antibiothérapie probabiliste n'a pas pu éviter une mortalité à 14,8%. Des efforts restent nécessaires afin d'améliorer le taux de contraception à Madagascar.

## REFERENCES

1. INSTAT. Enquête Démographique et de Santé de Madagascar (EDS) 2003-2004. 2005.
2. UNICEF. Analyse de la situation des femmes et des enfants à Madagascar ; 1994.
3. Ravolamanana RL, Rabenjamina FR, Razafintsalama DL, Rakotonandrianina E, Randrianjafisamindrakotroka NS. Post-abortum peritonitis pelvipéritonitis at the Androva Mahajanga University Hospital: 23 cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2001; 30(3) : 282-7.
4. Gasman N, Blandon MM, Crane BB. Abortion, social inequity, and women's health: obstetrician-gynecologists as agents of change. *Int J Gynaecol Obstet.* 2006 ; 94(3) : 310-6.
5. Tangmunkongvorakul A, Kane R, Wellings K. Gender double standards in young people attending sexual health services in Northern Thailand. *Cult Health Sex.* 2005 ; 7(4) : 361-73.
6. Oye-Adeniran BA, Adewole IF, Umoh AV, Ekanem EE, Gbadegehin A, Iwere N. Community-based survey of unwanted pregnancy in southwestern Nigeria. *Afr J Reprod Health* 2004; 8 (3) : 103-15.
7. Adesiyun AG, Ameh C. An analysis of surgically managed cases of pelvic abscess complicating unsafe abortion. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2006; 18(2): 14-6.
8. Guleria K, Bansal S, Agarwal N, Grover V. Women with septic abortion: who, how and why? A prospective study from tertiary care hospital in India. *Indian J Public Health* 2006; 50(2) : 95-6.
9. Faucher P. Complications de l'avortement provoqué chirurgical légal. *EMC Gynécologie*, Paris 2008 : 738-B-60.
10. Tadesse E, Yoseph S, Gossa A, Muletta E, Pogharian D, Ketsella K et al. Illegal abortion in Addis Abeba, Ethiopia. *East Afr Med J* 2001; 78(1) : 25-9.
11. Okonofua FE, Shittu SO, Oronsaye F, Ogunakin D, Ogbomwan S, Zayyan M. Attitudes and practices of private medical providers towards family planning and abortion services in Nigeria. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2005 ; 84(3) : 270-80.
12. Andriamady RCL, Rakotoarisoa, Ranjalaly RJ, Fidison A. Les cas d'avortements à la maternité de Befelatanana au cours de l'année 1997. *Arch Inst Pasteur Madagascar* 1999 ; 65(2) : 90-2.
13. Chatterjee C, Joardar GK, Mukherjee G, Chakraborty M. Septic abortions: a descriptive study in a teaching hospital at North Bengal, Darjeeling. *Indian J Public Health* 2007 ; 51(3) : 193-4.
14. Baiden F, Amponsa-Achiano K, Oduro AR, Mensah TA, Baiden R, Hodgson A. Unmet need for essential obstetric services in a rural district in northern Ghana: complications of unsafe abortions remain a major cause of mortality. *Public Health* 2006 ; 120(5) : 421-6.
15. Naib JM, Siddiqui MI, Afridi B. A review of septic induced abortion cases in one year at Khyber Teaching Hospital, Peshawar. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2004 ; 16(3) : 59-62.
16. Rotstein C, Evans G, Born A, Grossman R, Bruce Light R, Magder S et al. Clinical practice guide line for hospital-acquired pneumonia and ventilator associated in adult. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2008; 19(1): 19-53.
17. Fawcus SR. Maternal mortality and unsafe abortion. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2008; 22(3) : 533-48.