

# Les complications des avortements clandestins vus à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana, Antananarivo

*Complications of illegal abortion at Gynaecology and Obstetrics Befelatanana Teaching Hospital, Antananarivo*

J.M. Rakotondraisoa\*, H.A. Andrianampy, J.J.C. Rajaonarison,  
J.A. Randriambelomanana

*Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana*

## Résumé

**Introduction.** A Madagascar, l'interruption volontaire de la grossesse est réprimée par la loi, tout avortement réalisé en dehors de prescription médicale est clandestin. Notre objectif était de déterminer son profil épidémiologique et ses complications chez les patientes hospitalisées à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana.

**Matériels et méthodes.** Il s'agit d'une étude prospective et descriptive réalisée à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana (HUGOB) du 1<sup>er</sup> Novembre 2011 au 31 Avril 2012 chez des patientes hospitalisées pour des complications d'avortement clandestin.

**Résultats.** Durant cette période, ont été inclus 78 cas d'avortements clandestins sur 1741 patientes hospitalisées. Les femmes de moins de 25 ans, célibataires, étudiantes constituaient respectivement 43,59% (n= 34), 24% (n=19) et 57% (n=44) des cas. Les 80% (n=63) n'utilisaient aucun moyen contraceptif. Dans 31% (n= 24) des cas, le motif d'avortement était un problème financier. Les principaux moyens utilisés étaient la Misoprostol 47,44% des cas (n= 37), et des gestes endo-utérins (curetage, sonde, nifin'akanga) soit 39,74% (n=31). Les complications étaient dominées par les hémorragies (n=55) et les complications infectieuses (n=23). Les avortements étaient réalisés par des personnels non qualifiés dans 37% des cas (n=29). Le taux de létalité maternel était de 7,69% (n=6).

**Conclusion.** L'avortement clandestin est source de nombreuses complications souvent gravissimes. Une meilleure sensibilisation des jeunes aux contraceptions et à la gravité de l'avortement clandestin, une restriction à l'accessibilité au Misoprostol pourraient réduire le recours à l'avortement clandestin et ces complications.

**Mots clés:** avortement, clandestin, complications, Antananarivo, Madagascar

## Abstract

**Introduction.** Interruption of pregnancy is still illegal in our country if realized without medical prescription. Our objectives were to determine epidemiological profile and complications of all patients admitted for abortion at the University Hospital of Obstetrics and Gynecology of Befelatanana.

**Materials and methods.** We carried out this prospective and descriptive study at the University Hospital of Obstetrics and Gynecology of Befelatanana (Antananarivo, Madagascar) from November 1, 2011 to April 31, 2012. We recruited all patients admitted for complication of abortion in our center.

**Results.** During this period, 78 cases of unsafe abortion are recruited compared with 1741 patients admitted. Women were mainly aged under 25 years old 43.59% (n=34), singleton 57% (n= 44) and students 24% (n=19). 80% (n= 63) never used contraceptions methods. Financial disorders were mainly the factor of abortion 31% (n= 24). Methods of abortion consisted in oral misoprostol in 47.77% (n= 37) cases and endouterine gestures 32% (n=25). Hemorrhage (n= 55) and infection (n=23) prevailed in complications. Abortions are realized by unskilled personal in 37% cases (n=29). We noticed 7.69% of maternal deaths (n=6).

**Conclusion.** Illegal abortion is often source of serious complications. Large use of birth control methods and serious legislation of use of misoprostol should reduce these complications.

**Key words:** abortion, unsafe, complications, Antananarivo, Madagascar

## Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'avortement consiste à l'extraction ou l'expulsion du produit de conception avant 24 semaines d'aménorrhée (SA) ou pesant moins de 500 g [1]. Environ 46 millions de grossesse se terminent par un avortement chaque année dans le monde dont 11% se passent en Afrique [2,3]. A Madagascar, on estime un avortement pour dix naissances vivantes [4]. Il est interdit par la loi sauf sur indication médicale uniquement. L'avortement peut entraîner des complications maternelles souvent fatales. S'il est réalisé de façon clandestine, le risque de complication se trouve majoré. Notre objectif était de déterminer son profil épidémiologique et ses complications chez les patients hospitalisées à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana (HUGOB).

## Matériels et méthodes

Nous avons mené une étude prospective et descriptive à l'HUGOB sur une période de 6 mois allant du 1<sup>er</sup> novembre 2011 au 31 avril 2012. Toutes les femmes ayant présenté des complications lié à un avortement clandestin hospitalisées, quel que soit l'âge de la grossesse et ayant donné leur consentement ont été incluses dans l'étude. Ont été exclues les complications liées à un avortement spontané quel que soit la cause ou à un avortement non avoué par la patiente. L'OMS a défini l'avortement clandestin comme étant une procédure destinée à interrompre une grossesse non désirée, pratiquée par une personne n'ayant pas les qualifications nécessaires ou réalisée dans un environnement qui n'est pas conforme aux normes médicales minimales ou les deux à la fois [5].

Le manœuvre endo-utérin consiste en une aspiration ou un curetage. Il est indiqué pour les grossesses de plus de 7SA. Cette technique repose sur la dilation du col et l'évacuation du contenu utérin par aspiration à l'aide de la sonde de Karman. Le curetage consiste à évacuer l'utérus à l'aide d'une curette à la place de la canule [6].

Les données ont été recueillies à partir du formulaire d'enquête, du dossier médical. Les paramètres analysés étaient les caractères socio-démographiques, les antécédents gynécologiques et obstétricaux, le déroulement de l'avortement, et les types de complications rencontrées.

Les données ont été analysées avec le logiciel CRAN R version 2. 9. 0 et Microsoft Excel 2010.

## Résultats

Durant cette période nous avons enregistré 78 cas d'avortements clandestins sur un total de 1741 patientes admises en service de gynécologie. L'âge moyen des patientes était 26,81ans (extrêmes : 15 ans et 43 ans). La majorité des patientes appartenaient à la tranche d'âge de 15 à 24 ans 43,59% (n= 34) (Figure 1), célibataires 24% (n=19), étudiantes 57% (n=44). Les 80% (n=63) n'utilisaient aucun moyen contraceptif. Dans 31% des cas (n= 24), le motif d'avortement était un problème financier. Les principaux moyens utilisés étaient la misoprostol 47,44% des cas (n= 37), et des gestes endo-utérins (curetage, sonde, nifin'akanga) soit 39,74% (n=31) (Figure 2). Les complications étaient dominées par les hémorragies (70%) et les complications infectieuses (30%) (Tableau 1). Les différentes catégories de personnels ayant réalisé l'acte abortif étaient décrites sur la figure 3. Le taux de létalité maternelle lié à l'avortement était de 7,69% .

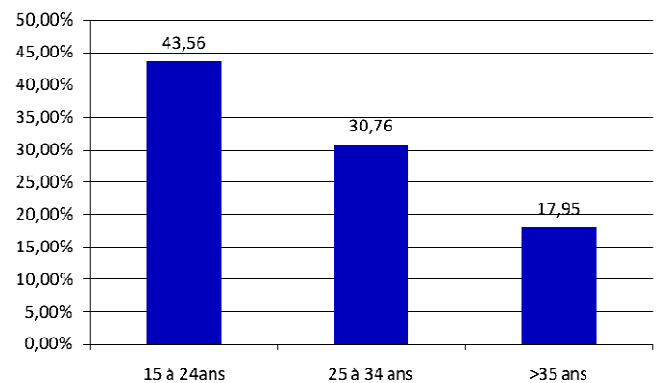


Figure 1. Répartition des patientes ayant fait des avortements clandestins selon l'âge (n=78)

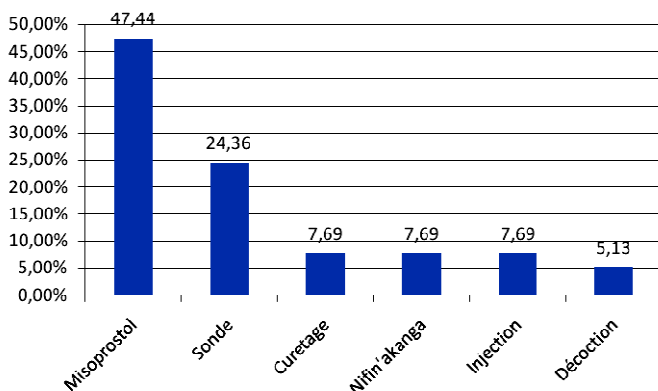
## Discussion

Dans cette étude, ce sont surtout les jeunes de 15 à 24 ans qui avaient le plus souvent recours à l'avortement clandestin comme le cas au Togo [7]. Cette situation s'explique par une activité sexuelle précoce des jeunes d'autant plus qu'ils n'utilisent pas de moyen contraceptif [8]. Les femmes ayant fait des études secondaires représentaient 62% de notre série, ce qui

était plus ou moins similaire à celui retrouvé au Togo réalisées au Zimbabwe (58%) [10] et au Nigeria

**Tableau 1.** Répartitions des patientes présentant des complications des avortement clandestins selon les complications rencontrées (n=78)

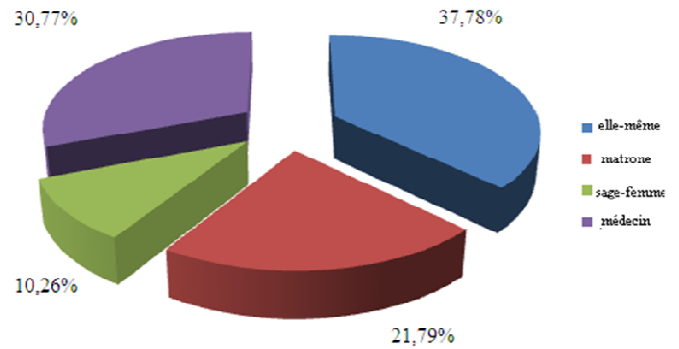
Complications	n	%
<b>Hémorragiques (n=55)</b>		
Rétention trophoblastique	53	96,4
Perforation utérine	2	3,6
<b>Infectieuses (n=23)</b>		
Endométrite	8	34,8
Pelvipéritonite	6	26,1
Annexites	5	21,7
Septicémie	4	17,4



**Figure 2.** Répartition des patientes ayant fait des avortements clandestins selon les moyens utilisés (n=78).

[4] avec un taux de 75,76%. Ce qui s'expliquerait, en partie, par la situation géographique de l'HUGOB à Antananarivo où on rencontre le plus d'écoles. Les mêmes constatations étaient retrouvées au Togo sur le taux de complications d'avortements clandestins. Dans cette étude, 13 % patientes seulement avaient deux années d'études primaires et 33 % six années d'études secondaires [9].

Les femmes sans ressources financières régulières et les étudiantes prédominaient. Ceci est superposable avec les autres pays en développement où les femmes à faible niveau socio-économique sont les plus exposées aux avortements à risque. Au Togo et au Malawi les étudiantes représentaient respectivement 37,12% et 38,6% des cas, alors qu'en Inde et au Nigeria, ce sont les ménagères qui sont les plus touchées avec respectivement 63,8% et 76% des cas. La majorité des femmes étaient célibataires dans les études



**Figure 3.** Répartition des patientes ayant fait des avortements clandestins selon les réalisateurs de l'avortement (n=78).

(54,7%) [11]. Par ailleurs, selon l'OMS la pauvreté est considérée comme étant un facteur des avortements dans les pays en développement [12,14].

Les nullipares représentaient presque la moitié de notre série. Dans la littérature, les résultats sont variables selon les auteurs. Santamarina *et al* ont trouvé une prédominance des nullipares [7]. Lane *et al* rapportent par contre une majorité multipare au Pakistan [15]. Cette situation s'explique par la différence culturelle entre les pays. A Madagascar comme dans d'autres pays africains l'activité sexuelle est précoce et hors mariage, alors que dans les pays musulmans, les relations sexuelles en dehors du mariage sont interdites et ne seront jamais avouées, une grossesse non désirée survient plutôt dans un contexte de limitation de naissance [8,15].

Quatre vingt pourcent des femmes n'avaient pas de moyen de contraception moderne dans notre étude. Plusieurs facteurs expliqueraient cette situation à savoir le niveau d'éducation, le problème d'accès aux soins primaires, les préjugés et les problèmes financiers mais aussi des facteurs socio culturels et religieux. L'absence de contraception explique le taux de récurrence d'avortement retrouvé chez 10,24% de notre population d'étude. Dans d'autres études Africaines, le défaut d'utilisation de contraception est responsable d'une récurrence d'avortement allant de 17% à 80% [16]. Ces chiffres peuvent être sous estimés car c'est une réponse subjective et l'aveu de plusieurs avortements clandestins est souvent difficile à obtenir. Même en France où l'interruption volontaire de la grossesse est autorisée par la loi, les enquêtes étaient considérées comme imparfaites [16].

Les motifs des avortements clandestins étaient un problème financier chez 31% de nos patientes, 20% avaient des problèmes d'âge. Pour Nlome-Nzee *et al*

27% des avortements étaient entrepris à cause des problèmes financiers et 23,7% des grossesses rapprochées [17]. Les jeunes sans revenu stable ou encore en chômage poussent leurs partenaires à avorter. Le troisième motif d'avortement était la préoccupation scolaire (15%). Au Togo et au Gabon, la volonté de poursuivre ses études représentaient respectivement 28,03% et 21% des motifs [4,17]. Le conjoint ou le partenaire jouerait également un rôle important dans la survenue des complications liées à l'avortement en refusant la paternité et la responsabilité y afférente.

Dans notre étude, le misoprostol était le principal moyen abortif en automédication. Fawole *et al* rapportent un taux d'utilisation de 66,2% au Gabon [18]. Le pouvoir abortif de ce médicament est connu par la population générale d'où la tendance à une automédication dans les avortements clandestins. La facilité d'accès par la vente illicite de médicament dans notre pays aggrave la situation.

Plus de 32% de nos patientes avaient recours à des manœuvres endo-utérines. Elle consistait le plus souvent en une introduction dans le col de sonde vésicale ou tubulure de perfusion voire de plante comme le *nifin'akanga* (*Camelina madagascariensis*), spécifique de la Grande Île, tandis que 7,6% avaient eu recours au curetage utérin. Ceci expose ces femmes à des complications infectieuses d'autant plus que seulement 41,03% des actes étaient réalisés par un personnel de sante. D'autres pays en développement ou la législation interdit l'interruption volontaire de grossesse rencontre le même problème [19,20].

Les principales complications étaient l'hémorragie (70%) dans notre série. Elle était en rapport avec une rétention trophoblastique dans la majorité des cas et à la perforation utérine. Au Nigeria, les lésions génitales et les ruptures utérines prédominaient. Ceci était liés à l'utilisation de manœuvres intra utérines dans un cadre clandestin, illégal et par des personnes non qualifiés [26]. Nos résultats sont superposables à ceux décrits par d'autres auteurs ou l'hémorragie prédominaient avec un taux variant de 59 à 76,29% [18,21]. Ce qui s'explique par l'ignorance des patientes sur les complications éventuelles des moyens abortifs qu'elles utilisent et l'utilisation massive de misoprostol dont l'effet pourvoyeur d'avortement incomplet donc d'hémorragie est établi par l'étude de Mayi-Tsonga [22].

Les complications infectieuses (30%) tenaient la seconde place, elles sont représentées par l'endométrite, pelvipéritonite, annexites et la septicémie. Une étude faite au Mali avait retrouvé des complications infectieuses

chez 33% des cas [21]. Les manœuvres endo-utérines faites dans des conditions septiques sont les plus à risques de complications infectieuses [23-25]. Le taux de létalité dans notre étude était de 7,69%. Ce chiffre est inférieur à ceux rapportés dans la littérature Africaine ou la létalité a pu atteindre 18 à 35% [27,28].

## Conclusion

L'avortement clandestin est source de nombreuses complications souvent gravissime. Une meilleure sensibilisation des jeunes aux contraceptions et à la gravité de l'avortement clandestin, une restriction à l'accessibilité au misoprostol pourraient réduire le recours à l'avortement clandestin et ces complications. Les médecins, les sages femmes et les matrones qui pratiquent l'avortement clandestin doivent être sanctionnés aussi.

## Références

1. The world Health Organisation. Medical Methods for termination of Pregnancy. Report of a WHO scientific Group. *World Health Organ Tech Rep Ser* 1997; 871: 1-110.
2. Gastineau B.,Rajaonarisoa S. Santé de la reproduction et avortement Antananarivo (Madagascar). Résultat d'une recherche originale. *Afr J Reprod Health* 2010; 14: 223-32
3. Benson J, Nicholson LA, Gaffikin L, *et al.* Complication of unsafe abortion in sub-Saharan:a review. *Health Policy Plan* 1996; 11: 117-31.
4. Vilain A. Les établissements et les professionnels réalisant des IVG. Paris : DREES. 2009; 712.
5. Chamie J. Un population division issues updated study on abortion policies. New York : Population, 2<sup>ème</sup> édition ,2002: 830
6. Kahn JG, Becker BJ, Macisaa L, *et al.* The efficacy of medical abortion: a meta-analysis. *Contraception* 2000; 61: 29-40.
7. Santamarina BA, Smith SA. Septic abortion and Septic choc. *Clin Obstet Gynecol* 1970; 13: 291-304.
8. Razafimiantsoa TT. Etat matrimonial et exposition au risque de grossesse. In ICF Macro eds. Enquête Démographique et de Santé de Madagascar 2008-2009. Antananarivo: ICF Macro,2010: 99-102
9. Chalaina S, Bouzilleb G, Bouquetb E, *et al.* Caractéristiques sociodémographiques des femmes recourant à l'interruption volontaire de grossesse, et de sa prise en charge dans le Maine-et-Loire en 2007. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2011; 40: 407-14.
10. Ketting E. Poverty and reproductive health : global overview. *Plan Parent Chall* 1997; 1: 18-21.
11. Ahman E, Shah I. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. eds. In: Butler P, Schlagenhaft F eds. *Unsafe abortion: Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2004: 52.*
12. Gulera K, Bansal S, Agarwal N, *et al.* Woman with septic abortion : who, how and why? A prospective study from tertiary care hospital in India. *Indian J Public Health* 2006; 50: 95-6.

13. Ikpeze OC. Pattern of morbidity and mortality following illegal termination of pregnancy at Nnewi, Nigeria. *J Obstet Gynaecol* 2000; 20: 55-7.
14. Gasman N, Blandon MM, Crane BB. Abortion, social inequity and women's health : obstetrician-gynecologists as agents of change. *Int J Gynecol Obstet* 2006; 94: 310-16
15. Lane SD, Jok JM. "Buying safety: the economics of reproductive risk and abortion in Egypt." *Soc Sc Med* 1998; 47: 1089-99.
16. Mosoko JJ, Delvaux T, Glynn JR, *et al.* Induced abortion among women attending antenatal clinics in Yaounde, Cameroon. *East Afr Med J* 2004; 81: 77-80.
17. Nlome Nze AR, Picaud A, Mbadinga, *et al.* Les avortements clandestins à Libreville : véritable problème de sante publique. *Med Afr Noire* 1991; 3: 223-7
18. Fawole AA, Aboyeji AP. Complications from unsafe abortion : presentation at Ilorin, Nigeria. *Niger J Med* 2002; 11: 77-80.
19. Goyaux N, Yace-Soumah F, Wellfens-Ekra C, *et al.* Abortion complications in Abidjan (Ivory Coast). *Contraception* 1999; 60: 107-9.
20. Faundes A, Hardy E. Illegal abortion: consequences for women's health and the health care system. *Int J Gynecol Obstet* 1997; 58: 77-83.
21. Bergström S, Sjöstrand M, Quist V, *et al.* Socio-economic client characteristics and consequences of abortion in Nairobi. *East Afr Med J* 1995; 72: 325-32.
22. Mayi-Tsonga S, Diallo T, Litovchenko O, *et al.* Etude comparée des complications des avortements clandestins: misoprostol versus autres méthodes abortives. *Clin Mother Child Health* 2009; 6: 1.
23. Diabate FS, Traoré M. "Complications des avortements provoqués illégaux à Bamako (Mali) de décembre 1997 à novembre 1998." *Cahiers santé* 2000; 10: 243-7.
24. Cameron ST, Glasier AF, Logan J, *et al.* Impact of the introduction of a new medical methods on therapeutic abortions at the Royal Infirmary of Edinburgh. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103
25. Thonneau P, Poiré H, Fougeyrollas B, *et al.* A comparative analysis of fall in haemoglobin following abortions conducted by mifepristone (600 mg) and vacuum aspiration. *Hum Reprod* 1995; 10: 1512-5.
26. LemaVM, Mpanga V, Makanni BS. Socio-demographic profile of characteristics of adolescent post-abortion patients in Blantyr, Malawi. *East Afr Med J* 2002; 79: 306-10
27. Goyaux NE, Alihonou F, Diadhiou, *et al.* Complications of induced abortion and miscarriage in three african countries: a hospital-base study among WHO collaborating centers. *Acta obstetrica Gynecol Scandinavica* 2001; 80: 568-73.
28. Mbonye A. Abortion in Uganda: magnitude and implications. *Afr J Reprod Health* 2000; 4: 104-8.