

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : RAPPELS	
I. Définition	3
I.1. Définition de l'avortement.....	3
I.2. Différents types d'avortement.....	3
II. Diagnostic de l'interruption volontaire de la grossesse	4
II.1. Diagnostic positif	4
II.2. Diagnostic différentiel.....	5
III. Méthodes abortives utilisées	6
IV. Complications de l'interruption volontaire de la grossesse	7
IV.1. Complications précoces	8
IV.2. Conséquences à moyen et long termes	12
IV.3.Troubles neurologiques et psychiatriques	13
V. Prise en charge des complications du post-abortum.....	14
DEUXIEME PARTIE : METHODES ET RESULTATS	
I. Méthodes.....	16
I.1. Caractéristiques du cadre d'étude	16
I.2. Type d'étude	18
I.3. Durée d'étude.....	18
I.4. Période de l'étude.....	18
I.5. Population d'étude.....	18
I.6. Mode d'échantillonnage	18
I.7. Variables étudiées	18
I.8. Mode de collecte des données.....	19
I.9. Mode d'analyse des données	19
I.10. Difficultés et limites de l'étude	20
I.11. Considérations éthiques	20
II. Résultats	21
II.1. Fréquence	21
II.2. Aspects épidémiologiques	22

II.3. Antécédents gynécologiques et obstétriques	30
II.4. Prestataires de l'avortement	37
II.5. Méthodes abortives utilisées	38
II.6. Raisons de l'avortement	39
II.7. Aspects cliniques	42
II.8. Aspects para cliniques	45
II.9. Aspects thérapeutiques et évolutifs	46
TROISIEME PARTIE : DISCUSSION	
I. Fréquence	49
II. Facteurs épidémiologiques	49
III. Antécédents gynécologiques et obstétriques	53
IV. Prestataires de l'avortement	56
V. Raisons de l'avortement	57
VI. Méthodes abortives utilisées	58
VII. Aspects cliniques	59
VIII. Prise en charge	61
IX. Issue de la prise en charge	61
CONCLUSION	63
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXES	

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau I : Répartition selon la fréquence d'interruption volontaire de grossesse.....	la 21
Tableau II : Répartition selon l'âge.....	22
Tableau III : Répartition selon la profession.....	la 23
Tableau IV : Répartition selon le niveau d'instruction.....	25
Tableau V : Répartition selon les motifs d'admission.....	28
Tableau VI : Répartition selon les raisons de non utilisation de contraception et l'âge.....	33
Tableau VII : Répartition selon les raisons de non utilisation de contraception et la situation matrimoniale.....	34
Tableau VIII : Répartition selon les méthodes abortives utilisées.....	38
Tableau IX : Répartition selon les raisons de l'avortement.....	39
Tableau X : Répartition selon les raisons de l'avortement et l'âge	40
Tableau XI : Répartition selon les raisons de l'avortement et la situation matrimoniale.....	41
Tableau XII : Répartition selon les examens paracliniques effectués...	45
Tableau XIII : Répartition selon le traitement prescrit.....	46

LISTE DES FIGURES

	Pages	
Figure 1	: Répartition selon la situation matrimoniale.....	24
Figure 2	: Répartition selon la provenance.....	26
Figure 3	: Répartition selon le mode d'admission	27
Figure 4	: Répartition selon l'état général à l'admission.....	29
Figure 5	: Répartition selon la parité.....	30
Figure 6	: Répartition selon l'utilisation ou non de contraception.....	31
Figure 7	: Répartition selon les raisons de non utilisation de contraception.....	32
Figure 8	: Répartition selon les antécédents gynécologiques ...	35
Figure 9	: Répartition selon l'âge gestationnel.....	37
Figure 10	: Répartition selon les prestataires de l'avortement....	35
Figure 11	: Répartition selon les types de complications	42
Figure 12	: Répartition selon. les complications hémorragiques..	43
Figure 13	: Répartition selon les complications infectieuses.....	44
Figure 14	: Répartition selon l'issue de la prise en charge.....	47

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AMIU	:	Aspiration manuelle intra-utérine
βHCG	:	Bêta hormon chorionic gonadotropin
CHRR	:	Centre hospitalier de référence régionale
DDR	:	Date des dernières règles
DIU	:	Dispositif intra-uterin
EDS	:	Enquête démographique et de santé
g	:	Gramme
GEU	:	Grossesse extra utérine
CHUGOB	:	Centre hospitalier universitaire de gynécologie obstétrique de Befelatanana
<	:	Inférieure
IEC/CCC	:	Information éducation communication pour le changement de comportement
IM	:	Intramusculaire
IMG	:	Interruption médicale de la grossesse
ITG	:	Interruption thérapeutique de la grossesse
IV	:	Intraveineuse
IVG	:	Interruption volontaire de la grossesse
N	:	Nombre
NFS	:	Numération de formule sanguine
OMS	:	Organisation mondiale de la santé
ORL	:	Otorhino laryngologie
PF	:	Planification familiale
%	:	Pourcent
RN	:	Route nationale
SA	:	Semaine d'aménorrhée
>	:	Supérieure

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 : Législation concernant l'avortement provoqué à Madagascar
- Annexe 2 : Fiche d'enquête
- Annexe 3 : Iconographie

Rapport-Gratuit.com

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'avortement est l'interruption de la grossesse avant que le fœtus ne soit viable, c'est-à-dire capable de mener une vie extra utérine indépendante, soit inférieur à 22 semaines d'aménorrhée [1].

Malgré la légalisation des interruptions volontaires des grossesses en occident et le développement des politiques de planification familiale en Afrique, les avortements provoqués restent fréquents [2].

Selon l'OMS, 25% de toutes les grossesses dans le monde sont interrompues volontairement [3]. L'avortement se pratique dans tous les pays, mais les avortements à risque c'est-à-dire, ceux effectués en dehors des centres de santé ; dans des conditions d'hygiène et de sécurité insuffisantes, surviennent essentiellement dans les pays en développement [4]. En 2003, 35 millions des cas d'avortement, parmi les 41,6 millions recensés, ont eu lieu dans les pays en développement. C'est ainsi que 66 500 femmes sont décédées des conséquences d'un avortement à risque dans le monde, la même année. En 2008, ce chiffre a encore augmenté et est passé à 43,8 millions dont 80% se sont rencontrés dans les pays en développement [5]. L'avortement provoqué clandestinement expose à des complications dramatiques souvent incurables voire mortelles et représente 13% des causes de mortalité maternelle dans le monde. Il assombrit le pronostic obstétrical de la femme et constitue donc un fléau à combattre [6].

L'Afrique représente 11% des 46 millions de grossesses dans le monde qui se terminent par un avortement chaque année. Si les grossesses non désirées sont évaluées à 30% de l'ensemble des grossesses, 12% d'entre-elles ont été interrompues par un avortement [7,8]. L'avortement constitue ainsi la cause de près de 14% des décès maternels en Afrique, il pose un véritable problème de santé publique actuellement [9].

A Madagascar, on estime un avortement pour dix naissances vivantes [7]. Le code pénal malgache condamne les femmes qui mettraient fin volontairement à leur grossesse et toutes les personnes du corps médical ou non qui les auraient aidées, dans l'article 317 du code pénal [10] (annexe n°1).

Devant cette situation nous avons réalisé notre étude dans le service de la maternité du centre hospitalier de référence régionale de Vakinankaratra.

Nous avons choisi ce centre pour son statut de centre de référence pour toute la région de Vakinankaratra et sa facilité d'accès auprès de la population de la région ou des régions voisines.

Ainsi ce travail vise à déterminer le profil épidémiologique et clinique de l'interruption volontaire clandestine de la grossesse et de décrire ses complications chez les patientes hospitalisées à la maternité du CHRR Vakinankaratra.

Outre l'introduction et la conclusion, ce travail de recherche comporte trois parties:

- La première partie entamera les rappels sur l'avortement
- La deuxième exposera notre étude proprement dite la méthodologie et les résultats de l'étude
- Dans la dernière partie, les discussions

PREMIERE PARTIE : RAPPELS

I. Définitions

I.1. Définition de l'avortement

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), l'avortement consiste à l'extraction ou l'expulsion complète ou non du produit de conception avant 22 semaines d'aménorrhée (SA) ou pesant moins de 500 g [11].

Selon l'âge gestationnel, les avortements se distinguent en :

- Avortement précoce : lorsqu'il survient au cours du premier trimestre, avant la douze semaine d'aménorrhée.
- Avortement tardif : lorsqu'il survient au cours du deuxième trimestre de grossesse.

I.2. Différents types d'avortement

Selon le mécanisme de survenue on distingue deux types d'avortements:

I.2.1. Avortement spontané ou fausse couche

C'est l'avortement qui survient de lui-même en dehors de toute entreprise locale ou générale volontaire.

Avant 12 semaines d'aménorrhée, la fausse couche est dite précoce et après cette période il s'agit d'une fausse couche tardive [12].

I.2.2. Avortement provoqué ou interruption volontaire de la grossesse

C'est l'interruption volontaire de la grossesse sans raison médicale; suite à des manœuvres instrumentales, d'actions médicamenteuses ou traumatisantes.

I.2.2.1. Avortement provoqué clandestin ou avortement à risque

L'avortement provoqué est dit clandestin ou IVG clandestine lorsque:

- il n'est pas autorisé par la législation en vigueur dans le pays mais pratiqué par des personnes non qualifiées ou réalisé dans un environnement qui n'est pas conforme aux normes médicales minimales ou les deux à la fois [13,14].
- il est effectué alors qu'il n'est pas autorisé par la législation en vigueur dans le pays; dans ce cas, il est également appelé avortement criminel.

I.2.2.2. Interruption thérapeutique de la grossesse (ITG)

Il s'agit d'un avortement provoqué réalisé dans le but de soustraire la vie de la mère à un danger potentiel que la grossesse est censée lui faire courir ; appelée également l'interruption médicale de la grossesse ou IMG.

I.2.2.3. Avortement eugénique

L'avortement eugénique est un avortement provoqué réalisé lorsque le fœtus est reconnu porteur d'une tare génétique ou héréditaire incompatible avec la vie, ou suspecté de l'être.

I.2.2.4. Avortements sociaux

Les avortements sociaux sont réalisés lorsqu'il existe une raison sociale grave : viol,inceste.

II. Diagnostic de l'interruption volontaire de la grossesse

II.1. Diagnostic positif

II.1.1 Circonstance de découverte

La découverte de l'interruption volontaire de la grossesse clandestine est très souvent difficile car les patientes n'avouent pas le caractère volontaire de l'acte. Seul un examen clinique rigoureux pourra mettre en évidence les complications ou parfois les traces des manœuvres abortives.

II.1.2. A l'interrogatoire

Il retrouve très souvent :

- Une notion d'aménorrhée
- Une douleur pelvienne à type de contractions utérines ou de colique
- Des mètrorragies d'abondances variables
- Parfois une fièvre ou autres signes de complications

II.1.3. Signes physiques

L'examen physique peut mettre en évidence :

- Une pâleur conjonctivale dont le degré varie avec l'abondance de l'hémorragie.
- L'examen des seins objective une tension mammaire avec souvent une hyperpigmentation aréolaire (aspect gravidique des seins).
- L'abdomen peut être sensible, tendu, ballonné, contracturé ; mais un examen abdominal normal est aussi fréquent.
- La vulve peut être propre ou souillée de sang.

- Au spéculum le col est ouvert avec souvent la visualisation du produit de conception ou des débris ovulaires dans le vagin.
- Au toucher vaginal : le col est court, ramolli, ouvert avec parfois des lésions traumatiques ; le corps utérin est augmenté de volume mais inférieur à l'âge théorique de la grossesse.

II.1.4. Examens complémentaires

De nombreuses affections gynécologiques, peuvent donner le tableau clinique d'avortement non médicalisé, d'où la nécessité d'un certain nombre d'examens pour faire le diagnostic, mais aussi pour décider la prise en charge thérapeutique adaptée à chaque patiente.

- La NFS : son intérêt est d'apprécier le degré de l'anémie, et de guider les indications pour la transfusion sanguine.
- Le groupage/rhésus : en cas d'éventuelle transfusion et pour prévenir l'allo immunisation rhésus chez les patientes rhésus négatif.
- Le dosage de bêta HCG plasmatique : renseigne sur l'évolution de la grossesse.
- L'échographie pelvienne : c'est surtout une échographie de vitalité et de vacuité mais aussi de poser le diagnostic différentiel de l'avortement.

II.2. Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel se pose sur les causes des hémorragies du premier trimestre.

I.2.1. Grossesse extra utérine (GEU)

La grossesse extra utérine est évoquée devant la triade diagnostic : l'aménorrhée, la douleur abdomino-pelvienne et la métrorragie.

A l'examen gynécologique, l'utérus est plus petit que l'âge de la grossesse, avec souvent perception d'une masse latéro-utérine contenant un embryon, si elle n'est pas rompue.

II.2.2. Grossesse molaire

Le sang est rouge vif, l'utérus est plus gros que l'âge présumé de la grossesse. On note parfois une émission de vésicules. L'échographie note une image en grappe de raisin ou en tempête de neige. Les dosages hormonaux montrent une élévation excessive des bêtas HCG.

II.2.3. Avortement spontané

C'est une interruption involontaire de la grossesse avec peu ou pas de complication.

II.2.4. Hémorragies non gravidiques

Ce sont les hémorragies d'origine gynécologiques telles que les métrorragies fonctionnelles, le kyste ovarien, un polype cervicale, les myomes, le cancer de l'endomètre, le cancer du col [15].

III. Méthodes abortives utilisées

III.1. Méthodes médicales

Tenant compte de l'autorisation de mise sur la marché (AMM) de la Mifégyne, la méthode médicamenteuse repose sur l'association de l'antiprogestérone mifépristone® et d'une prostaglandine, et elle est possible jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée (SA).

Les prostaglandines utilisables sont :

- Le misoprostol par voie orale ;
- Le géméprost par voie vaginale.

Actuellement, les seuls traitements proposés pour l'IVG médicamenteuse, parce que permettant des taux de succès jugés acceptables (de l'ordre de 95 % et plus), sont les associations mifépristone®-prostaglandines (utilisées largement dans les pays où la mifépristone® est commercialisée : France, Grande-Bretagne, Suède, Chine) [14].

Eventuellement méthotrexate®-prostaglandines dans les pays où la mifépristone® n'est pas encore commercialisée comme notamment les États-Unis.

Le protocole recommandé est composé de :

- Anti progestative mifépristone® 200 mg *per os* ;
- Prostaglandine misoprostol 400 mg par voie orale ou vaginale 36 à 48 heures plus tard.

L'hémorragie est le témoin de l'effet du traitement médical, survient dans les 3 à 4 heures suivant la prise de misoprostol.

La technique médicale est utilisable à domicile ou en hospitalisation et requiert certaines contraintes d'organisation :

- une hospitalisation conventionnelle doit être prévue ;
- une analgésie péridurale doit pouvoir être disponible à la demande ;

- une révision utérine ne doit être réalisée systématiquement qu'en fonction du contrôle échographique de la vacuité ou non de l'utérus [14].

III.2. Méthodes chirurgicales

La technique chirurgicale repose sur la dilatation du col et l'évacuation du contenu utérin par aspiration dans des conditions strictes d'asepsie. La dilatation du col peut être précédée d'une préparation cervicale médicamenteuse.

Lorsqu'elle est recommandée, la technique de préparation cervicale repose sur :

- mifépristone® 200 mg *per os* 36 à 48 heures avant aspiration;
- ou misoprostol 400 mg par voie orale ou vaginale 3 à 4 heures avant aspiration

La préparation cervicale, quel que soit le produit utilisé, ne nécessite pas d'hospitalisation. Le contrôle visuel du produit d'aspiration est indispensable.

En postopératoire, toute patiente ayant bénéficié d'une sédation intraveineuse, d'une anesthésie générale ou périmédullaire doit séjourner en salle de surveillance post-interventionnelle.

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 [14].

III.3. Autres méthodes

Les procédés utilisés par les tradipraticiens sont multiples et changent d'un pays à un autre mais ils sont toutes basées sur la genèse des contractions utérine et l'ouverture de l'œuf.

Plusieurs substances sont aussi réputées avoir des propriétés abortives et sont d'usage courant sans que cela ne soit démontré. Parmi ces substances nous pouvons citer entre autre :

- les plantes emménagogues (provoquant le flux menstruel) sous formes d'infusion à boire ou des lavements et des tampons en intra vaginal
- les herbes qui s'y trouvent dans chaque pays qu'on utilise

IV. Complications de l'interruption volontaire de la grossesse

Les complications de l'IVG diffèrent selon le type de technique.

Les principales complications propres à l'IVG chirurgicale sont les déchirures cervicales et les perforations utérines.

Les autres complications peuvent se rencontrer quelle que soit la technique employée : les hémorragies, les rétentions ovulaires, les infections et les décès maternels [16]. Elles se distinguent en complications précoces, à moyen et long termes.

IV.1. Complications précoces

IV.1.1. Complications de l'IVG chirurgicale

IV.1.1.1. Perforation utérine

Le taux de la perforation varie de 0,09 à 19,8 % suivant les séries revues par les experts de l'Anaes [14].

Il est admis que certaines perforations utérines sont méconnues par l'opérateur. Mieux vaut dans ce cas poursuivre sous contrôle coelioscopique complétée au moindre doute d'une laparotomie.

Cette dernière est seule capable de permettre la visualisation correcte de l'intégrité ou non des organes abdomino-pelviens et d'en assurer la répartition de lésions.

Du point de vue étiologique : il y a deux tableaux

- La perforation septique provoquée au cours des manœuvres abortives.
- La perforation chirurgicale due à l'état d'extrême fragilité de la paroi utérine infectée et souvent rétro versée.

Du point de vue anatomique : il y a trois tableaux

- La perforation corporéale
- La perforation latérale de l'isthme
- L'éclatement incomplet de l'isthme

Du point de vue clinique :

- La perforation asymptomatique : découverte en cours de curetage devant la curette qui s'enfonce démesurément.
- La perforation à symptomatologie frustre : ces cas correspondent généralement aux perforations isthmiques.
- La perforation dramatique : le tableau clinique est alarmant avec :
 - Syndrome d'hémorragie interne avec collapsus
 - Réaction péritonéale généralisée
 - Issue par le vagin d'intestin ou d'épiploon

IV.1.1.2. Déchirure du col utérin

Ce risque n'excède généralement pas 1 %. Les taux les plus bas sont observés pour les âges gestationnels les plus précoce et lorsque le geste est effectué par un opérateur entraîné. [14]

Elle est provoquée par le lâchage brusque de la pince de traction appliquée sur la lèvre antérieure du col pour corriger la flexion de l'utérus au moment de la dilatation. Certaines déchirures particulièrement délabrantes ou hémorragiques nécessitent une suture chirurgicale.

IV.1.2. Complications communes de l'IVG chirurgicale et médicale

IV.1.2.1. Hémorragie

Le risque hémorragique au moment de l'interruption de grossesse reste faible.

Les facteurs de risque de la survenue d'une hémorragie s'avèrent : l'âge gestationnel supérieur à 10 SA, l'âge maternel avancé, la multiparité, l'anesthésie générale et les fibromes utérins.

Le taux d'hémorragies sévères rapportées est d'environ 1,5%. Ce taux est inférieur pour les interruptions précoces : 1,2 % avant 13 SA et 8,5 pour mille au-delà de 20 SA [17].

Il s'agit le plus souvent de saignements prolongés et abondants conduisant progressivement à une déglobulisation que de cas d'hémorragies cataclysmiques.

L'hémorragie est un symptôme constant dans l'avortement provoqué clandestin. Sa gravité est évaluée par l'état de choc, l'abondance de la perte sanguine et sa persistance. Elle expose à l'anémie et prédispose à l'infection.

Le taux d'hémorragie nécessitant une transfusion est estimé de 0 à 0,2 % et celui d'hémorragie nécessitant une aspiration est entre 0,3 et 2,6 % selon les études. Ces hémorragies surviennent la plupart du temps à distance de la prise du misoprostol [18].

Elle peut avoir comme causes : la rétention placentaire partielle ou totale, la nécrose de la paroi utérine, une déchirure instrumentale, les troubles de l'hémostase.

IV.1.2.2. Hématométrie

Elle constitue une complication particulière caractérisée par la survenue dans les heures suivant l'aspiration d'une douleur pelvienne d'intensité progressivement croissante.

A l'examen clinique, l'utérus est augmenté de volume, douloureux à la mobilisation. Le traitement est la réaspiration immédiate de la cavité utérine qui permettra l'évacuation de caillots [6].

IV.1.2.3. Rétentions ovulaires et grossesses évolutives

Elles constituent deux complications qui ont comme point commun le fait d'être la conséquence d'une évacuation incomplète de l'utérus. Le taux d'avortements chirurgicaux complets varie suivant les séries entre 94,6 % et 99,5 %. La fréquence de la persistance d'une grossesse évolutive après une aspiration chirurgicale est comprise entre 1 et 5% [18].

IV.1.2.4. Infections

La prévalence des complications infectieuses après un avortement chirurgical varie entre 5% et 20 % suivant les études [14]. L'IVG présente toujours un risque infectieux précoce ou tardif ; qu'il soit clandestin ou médical.

Elle découle de la rétention placentaire qui l'entretient et la développe comme un véritable bouillon de culture. Ces complications infectieuses peuvent être classées en infections générales, locorégionales et régionales.

IV.1.2.4.1. Complications infectieuses générales

Elles sont représentées par les septicémies, les germes fréquemment rencontrés sont le streptocoque, le staphylocoque et le colibacille mais tous les germes peuvent être en cause.

- Le choc infectieux post abortum : il semble s'observer dans 2,5% à 3% des cas et serait plus fréquent en cas d'avortement provoqué clandestin [7].

Le pronostic est fonction de la durée de l'incubation et l'existence de dyspnée ou de spasme laryngé. La mortalité est de l'ordre de 20%.

- La septicémie à clostridium perfringens
- Les septico-pyohémies : associent à la septicémie une phlébite utero pelvienne suppurée. Elles diffèrent du choc par le fait qu'ici le foyer infectieux utérin diffuse et se développe parfois sous tenu par une rétention placentaire même minime. La complication redoutable est l'endocardite droite. On distingue des signes pulmonaires et des signes pelviens.

Le traitement se fait avec des anticoagulants associés aux antibiotiques.

IV.1.2.4.2. Complications infectieuses locorégionales

Elles sont dominées par les salpingites, les pelvipéritonites, les abcès pelviens et la péritonite généralisée.

- Les salpingites

Elles demeurent malgré l'usage des antibiotiques une complication fréquente de l'avortement provoqué clandestin. L'évolution se fait vers la guérison sous traitement antibiotique et anti-inflammatoire. Quand l'antibiothérapie est mal suivie l'évolution se fait vers un pyosalpinx (poche de pus dans la trompe) ; ou une diffusion au niveau du pelvis entraînant une pelvipéritonite. [6]

- La pelvipéritonite

C'est une complication infectieuse fréquente et peut être à l'origine des autres complications régionales. Le tableau clinique est dominé par la douleur provoquée et une défense. Il existe un arrêt du transit et l'utérus est douloureux à la mobilisation.

La morbidité et la mortalité de cette affection restent encore élevées dans les pays en voie de développement. La mortalité est de 15% à Madagascar et 21,8% dans la maternité du CHU de sa capitale [19].

Correctement traitée par une antibiothérapie massive, l'évolution se fait vers la guérison. Mais malgré un traitement correct l'évolution peut être défavorable et entraîner la constitution soit d'un abcès dans le douglas ou d'un pyosalpinx ou pyoovaire dont la rupture dans le péritoine libre entraîne une péritonite généralisée.

- Les abcès pelviens

Le tableau clinique sera fonction du type d'abcès pelvien, généralement ils donnent des signes de suppuration avec fièvre oxillante et hyperleucocytose. Il s'agit fréquemment d'un abcès du douglas, de pyo annexe ou un phlegmon du ligament large. Le traitement de ces abcès pelviens est souvent chirurgical avec antibiothérapie [6].

- La péritonite généralisée

Elle peut survenir après une perforation utérine ou une rupture d'un pyoannexe entraînant un abdomen chirurgical avec contracture généralisée, douloureuse et atteinte profonde de l'état général. Le traitement est chirurgical après réanimation, antibiothérapie massive, complété par un drainage de la cavité péritonéale [6].

IV.1.2.4.3. Contractures infectieuses locales

Ce sont surtout les complications locales telles que :

- L'endométrite post abortum
- Les salpingites et ovarites
- L'infarctus utérin
- Les lésions vaginales

IV.2. Conséquences à moyen et long termes

IV.2.1. Synéchies utérines

La fréquence de survenue de synéchies utérines dans les suites d'un avortement chirurgical réalisé légalement est mal connue dans la littérature. Elles sont dues à un curetage trop appuyé rasant le chorion en partie ou en totalité voire le myomètre. Elles peuvent donner une aménorrhée ou hypoménorrhée. Les synéchies peuvent être réduites en cas d'avortement sur les grossesses jeunes grâce à la disponibilité de l'aspirateur de KARMAN. Il est moins traumatisant. Le risque de synéchie augmente si la grossesse est avancée du fait de la progression de l'insertion du placenta dans l'endomètre [6].

IV.2.2. Stérilité tubaire

Elle constitue une conséquence de l'infection post-abortum.

Selon l'origine :

- Stérilité par obstruction tubaire ; destruction épithéliale ciliée tubaire.
- Trouble menstruelle à type d'irrégularité du cycle, spioménorrhée, hypo aménorrhée ou hyperménorrhée, aménorrhée.
- Grossesse extra-utérine.
- Syndrome douloureux pelvien ou cellulite pelvienne.

IV.2.3. Anomalies de placentation

Elles semblent dépendre de la technique utilisée pour pratiquer un avortement, en particulier pour le risque de développer un placenta prævia lors d'une grossesse ultérieure. L'incidence de l'allo-immunisation fœto-maternelle chez les femmes Rhésus négatif, après un avortement du premier trimestre, varie de 0 à 3 % suivant les études [6].

IV.2.4. Bloc pelvien adhérentiel

Les complications traumatiques précoces méconnues ou initialement traitées peuvent continuer à évoluer silencieusement. Elles aboutissaient à un syndrome douloureux pelvien ou dans le pelvis « tout colle à tout » [6].

IV.2.5. Brides vaginales

Facteurs de diaphragmes, dyspareunie, de dystocies et parfois même de stérilité : Séquelles liées à des lésions ou des traumatismes vaginales.

IV.3. Troubles neurologiques et psychiatriques

Contemporains des manœuvres abortives, ces troubles doivent être suspectés devant toute femme en âge de procréer qui consulte pour des troubles neurologiques d'apparition récente. Il peut s'agir de :

IV.3.1. Syncope mortelle et ses formes résolutives

Cette forme médico-légale représente 40 à 50% des morts suspectes des femmes jeunes [6]. A la syncope initiale succède un état d'hypertonie, une hémiplégie puis une quadriplégie. Ceci engage très rapidement le pronostic vital.

La guérison est possible mais non sans séquelles. Ce syndrome est dû à une embolie gazeuse. Il se traite par oxygénothérapie hyperbare en caisson, après transport en position de Trendelenburg, en décubitus latéral gauche. Ce traitement revêt un caractère d'urgence.

IV.3.2. Accidents secondaires ou tardifs

Ils sont le fait de thromboses veineuses intracrâniennes : crises convulsives généralisées ou localisées, troubles moteurs (hémiplégies, monoplégies), troubles psychiques (confusion, délire). L'évolution est souvent fatale. La guérison est entachée de séquelles : hémiplégie ; syndrome Parkinsonien, troubles psychiques.

IV.3.3. Séquelles psychologiques

L'avortement provoqué clandestin peut laisser des séquelles psychologiques. Voici quelques types :

- névroses dépressives, complexes de culpabilité, et d'indignité.
- algies pelviennes chroniques sans cause organique (psychosomatiques) ;
- de la crainte d'une nouvelle grossesse pouvant entraîner une dyspareunie, une frigidité, un vaginisme.

V. Prise en charge des complications du post-abortum

Les complications doivent être prises en charge par un personnel expérimenté, à l'aide d'équipements adéquats et d'un système de référence opérationnel. Le personnel doit être préparé à une seconde évacuation de l'utérus [20].

V.1. Suspicion de perforation utérine ou cervicale après évacuation complète

Conduite à tenir :

- Mise en condition de la patiente : voies veineuses de bon calibre et des antibiotiques en IV
- Vérification de la vacuité utérine par échographie
- Administrer 0,2 mg d'ergométrine en IM sauf si présence d'épiploon ou d'intestin
- Placer 24 heures sous observation ou transférer
- Vérifier souvent les signes vitaux et abdominaux au cours des deux premières heures
- Si l'état s'aggrave ou que les saignements persistent sous ergométrine ou oxytocine, transférer en chirurgie.

V.2. Suspicion de perforation utérine ou cervicale avec évacuation incomplète

Conduite à tenir :

- Vérifier une perforation si la canule s'enfonce au-delà de la cavité utérine sans offrir de résistance, si la canule est difficile à retirer, si les matières aspirées comportent de l'épiploon ou de l'intestin grêle, ou en présence de signes de choc
 - Cesser immédiatement l'intervention et retirer la canule
 - Traiter éventuellement un état de choc; n'administrer ni méthergine ni oxytocine, en cas de suspicion de présence d'épiploon ou d'intestin dans l'utérus
 - Transférer la patiente vers un service hospitalier de gynécologie-obstétrique

V.3. En cas d'hémorragie

Conduite à tenir :

- Vérifier un traumatisme cervical, vaginal ou un angiome endométrial (très rare, peut nécessiter une hystérectomie)
- Rétention ovulaire ou placentaire : évacuer l'utérus

- Traumatisme cervical : cinq minutes de compression continue ou réfection des lésions par des sutures

V.4. En cas de rétentions ovulaires

Conduite à tenir :

- Vérifier en cas de doute, cela peut être un indicateur pour recourir à la curette, la procédure doit être exécutée en douceur et uniquement par un personnel expérimenté
- Recommencer l'évacuation

V.5. En cas de douleurs abdominales

Conduite à tenir :

- Vérifier une hématométrie aiguë
- Aspirer rapidement les écoulements ou caillots sanguins
- Administrer un oxytocique et commencer un traitement antibiotique

V.6. En cas d'une infection et une septicémie

Conduite à tenir :

- Vérifier si le risque que la patiente fasse un choc septique est élevé ou faible
- Traiter sans délai
- Surveiller attentivement et détecter tout signe éventuel de choc septique
- Administrer sans délai des antibiotiques à large spectre
- Faire une hémoculture

V.7. En cas d'une réaction ou syncope vagale

Conduite à tenir :

- Vérifier pression artérielle, pouls, respiration
- Cesser l'intervention
- Garder les voies respiratoires dégagées

DEUXIEME PARTIE : METHODES ET RESULTATS

I. Méthode

I.1. Caractéristiques du cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de la maternité du centre hospitalier de référence régionale Vakinankaratra.

I.1.1. Description du CHRR Vakinankaratra

Le CHRR de Vakinankaratra est l'hôpital de référence de la région. Il se situe dans le chef-lieu de la région de Vakinankaratra, dans le fokontany d'Atsimontsena, de l'arrondissement Ampatana Mandriankeniheny de la commune urbaine d'Antsirabe. Sa situation géographique facilite son accès car il est en plein ville, pas très loin des deux routes nationales (RN 7 et RN 34) qui relient la capitale aux parties australe et occidentale de l'Ile. Cet établissement est situé à 168 kilomètre d'Antananarivo capitale de Madagascar à côté du grand marché d'Asabotsy.

La population desservie par le CHRR de Vakinankaratra dépasse les 2 100 000 habitants de la région de Vakinankaratra. Beaucoup de patients viennent des régions environnantes telles que Amoron'i Mania, Menabe, Haute Matsiatra et même Analamanga.

Le CHRR emploie au total 47 médecins dont 12 spécialistes, 45 paramédicaux, 23 agents administratifs et 27 agents d'appuis.

Il s'agit d'un bâtiment offrant des soins préventifs et des soins curatifs.

Le centre comporte plusieurs services et bâtiments dont :

- Les services techniques : bureau des entrées, accueil-triage-urgence, service de gynécologie obstétrique, médecine générale et santé mentale, chirurgie générale avec cinq blocs opératoires fonctionnels, service de pédiatrie avec l'unité CRENI, néonatalogie, odontostomatologie, oto-rhino-laryngologie (ORL), service des maladies respiratoires et unité antituberculeuse, acupuncture, centre régional de traitement antirabique, laboratoire d'analyse avec un centre régionale de transfusion sanguine (CRTS), unité d'imagerie, unité endoscopique, pharmacie, salle de staff
- Les services administratifs : service personnel, bureau de comptabilité, cession, service général et maintenance
- Les services annexes : pharmacie, cantine, unité ambulance

I.1.2. Description du service de la maternité

Le service assure les grossesses à risques, les pathologies gynécologiques, les accouchements, les consultations pré et post natale, le planning familial. Le service effectue en moyenne 180 à 200 accouchements, 45 césariennes et 30 interventions gynécologiques par mois.

Le personnel est comporte un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique, quatre médecins généralistes, cinq sages-femmes, un major, et deux agents d'appuis.

I.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective et descriptive portant sur les complications d'interruption volontaire clandestine de la grossesse observé dans le service de la maternité du CHRR Vakinankaratra.

I.3. Période de l'étude

Notre étude s'étend sur une période de 6 mois allant du 01 décembre 2016 jusqu'au 31 mai 2017.

I.4. Durée d'étude

Nous avions effectué l'étude en vingt-quatre mois allant du décembre 2016 au décembre 2018.

I.5. Population d'étude

I.5.1. Critères d'inclusion

Toutes les femmes ayant présenté des complications liées à un avortement clandestin hospitalisées, quel que soit l'âge de la grossesse et ayant donné leur consentement ont été incluses dans l'étude.

I.5.2. Critères d'exclusion

Toutes les femmes ayant présenté des complications liées à un avortement spontané quel que soit la cause ou à un avortement non avoué par la patiente.

Toutes les femmes ayant effectué un avortement d'indication thérapeutique.

I.6. Mode d'échantillonnage

Il s'agit d'un échantillonnage exhaustif de toutes les patientes admises dans l'hôpital pour complication d'avortement provoqué clandestin.

I.7. Variables étudiées

Les variables suivantes ont été étudiées :

- La fréquence
- Les paramètres épidémiologiques :
 - L'âge
 - La situation matrimoniale

- La profession
- Le niveau d'instruction
- La provenance
- Le mode d'admission
- Les antécédents gynécologiques et obstétricaux tels que
 - L'IVG, la fausse couche spontanée, la GEU, la chirurgie pelvienne, le curage, le curetage
 - L'utilisation ou non de contraception et les raisons de non utilisation de contraception
 - La parité
 - L'âge gestationnel au moment de l'avortement
- Les méthodes abortives utilisées
- Les prestataires de l'avortement
- Les raisons de l'interruption volontaire de la grossesse
- Les paramètres cliniques :
 - Les principaux signes fonctionnels
 - L'état général
 - Les complications de l'interruption volontaire de la grossesse
 - Les paramètres paracliniques tels que : la numération formule sanguine (NFS), le groupage/ rhésus, l'échographie abdomino-pelvienne
- Les paramètres thérapeutiques et évolutifs :
 - Les traitements prescrits
 - L'issue de la prise en charge

I.8. Mode de collecte des données

Elle a été faite à partir d'une fiche d'enquête préétablie comprenant plusieurs paramètres d'étude et consultation de leur dossier médical après leur consentement oral (annexe n°2).

I.9. Mode d'analyse des données

Les données ont été saisies, analysées sur les logiciels Microsoft Excel 2007 appuyé par le logiciel Epi info version 3.5.4, pour le traitement statistique.

I.10. Difficultés et limites de l'étude

Cette étude est limitée par le manque de sincérité de certains individus en répondant aux questions.

Nous avons été confrontés aussi à certaine difficulté telle que : faute de moyen de bénéficier les examens complémentaires pour pouvoir prendre en charge correctement.

I.11. Considérations éthiques

Les procédures pour le recrutement des cas pour notre étude ont respecté les recommandations de l'hôpital, du directeur, des chefs de service et du major de service c'est-à-dire l'autorisation préalable de ces cinq instances.

Le respect de la confidentialité a été préservé tout au long de l'étude, le secret professionnel a été bien respecté tant pour la consultation des dossiers que le traitement des données jusqu'à la diffusion des résultats..

II. Résultats

II.1. La fréquence

Ce tableau nous montre la fréquence des complications de l'interruption volontaire clandestine de la grossesse par mois par rapport au nombre des patientes admises au service de la maternité du CHRR Vakinankaratra.

Tableau I : Répartition selon la fréquence de l'interruption volontaire clandestine de la grossesse

Période	Effectifs (N=79)	Fréquence (%)
Décembre	14	0,65
Janvier	11	0,51
Février	12	0,55
Mars	14	0,65
Avril	17	0,79
Mai	11	0,51

Nous avions recensés 79 cas de complications d'interruptions volontaires clandestines de grossesses sur 2145 admissions au service de la maternité réalisant une fréquence de 3,68%.

II.2. Les aspects épidémiologiques

II.2.1. Age

Le présent tableau repartit les patientes selon leur tranche d'âge.

Tableau II : Répartition selon l'âge

Age	Effectifs (N=79)	Taux (%)
<20 ans	15	19,0
[20-25[32	40,5
[25-30[16	20,3
[30-35[7	8,9
[35-40[5	6,3
≥ 40	4	5,1

L'âge moyen de nos patientes était de 24,6 ans avec des extrêmes de 17 et 45 ans et prédominance des moins de 25 ans

II.2.2. Profession

Ce tableau exprime la répartition de nos patientes selon leur profession.

Tableau III : Répartition selon la profession

Profession	Effectifs (N=79)	Taux (%)
Employée de la zone franche	22	27,8
Agricultrice	17	21,6
Vendeuse\ Commerçante	13	16,4
Autres*	12	15,2
Sans profession	10	12,6
Elève\ Etudiante	5	6,4

* : couturières=2, coiffeuse=4, secrétaire=1, serveuse restaurant=5

Le fait d'être salariée n'épargne pas les femmes sur la pratique d'IVG clandestine.

II.2.3. Situation matrimoniale

La figure ci-après nous expose la situation matrimoniale des patientes.

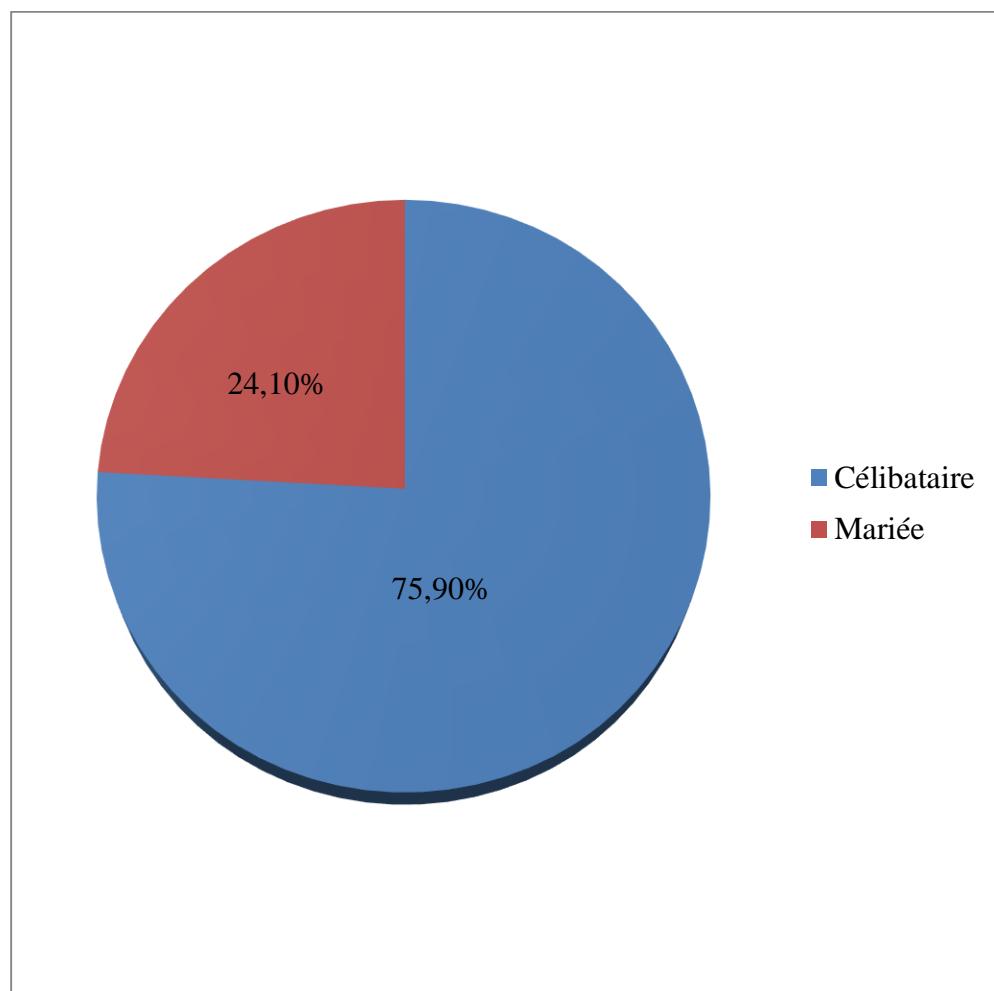


Figure 1 : Répartition selon la situation matrimoniale

Nous avons observé qu'une grande partie des patientes étaient des célibataires, soit 75,9% des cas.

II.2.4. Niveau d'instruction

Ce présent tableau met en évidence le niveau d'étude de nos patientes.

Tableau IV : Répartition selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs (N=79)	Taux (%)
Primaire	38	48,1
Secondaire	26	32,9
Non instruite	13	16,5
Supérieure	2	2,5

Parmi les patientes, 2,5% des cas faisaient une étude supérieure et 16,5% des patientes non instruites.

II.2.5. Provenance

Ici, la figure expose la provenance de nos patientes.

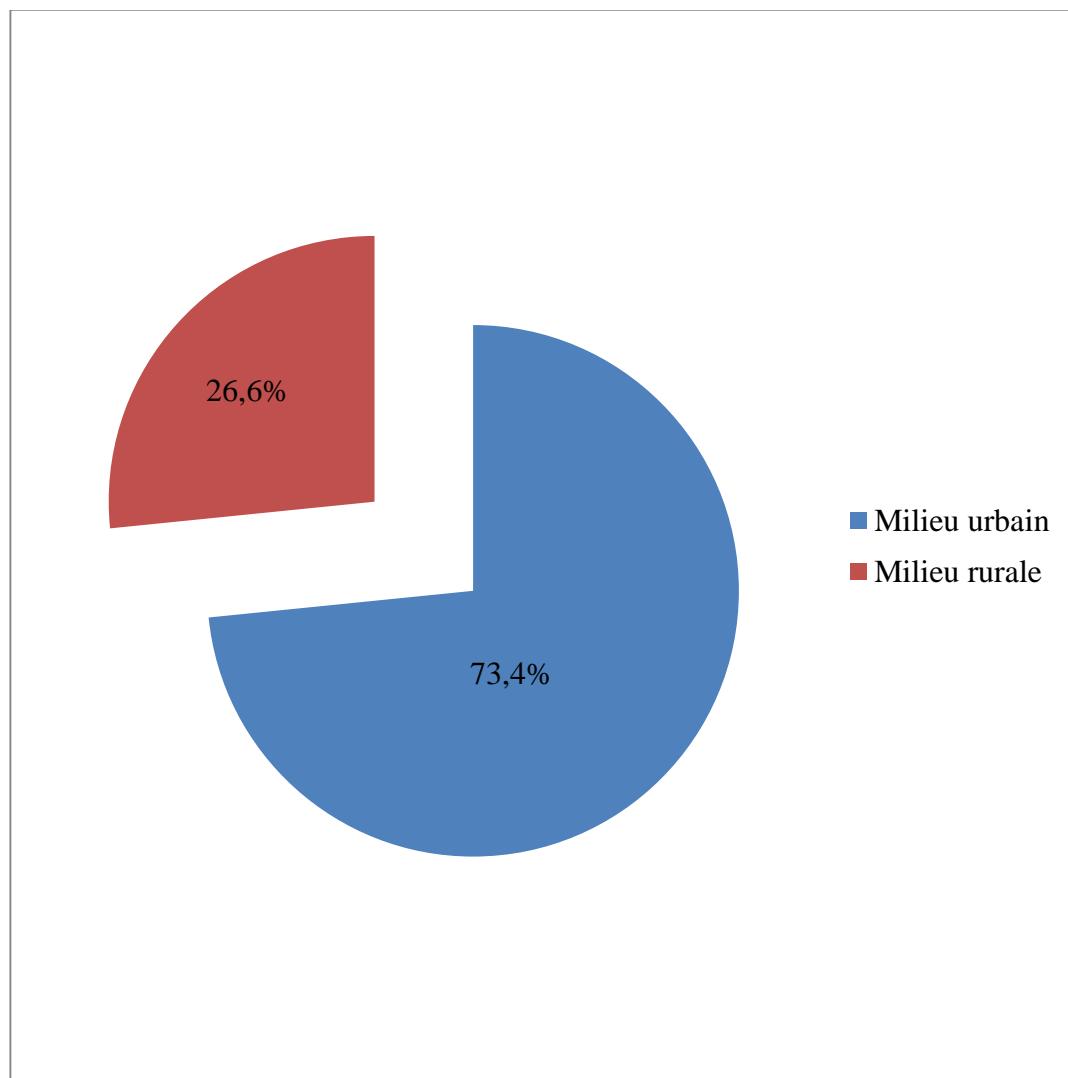


Figure 2 : Répartition selon la provenance

Nous avions constaté que 73,4% des patientes venaient du centre-ville de Vakinankaratra.

II.2.6. Mode d'admission

Cette figure nous précise le mode d'admission de nos patientes.

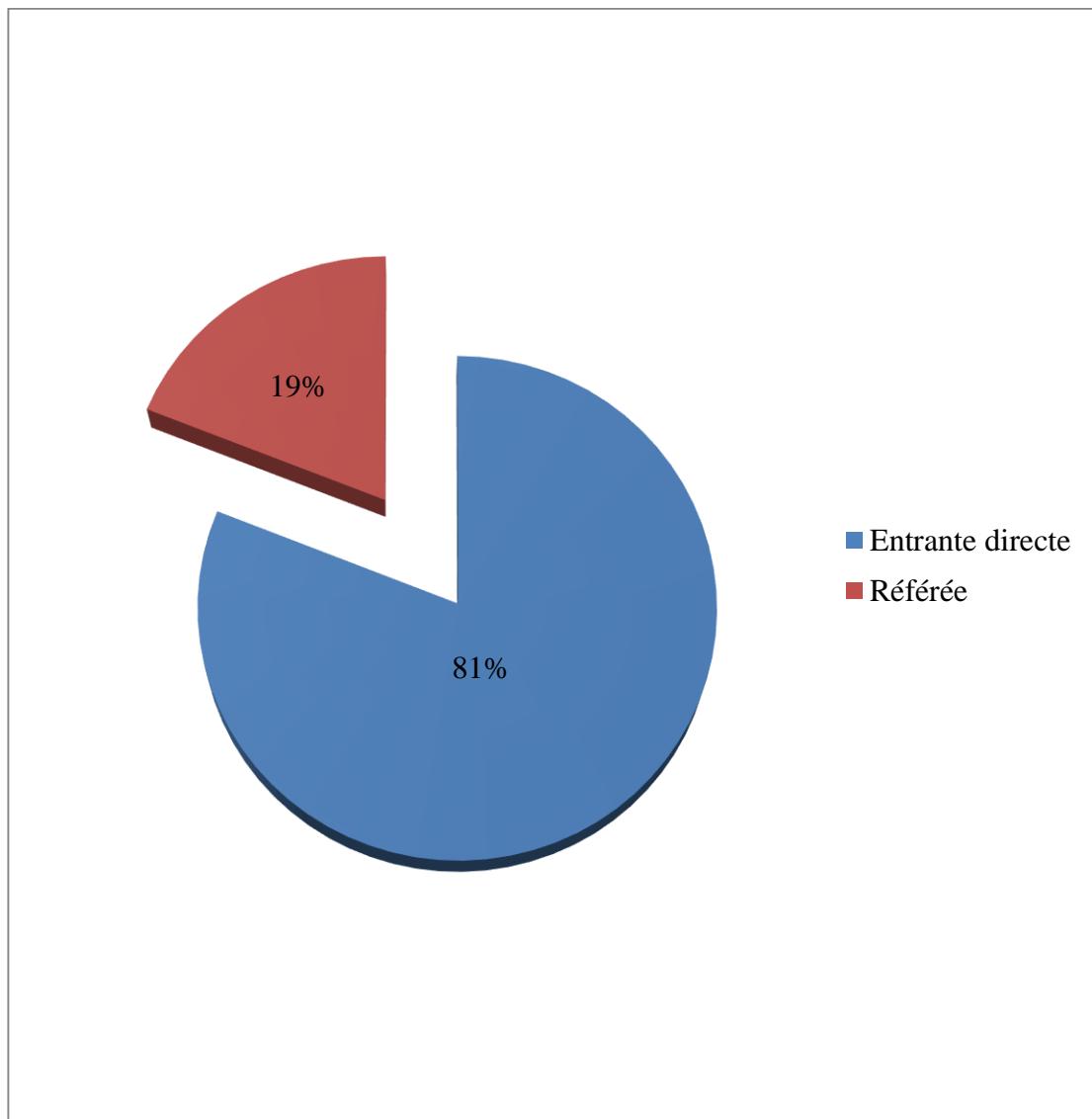


Figure 3 : Répartition selon le mode d'admission

Dans notre étude, 15 cas soit 19% des patientes étaient référées par les agents de santé et 64 cas soit 81% se présentaient directement au service de la maternité CHRR Vakinankaratra.

II.2.7. Motifs d'admission

Le motif d'admission des patientes est reparti dans ce tableau ci-après.

Tableau V : Répartition selon le motif d'admission

Motif d'admission	Effectifs (N=79)	Taux (%)
Hémorragie	59	74,7
Algic pelvienne aigue	9	11,4
Hémorragie algie+ pelvienne aigue	9	11,4
Trouble de la conscience	2	2,5

Lors de notre étude, le motif d'admission est représenté majoritairement par l'hémorragie.

II.2.8. Etat général à l'admission

La figure expose l'état général des patientes à l'admission.

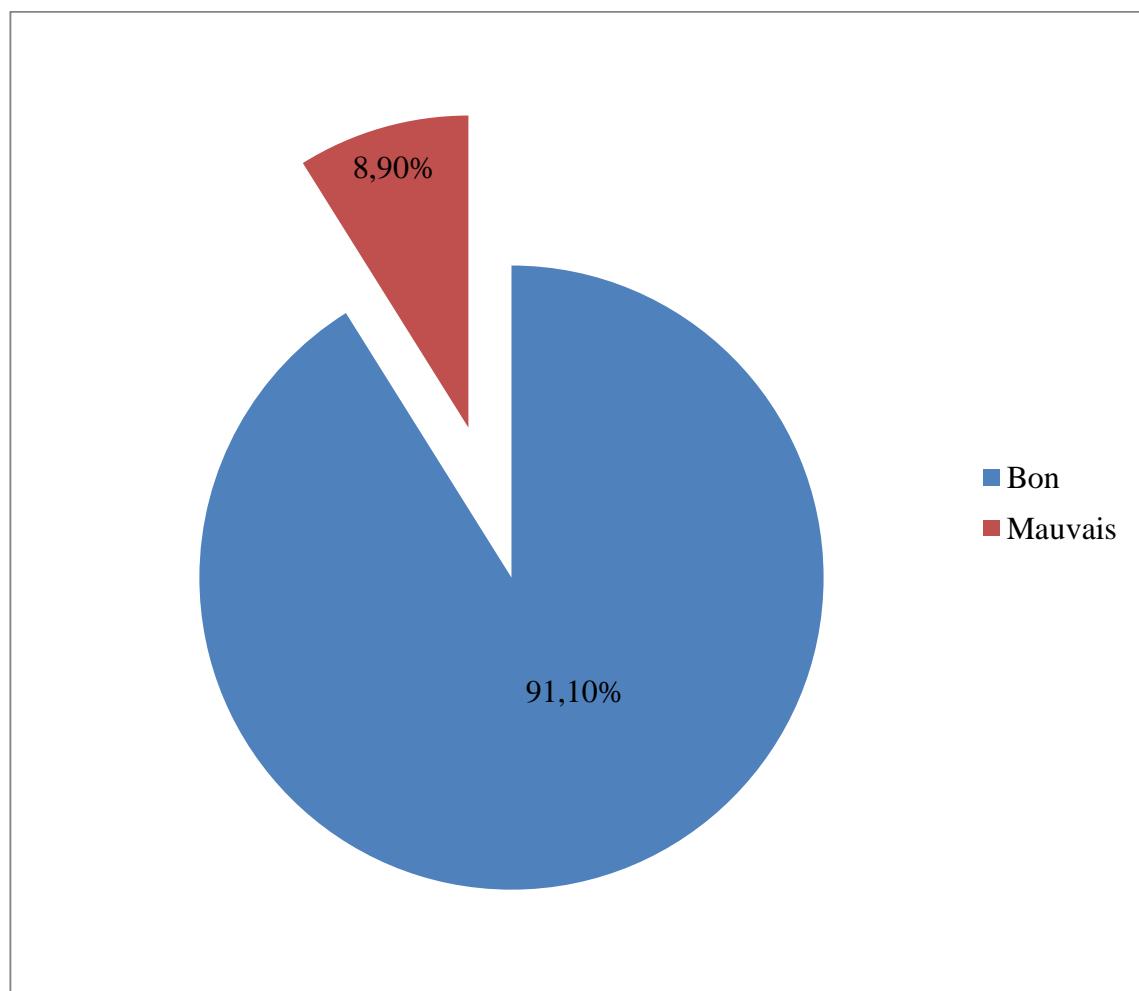


Figure 4 : Répartition selon l'état général

Il est observé que 8,90% des patientes étaient en mauvais état général à l'admission.

II.3. Les antécédents gynécologiques et obstétriques

II.3.1. Parité

Une présentation des patientes selon la parité est sur ce diagramme suivant.

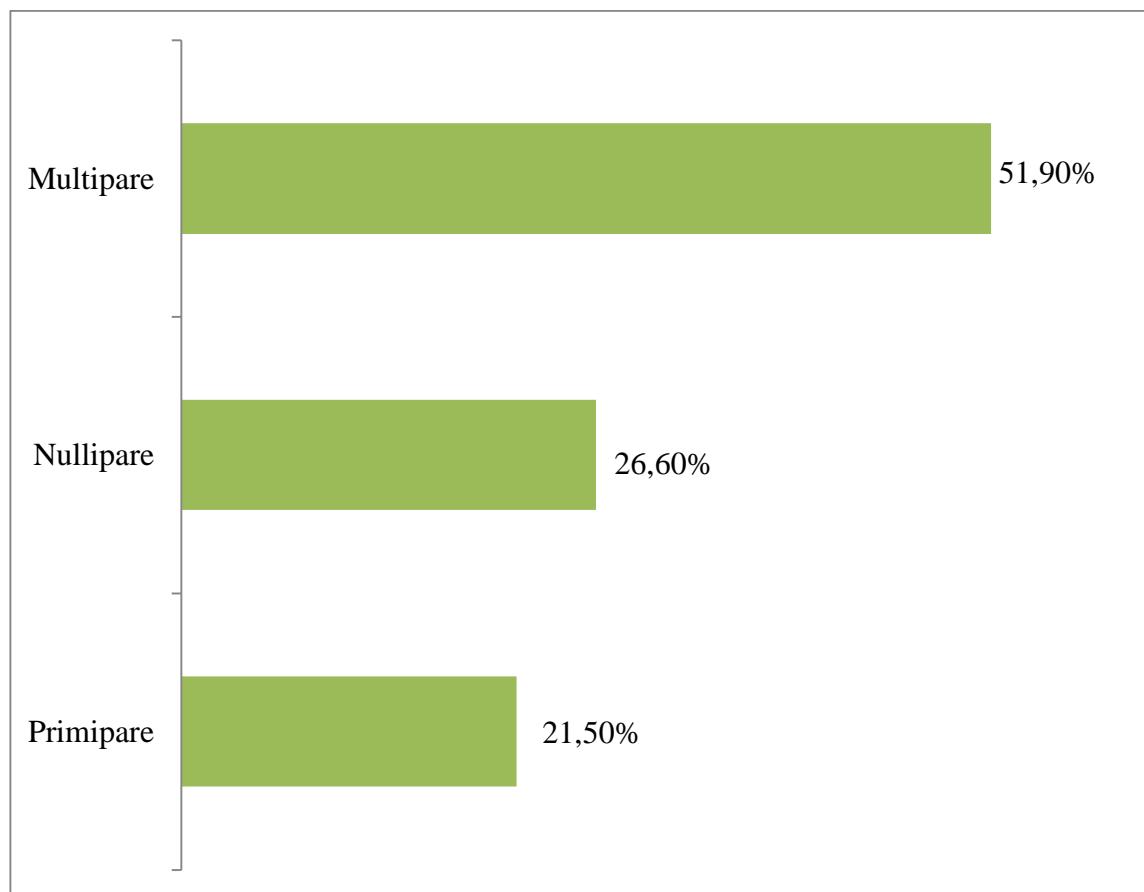


Figure 5 : Répartition selon la parité

Lors de notre étude, la multiparité prédominait dans 51,90% des cas.

Multipare : supérieure ou égale à 2 enfants vivants

Nullipare : ayant déjà pratiqué une IVG clandestine et pas d'enfant vivant

Primipare : 1 enfant vivant

II.3.2. Utilisation ou non de contraception

Cette figure démontre la répartition selon l'utilisation ou non de contraception par nos patientes.

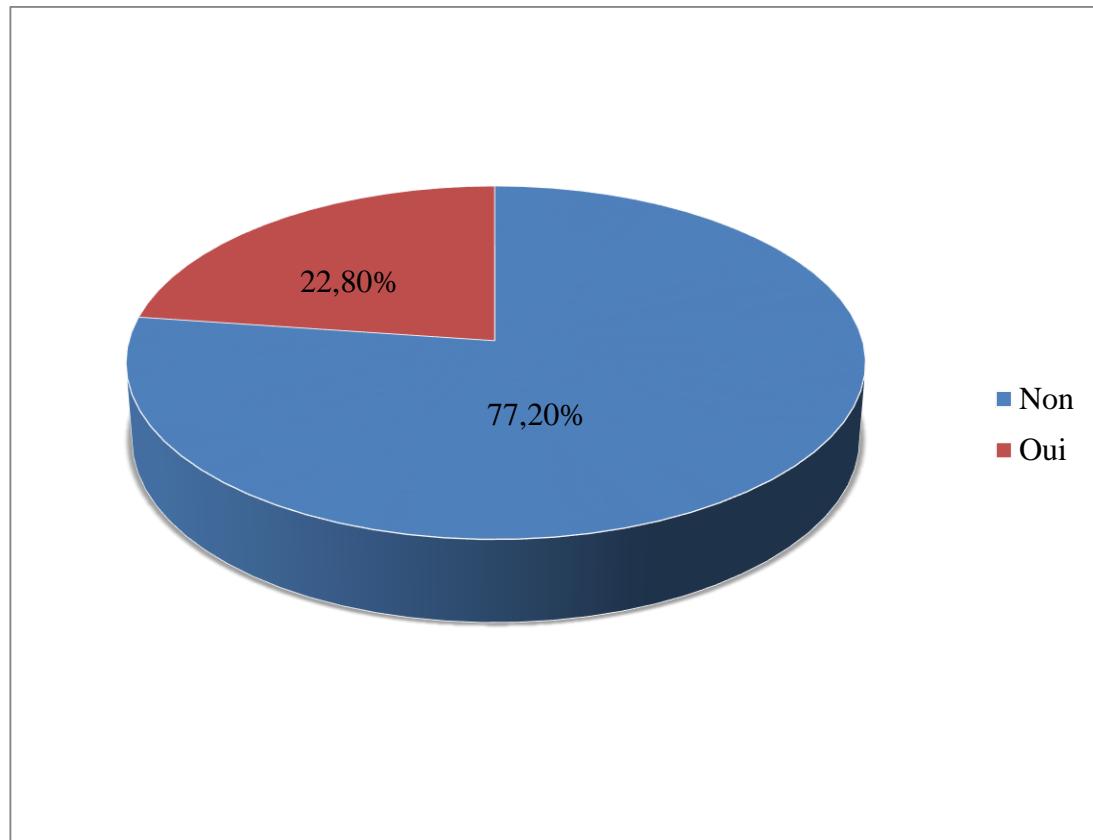


Figure 6 : Répartition selon l'utilisation ou non de contraception

Lors de notre étude, la majorité des patientes n'utilisaient pas de contraception, soit 77,2% des cas.

II.3.3. Raisons de non utilisation de contraception

Ce diagramme nous expose les différents raisons de non utilisation de contraception de avancés par nos patientes.

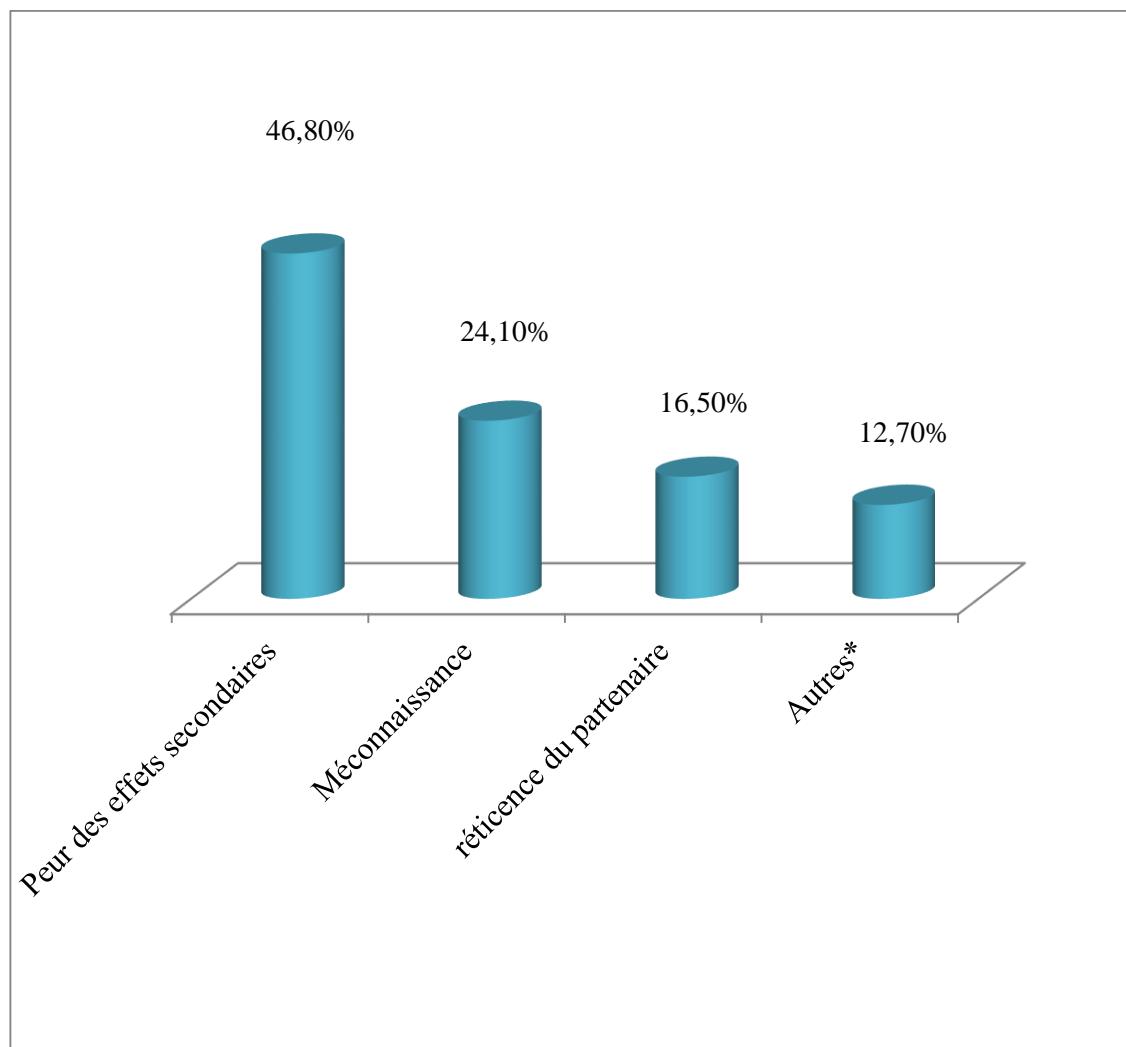


Figure 7 : Répartition selon les raisons de non utilisation de contraception

Autres* : inaccessibilité, célibat, indécise

Lors de notre étude ; 46,80% des patientes n'utilisaient pas de contraception par peur des effets secondaires.

II.3.3.1. Raisons de non utilisation de contraception et l'âge

Schématiquement par ce tableau la relation entre les raisons de non utilisation de contraception et l'âge des patientes.

Tableau VI : Répartition selon les raisons de non utilisation de contraception et l'âge

Raisons de non utilisation de Contraception	Age	P
	<25ans	25ans et plus
Peur des effets secondaires	16(38,3%)	21(36,1%)
Méconnaissance	8(19,1%)	11(19%)
Réticence du partenaire	3(7,2%)	10(17,2%)
Autres*	6(14,3%)	4(6,9%)
Taux(%)	41,8	58,2
		0,3

Quel que soit l'âge, la peur des effets secondaires de la contraception reste la première raison du non utilisation de contraception avancée par les femmes enquêtées.

II.3.3.2. Raisons de non utilisation de contraception et la situation matrimoniale

Ce tableau concerne la relation entre les raisons de non utilisation de contraception et la situation matrimoniale des patientes.

Tableau VII : Répartition selon les raisons de non utilisation de contraception et la situation matrimoniale

Raisons de non utilisation de contraception	Situation matrimoniale	P
	Célibataire	Mariée
Peur des effets secondaires	19(37,5%)	18(36,4%)
Méconnaissance	11(21,7%)	8(16,2%)
Réticence du partenaire	3(5,9%)	10(20,2%)
Autres	7(13,8%)	3(6,1%)
Taux(%)	50,6	49,4
		0,1

Quelque soit la situation matrimoniale des femmes ; la peur des effets secondaires de la contraception reste la première raison de la non utilisation de contraception avancée par les femmes enquêtées.

II.3.4. Antécédents gynécologiques

Ce diagramme nous montre les antécédents gynécologiques des patientes.

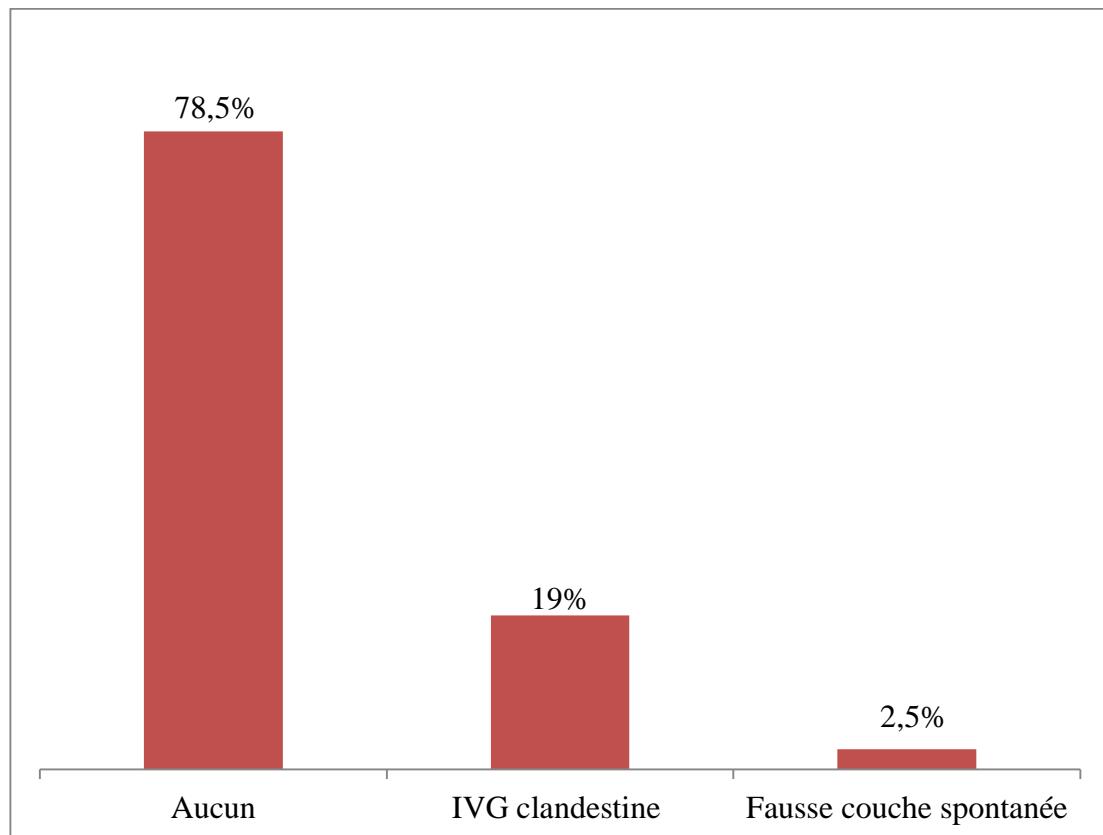


Figure 8 : Répartition selon les antécédents gynécologiques

Dans notre étude, 19% des patientes avaient des antécédents d'IVG clandestine.

II.3.5. Age gestationnel

La figure ci-dessous précise l'âge gestationnel au moment de l'avortement.

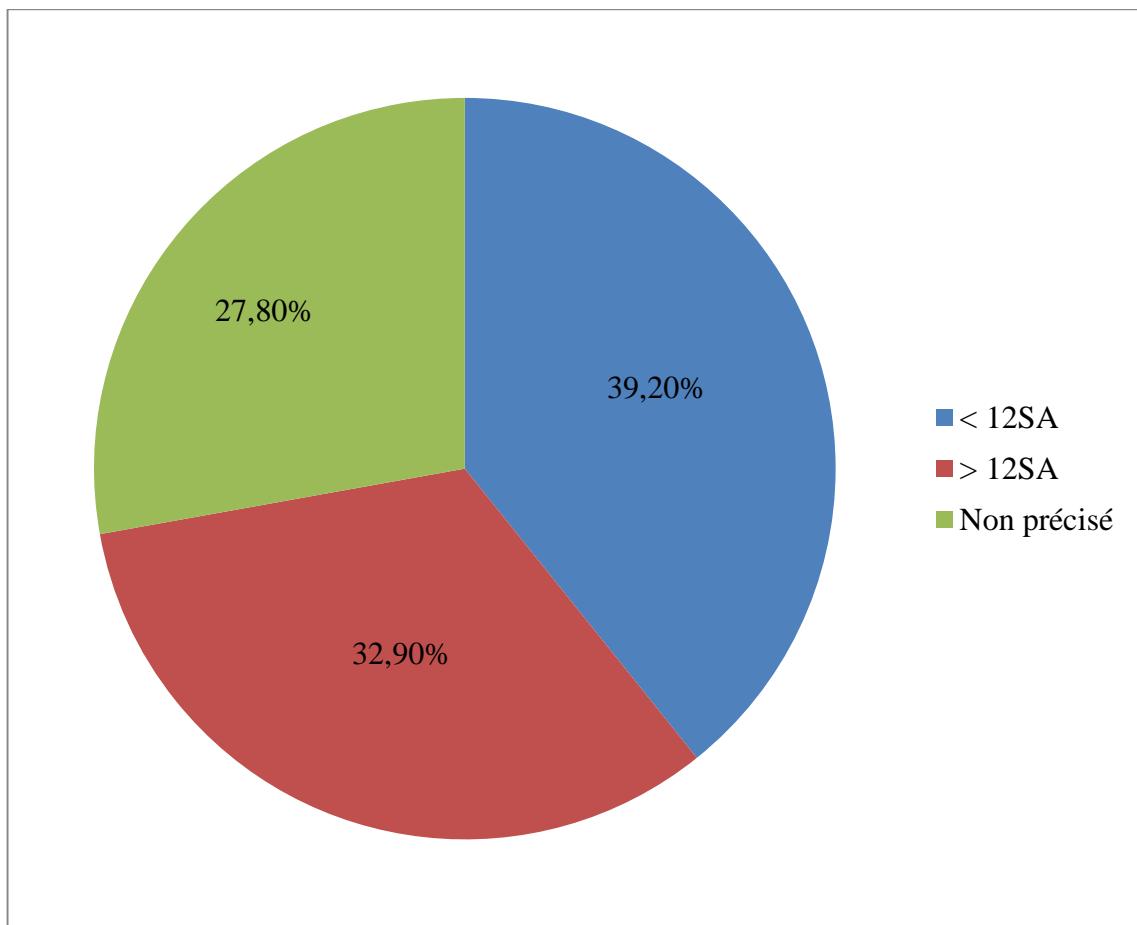


Figure 9 : Répartition selon l'âge gestationnel

Dans notre étude, 39,20% des patientes ont pratiqué des avortements clandestins sur des grossesses inférieures ou égales à 12 SA.

II.4. Les prestataires de l'avortement

La figure ci-après, présente les acteurs de l'avortement de nos patientes.

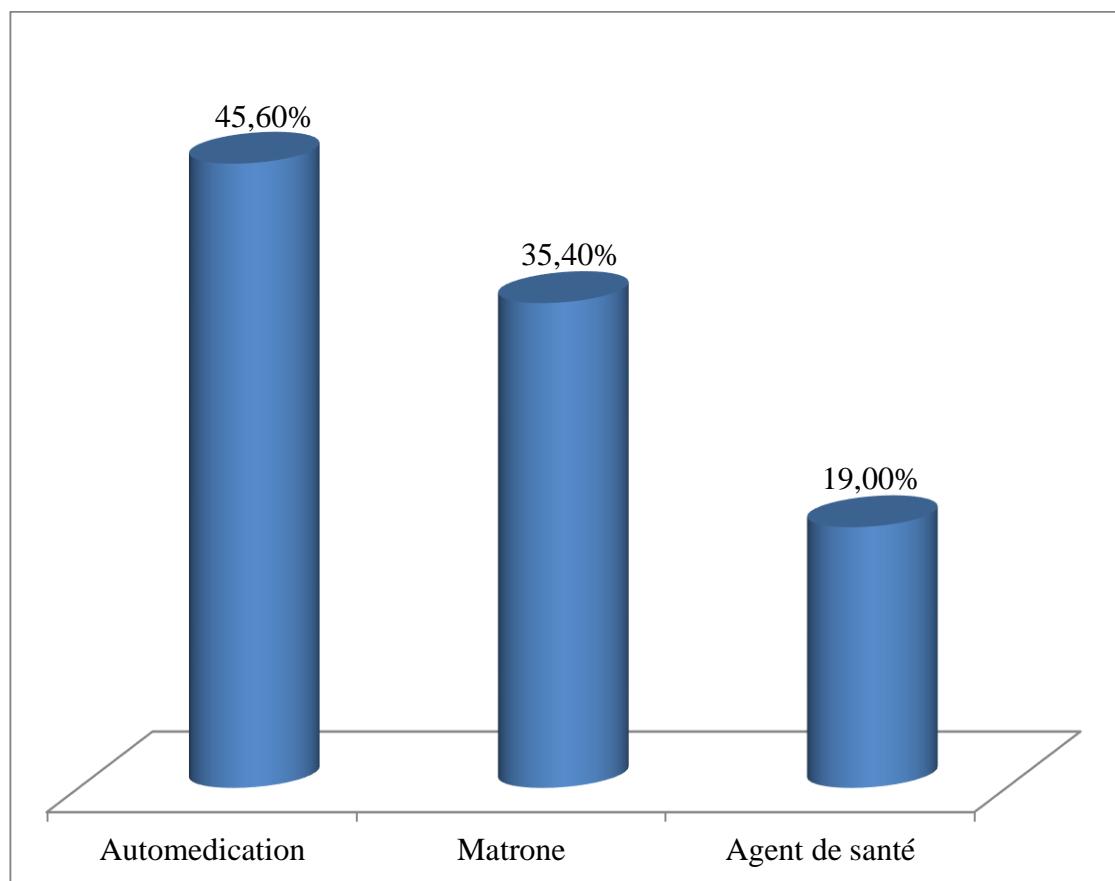


Figure 10 : Répartition selon les prestataires de l'avortement

La majorité des femmes (45,6%) ont eu recours à l'automédication. Néanmoins, une proportion non négligeable également consultait une matrone ou un agent de santé.

II.5. Les méthodes abortives utilisées

Concernant ce tableau, il nous démontre les différentes méthodes abortives utilisées par les patientes

Tableau VIII : Répartition selon les méthodes abortives utilisées

Méthodes abortives utilisées	Effectifs (N=79)	Taux (%)
Misoprostol	36	45,6
Décoctions traditionnelles	34	43,0
Sondage utérin	5	6,3
Autres*	3	3,8
Curetage	1	1,3

Autres* Médicaments inconnus, nifin'akanga

Nous avions constaté que les méthodes médicamenteuses et les décoctions traditionnelles sont les plus utilisés par nos patientes.

II.6. Les raisons de l'avortement

La répartition selon les raisons de l'avortement est exposée dans ce tableau ci-dessous.

Tableau IX : Répartition selon les raisons de l'avortement

Raisons de l'avortement	Effectifs (N=79)	Taux (%)
Problème financier	25	31,6
Grossesse non désirée	15	19,0
Pression du partenaire	15	19,0
Autres*	19	24,1
Peur des parents	5	6,3

* honte, étude, religion, us et coutumes

Lors de notre étude, la première cause poussant les femmes à avorter était les raisons pécuniers (31,6%), suivi des grossesses non désirées dans 19% des cas.

II.6.1. Raisons de l'avortement et l'âge

Le tableau ci-après démontre la relation entre les raisons de l'avortement et l'âge des patientes.

Tableau X : Répartition selon les raisons de l'avortement et l'âge

Raisons de l'avortement	Age		Total	P (%)
	<25 ans	>25ans		
Problème financier	7	18	56,7	
Pression du partenaire	10	5	32,6	
Grossesse non désirée	7	8	30,4	
Autres	6	13	30	
Peur des parents	3	2	10,6	0,1

Quelque soit l'âge des patientes, la raison économique (56,7%) restait la première raison de l'avortement.

II.6.2. Raisons de l'avortement et la situation matrimoniale

La relation entre les raisons de l'avortement et la situation matrimoniale des patientes est montrée dans ce tableau suivant.

Tableau XI : Répartition selon les raisons de l'avortement et la situation matrimoniale

Raisons de l'avortement	Situation matrimoniale	Total	P (%)
e (n=79)			
Célibataire Mariée			
Problème financier	12	13	50
Grossesse non désiré	4	11	30,2
Pression du partenaire	11	4	29,8
Echec de contraception	7	6	26,2
Autres	2	4	12
Peur des parents	4	1	10 0,1

La raison d'ordre économique (50%) et la grossesse non désirée (30,2%) ont poussé le plus souvent à pratiquer l'avortement quel que soit la situation matrimoniale.

II.7. Les aspects cliniques

II.7.1 Complications

Les complications présentées par les patientes sont reparties dans le diagramme suivant.

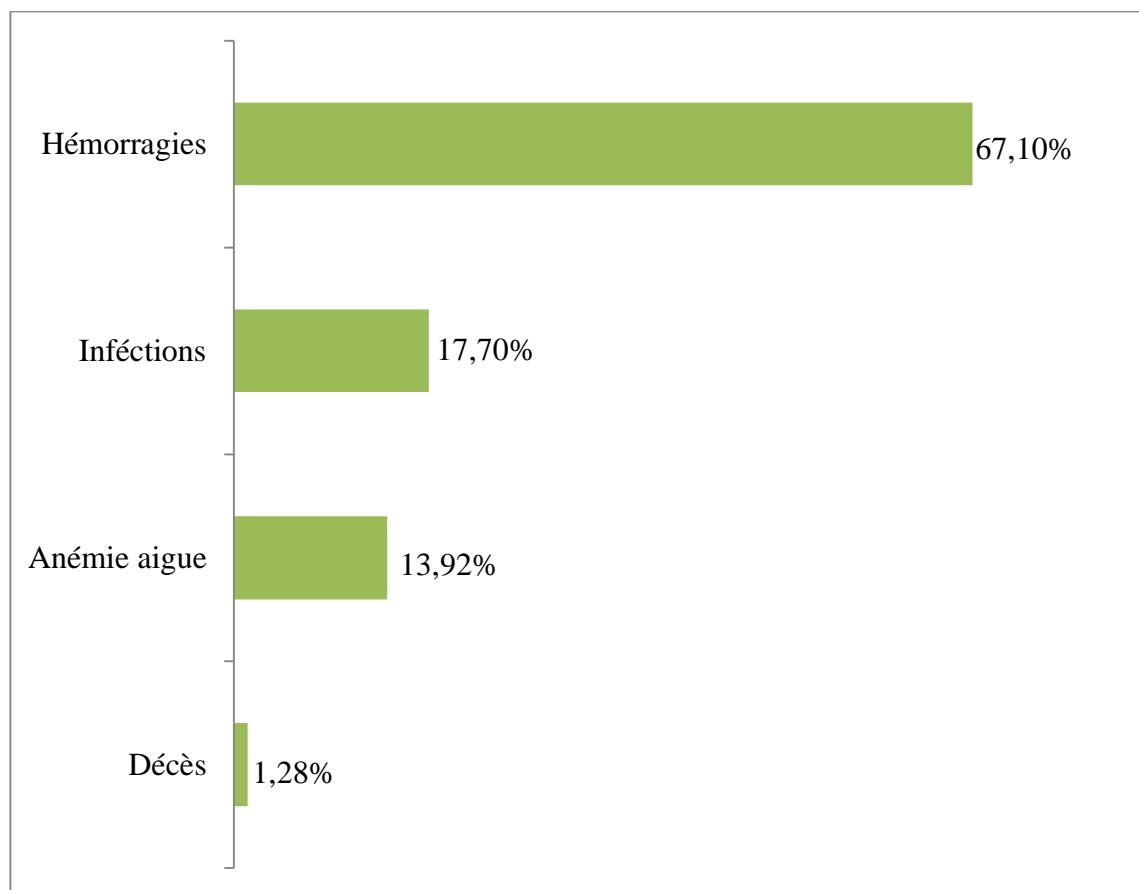


Figure 11: Répartition selon les types de complications

Lors de notre étude, l'hémorragie représente la complication la plus fréquente.

Le décès maternel était de 1,30% des cas.

II.7.1.1. Complications hémorragiques

Cette figure concerne les complications hémorragiques rencontrées chez les patientes.

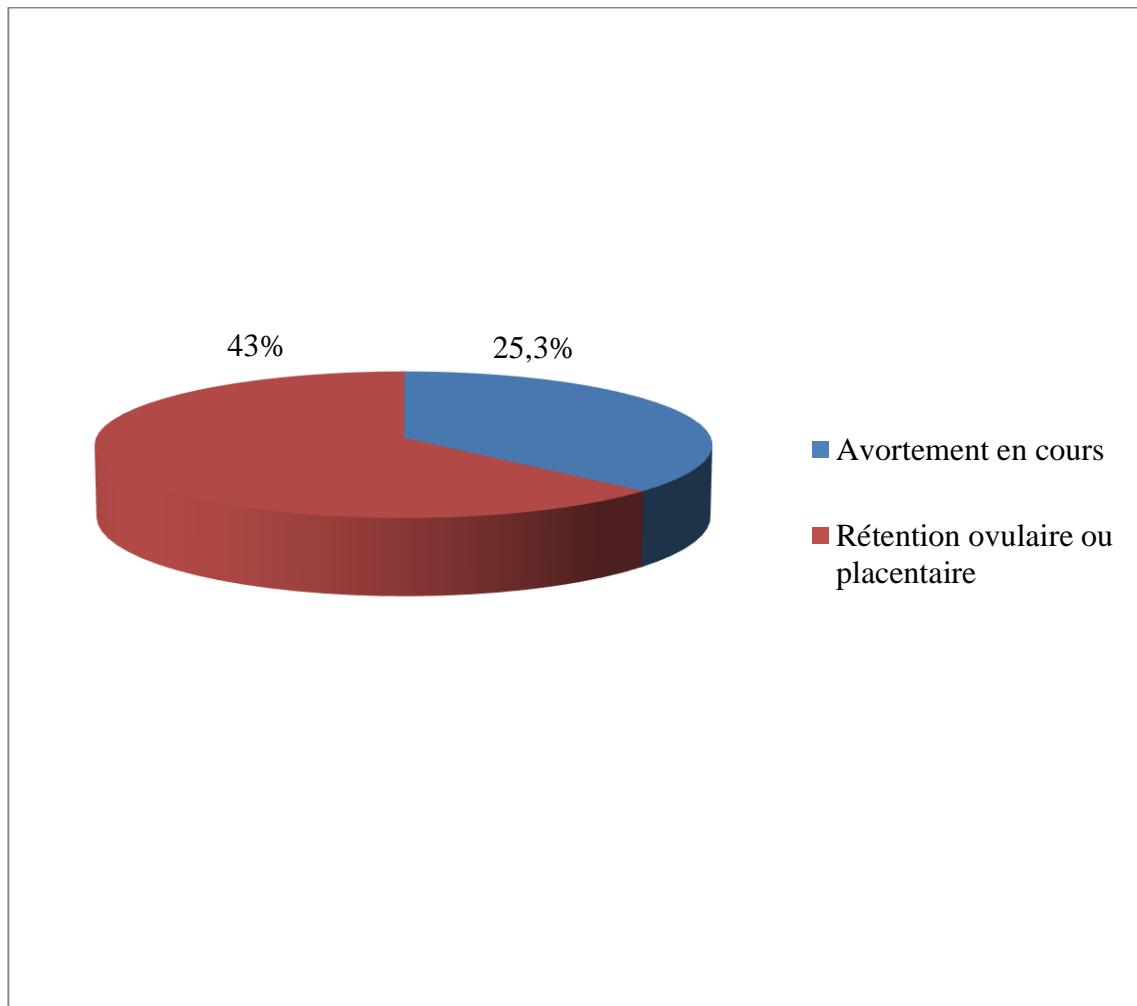


Figure 12 : Répartition selon les complications hémorragiques

Nous avions constaté que les rétentions ovulaires ou placentaires étaient fréquentes (43%).

II.7.1.2. Complications infectieuses

Le diagramme suivant représente les complications infectieuses présentées par les patientes.

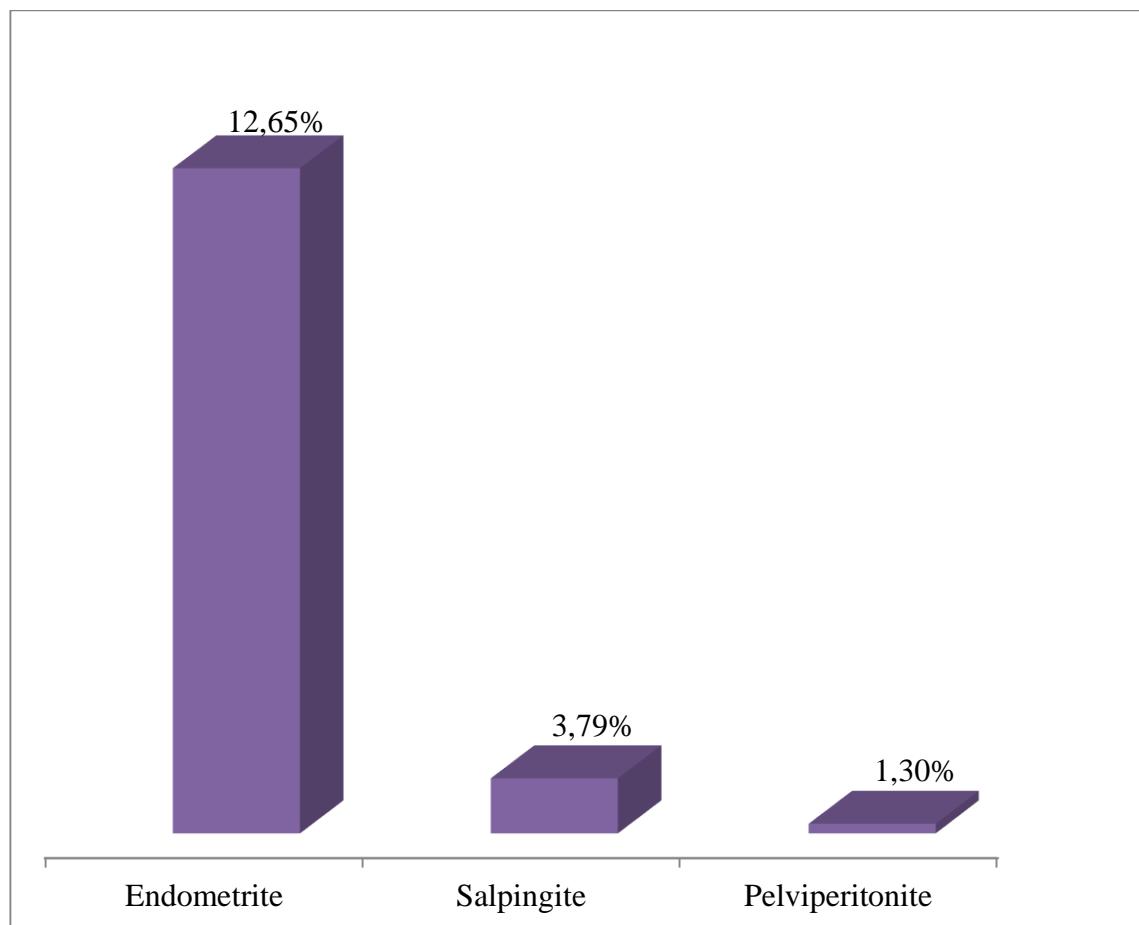


Figure 13 : Répartition selon les complications infectieuses

L'endométrite constituait la complication infectieuse le plus fréquente.

II.8. Les aspects paracliniques

Les examens paracliniques effectués par nos patientes sont démontrés par ce tableau ci-dessous.

Tableau XII : Répartition selon les examens paracliniques effectués

Les examens paracliniques effectués	Taux (%)
Aucun bilan	46,6
Echographie pelvienne	34,2
NFS	18,9
NFS + Groupage / Rhésus	13,9

Parmi les patientes, presque la moitié n'effectuait pas des examens complémentaires.

II.9. Les aspects thérapeutiques et évolutifs

II.9.1. Prise en charge

Les différentes prises en charge des patientes sont reparties dans le tableau suivant.

Tableau XIII : Répartition selon le traitement prescrit

Traitement prescrit	Taux (%)
Antibiothérapie	100
Curetage/Aspiration	36,7
Autres*	36,7
Curage digitale	12,6
Transfusion sanguine	6,3

* antalgique, utéro-tonique, supplémentation en fer, AMIU

Durant cette étude, 6,3% des cas bénéficient une transfusion sanguine.

II.9.2. Issue de la prise en charge

La présente figure nous montre l'évolution de nos patientes après la prise en charge.

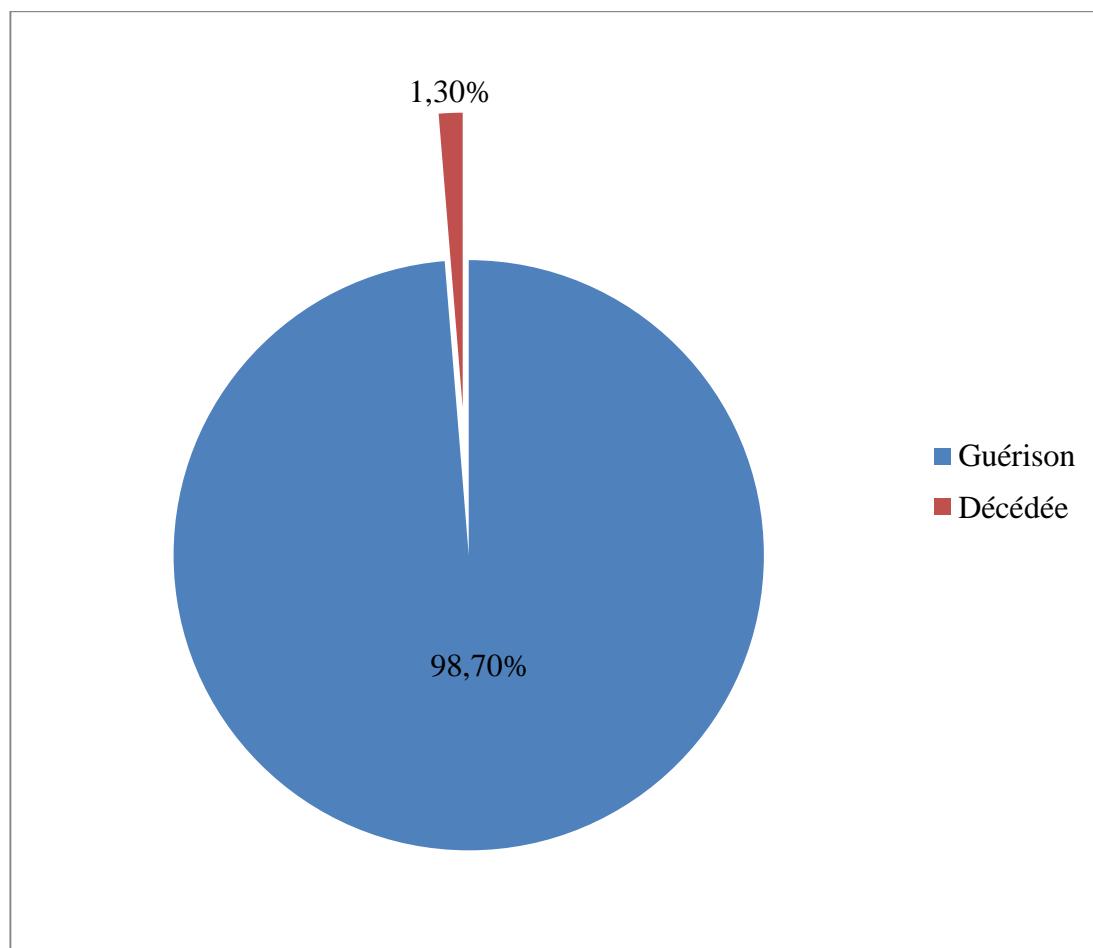


Figure 14 : Répartition selon l'évolution de la patiente

Le taux de décès rencontré pendant notre étude était de 1,30% suite à une septicémie secondaire à une introduction de corps étranger intra utérin par retard de prise en charge.

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

I. La fréquence

Pendant notre période d'étude allant du premier décembre 2016 au 31 mai 2017, nous avions recensés 79 cas de complications d'interruptions volontaires clandestines de la grossesse soit une fréquence de 3,68% des admissions au service de la maternité du centre hospitalier de référence régionale Vakinankaratra (tableau I).

A Madagascar, plusieurs études montrent que l'avortement clandestin est fréquemment pratiqué [21,22].

Des résultats comparables aux nôtres ont été rapportés par :

- Traoré A au centre de santé de référence de la commune V de Bamako en Mali en 2003 : 3,12% [6].
- Rakotondraisoa JM à la maternité de Befelatanana d'Antananarivo en 2012 : 4,5% [22].
- Zennouhi H à hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès en Maroc en 2014 : 3,74% [23].

Notre fréquence est supérieure à celle retrouvée par Manouana en Guadeloupe en 2012 [24] et Traoré C au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako en 2010 [25] qui sont respectivement 2,4% et 0,95%.

Malgré l'illégalité de l'acte, on note quand même un taux assez significatif de l'interruption volontaire de grossesse à Madagascar et en Afrique.

Le taux d'avortement pour l'ensemble de la Belgique était de 9,2% en 2011. Ce taux reste assez bas par rapport aux taux observés dans les pays développés (24%). En Europe, seul l'Allemagne, les Pays-Bas et la Suisse ont des taux inférieurs à celui de la Belgique. Dans les autres pays européens, le taux d'avortement se situe entre 10 et 30% [13].

Etant donné que l'interruption volontaire de la grossesse est encore illégale à Madagascar, des mesures d'accompagnement telles que le renforcement de la promotion du planning familial doit être entreprises.

II. Les facteurs épidémiologiques

II.1. L'âge

Près de 60 % des avortements non médicalisés en Afrique concernent les femmes âgées de moins de 25 ans et près de 80 % les femmes de moins de 30 ans [17].

Cela rejoint notre étude qui révèle que 59,5% des cas avaient entre 17 et 24 ans et 79,8% des patientes de moins de 30 ans (tableau II). Nos résultats concordent à ceux observés au CHUGOB d'Antananarivo en 2012 [22] et au Togo [26] la même année soit respectivement 43,56% et 45,1% qui convergent à ce que la tranche d'âge moins de 25 ans est la plus concernée.

Cette fréquence s'explique qu'au-delà de 20 ans la majeure partie des avortements non médicalisés est conséquente aux problèmes socio-économiques associés aux problèmes majeurs, l'interdiction de l'avortement par la loi et le manque de la pratique contraceptive surtout dans les pays africains [27].

Cela s'explique par une sous information en matière de sexualité et de contraception.

La moyenne d'âge de nos patientes est 24,6 ans, proche à celle retrouvée par Manouana M [24].

Selon la littérature, la tranche d'âge qui a le plus recours à l'avortement non médicalisés est généralement moins de 20 ans poussée par la peur des parents et de la société. La non-reconnaissance de la grossesse par le progéniteur et la législation poussée par les grands courants religieux qui interdisent l'avortement [27].

Cela rejoint certaines études qui ont rapporté des tranches d'âge plus jeunes que la nôtre :

- Au Mali, en 1997, Dembélé F avançait 52,38% entre 13-17 ans [6];
- A Bamako, en 1999, Konaté notait une fréquence de 38,89% dans la tranche d'âge 14 à 18ans [35].
- A Bamako, en 2005, Tall S avance que 58,70% de ses patientes avaient entre 13 et 20 ans [28].
- Au Maroc, en 2010, Zennouhi a révélé que 70% des cas avaient entre 16 et 18ans, les patientes sont conduites vers l'avortement clandestin pour les mêmes raisons décrites dans la littérature en plus du risque d'exclusion du système éducatif qui interdit à toute fille enceinte l'accès aux établissement scolaires [23].

Il s'avère nécessaire de mettre en œuvre des loisirs sains pour les jeunes et un dialogue ouvert entre les jeunes femmes et les services socio-sanitaires et éducatifs devraient être envisagés.

II.2. La profession

Les femmes employées de la zone franche et les agricultrices prédominaient lors de notre étude soit respectivement 27,8% et 21,6% des cas (tableau III). La pratique d'IVG clandestine par cette catégorie pourrait s'expliquer par la situation géoéconomique de la région Vakinankaratra en étant une des régions industrialisée et productive du pays.

Nous avions constaté que le fait d'avoir un revenu mensuel n'épargne pas la pratique d'IVG ; ceci pourrait s'expliquer aussi par une grossesse non désirée ou la pression du partenaire ou un intervalle intergénésique court mais également le problème d'accès aux soins primaires.

Ceci n'est superposable avec les autres pays en développement ou les femmes à faible niveau socio-économique sont les plus exposées aux avortements à risque.

- Au Togo et au Malawi, Kahn JG a rapporté en 2000 que les étudiantes représentaient respectivement 37,12% et 38,6% des cas [12].
- En Inde et au Nigeria en 2000 par Ahman E ont noté que ce sont les ménagères qui sont les plus touchées avec respectivement 63,8% et 76% des cas [29].
- Au Nigeria et au Zimbabwe, en 2004, la majorité des femmes étaient ménagères avec respectivement 54,7% et 58% des cas [27,30].

Par ailleurs, selon l'OMS la pauvreté est considérée comme étant un facteur des avortements dans les pays en développement [30,31].

Devant cette situation, on doit adopter des attitudes favorables pour la planification familiale sûres, efficaces accessibles à tous ; et inciter les populations de fréquenter les services de la santé de la reproduction que ce soit au sein de la zone franche ou ailleurs.

II.3 La situation matrimoniale

Dans notre étude la majorité des patientes étaient des célibataires, avec un taux de 75,9% des cas (figure 1).

Toutefois, la grossesse hors mariage reste encore comme une situation tabou et honteuse envers la société malgache. Cette situation aurait entraîné davantage les femmes célibataires à pratiquer l'avortement.

La plupart des études convergent à ce que les femmes célibataires sont les plus concernées :

- Au Maroc, en 2014, l'étude de Zennouhi H a permis de mettre en évidence 74,9% des femmes célibataires [23].
- A Antananarivo, en 2010, l'analyse de Gastineau et Rajaonarisoa a retrouvé 46,1% [7].
- Au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako, en 2010, Traore C qui a enregistré 68% [25].
- A Libreville Gabon, en 2009, Mayia Tsonga et son équipe ont montré également le même constat car les femmes célibataires ont occupé le premier rang (72,6%) dans la pratique de cet acte [32].
- En Guadeloupe en 2008, Manouana M qui a rapporté 96,1% des célibataires et seulement 3,8 % des patientes mariées [24].
- Au CHU Gabriel Touré de Bamako en 2005, Tall S qui a recensé 80% des femmes célibataires [28].
- Au Centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako, en 2004, Traoré a retrouvé 77,6% [6].
- au CHU Gabriel Touré de Bamako en 2000, Samaké a avancé 82,87% des femmes célibataires [39].

Ces résultats montrent une incidence élevée du phénomène chez les femmes célibataires. Cette attitude pourrait s'expliquer par le statut économique faible, la crainte des représailles des parents, la mauvaise réputation socioculturelle d'une fille mère, les coutumes et traditions concernant le mariage.

Mais toutefois, notre étude a également mis en évidence une proportion non négligeable des femmes mariées ayant pratiqué un avortement provoqué clandestin soit 24,1%. Ce résultat est comparable à d'autres études africaines :

- Au CHU Gabriel Touré de Bamako en 2005, Tall S : 20% [28]
- Au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako, en 2004, Traoré AK : 18,46% [6]
- Au Nigeria en 2010, Marcel : 34,8% [20] et
- Au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako, en 2010, Traoré C : 32% [25]

Les raisons évoquées ont été le plus souvent : les grossesses rapprochées, l’infidélité conjugale, le manque de soutien financier par le mari, l’âge avancé de la patiente, l’instabilité de la vie de couple.

Devant cette situation, nous devons lever le tabou par la promotion de l’éducation sexuelle et multiplier les communications et affichages indiquant l’existence de PF pour les jeunes au niveau de toutes les formations sanitaires du district.

II.4. Le niveau d’instruction

Certaines études mettent en évidence l’incidence d’un taux d’instruction élevé sur le risque de subir un avortement provoqué clandestin [7, 33].

L’étude réalisée en Guadeloupe par Manouana en 2012 a montré que : 50% de patientes avaient un niveau primaire, 40,3% de niveau secondaire, 7,6% de niveau supérieure et seulement 1,9% des patientes n’ont eu aucun niveau de scolarisation [24].

L’analyse de Guillaume et Annabel en 2002 ont soulevé également dans leur étude réalisée en Abidjan que le célibat et les niveaux d’éducation plus élevés sont associés significativement à la pratique d’avortement provoqué [34].

Contrairement à notre étude où nous avons enregistré seulement 2,6% des femmes ayant fait des études supérieures et 64,6% de femme de faible niveau d’instruction avec 48,1% de niveau primaire (tableau IV). Ceci pourrait s’expliquer par le fait qu’elles sont les plus nombreuses dans la population d’une part et le taux élevé des non scolarisés à Madagascar d’autre part.

Ces résultats rejoignent à d’autres résultats :

- Au Maroc en 2014, Zennouhi H a recensé 62% des patientes non instruites, 31,9% niveau primaire, 6,1% niveau secondaire [23].

- Au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako, en 2010, Traoré C a révélé 32,57% des patientes non instruites, 30,06% de niveau primaire et 20,45% de niveau secondaire [25].

- Au Mali en 2009, Maiga HF a retrouvé 39,9% non scolarisées, 30,7% des patientes avaient un niveau primaire, 21,8% de patientes niveau secondaire [36].

- Au CHU Gabriel Touré de Bamako en 2005, Tall S a noté 7,2% de niveau supérieur et 48,3% non instruites [28].

- Au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako, en 2004, Traoré a rapporté 48,3% de femmes non instruites 27,6% des femmes de niveau primaire [6].

- Au Mali en 2003, l'étude de Konate M a avancé que 75,4% de patientes ayant un faible niveau d'instruction et 49% de patientes avaient un niveau primaire [35].

Il ressort de notre étude que le faible niveau d'alphabétisation constitue un facteur de risque d'interruption volontaire clandestine de grossesse.

En effet, l'absence d'instruction responsable d'une faible culture médicale a contribué à augmenter le taux d'avortement clandestin chez les femmes.

La vulgarisation de l'utilisation de planification familiale sûre, efficace et accessible à tous dans toutes les formations sanitaires du district est donc nécessaire ainsi que la promotion de l'éducation à la vie familiale (EVF) en milieu scolaire en vue d'éviter les grossesses non désirées.

III. Les antécédents gynécologiques et obstétriques

III.1. La parité

Notre enquête a révélé une fréquence élevée des multipares soit 51,9% des patientes (figure 5). Ce constat était vérifié par l'étude d'Andriamafidison [33] au CHUGOB d'Antananarivo en 2013 et celle de Manouana M [24] en Maroc qui retrouvait une fréquence de 88,4% en 2012.

Une étude réalisée en Turquie en 2004 par Ali Ihsan remarquait également que la multiparité motivait les femmes à pratiquer l'avortement provoqué [37]. Bartley et son équipe en 2000 notait aussi que la multiparité poussait les femmes à pratiquer l'avortement provoqué [38].

Ce constat est établi par le fait que le désir d'espacer ou limiter les naissances serait parfois lié à des difficultés financières afin de mieux s'occuper des enfants. Par ailleurs, de nombreuses études ont montré que les femmes utilisent l'avortement comme mode de régulation des naissances [4, 40, 41].

Pourtant l'étude réalisée par Zennouhi H [23] a trouvé un taux de 74,9% des femmes nullipares en 2014. Les nullipares ont prédominé aussi pour Traoré C [24] qui a rapporté un taux de 51% dans la pratique de l'avortement provoqué en 2010.

Ce même constat a été trouvé également par Maiga HF [36] en 2012 et Dembélé au Mali [6] en 2000 soit respectivement 60,4% et 66,2%.

Les femmes pratiquent souvent l'avortement dans ce cas pour reculer le moment de première naissance afin de bien terminer leurs études, de trouver un bon emploi et de se marier.

Il faut réduire le taux des grossesses non désirées par l'acceptation et l'utilisation correcte et appropriée des méthodes contraceptives par les femmes sexuellement actives.

III.2. L'âge gestationnel au moment de l'avortement

Nous avons constaté que 39,20% des patientes ont pratiqué des avortements non médicalisés sur des grossesses inférieures à 12 SA et 32,90% des grossesses ont été interrompues à un âge gestationnel supérieure 12 SA. L'âge gestationnel n'a pas été précis pour 27,80% des cas (figure 9).

Les résultats de notre étude sont relativement similaires à ceux d'autres auteurs, qui ont également retrouvé des taux élevés d'avortements non médicalisés avec un âge gestationnel inférieur ou égal à 14SA. Il s'agit de :

- L'étude en Mali en 2009 par Maiga HF [36] : 91%
- L'analyse en Guadeloupe en 2012 par Manouana M [24] : 98,1%

III.3. Les antécédents d'avortements provoqués clandestins

Nous retrouvons que 19% (15 cas) des patientes avaient déjà fait un avortement provoqué clandestin antérieur (figure 8). Ces taux sont à prendre avec réserve compte tenu du nombre croissant d'avortement provoqué clandestin en milieu urbain, et de plus les réponses fournies à cette question ne reflètent généralement pas toujours la réalité.

Dans la littérature, certains auteurs au Mali a trouvé respectivement :

- Traoré C, en 2010 : 5% des patients avec un antécédent d'avortement provoqué clandestin et 1% avec deux antécédents [25].
- Dembélé F, en 2000 : 7,93% des patients avec un antécédent d'avortement provoqué clandestin et 4,23% avec deux antécédents [6].
- Samaké A, en 2000 : 29,17% des patients avec un antécédent d'avortement provoqué clandestin et 4,63% avec deux antécédents [39].

Plus de la moitié des patientes enquêtées (68,75%) effectuaient leur premier avortement provoqué clandestin entre 13 et 18 ans. Ceci reflète que l'interruption volontaire de la grossesse est surtout l'apanage des jeunes sans grande expérience sexuelle.

III.4. L'utilisation des méthodes contraceptives

Lors de notre étude, nous avions recensé 77,2% des femmes sans moyen de contraception moderne (figure 6). Ce résultat est proche de celui de Maiga HF en 2009 [36] qui a enregistré un taux de 70,3%.

Plusieurs facteurs pourraient expliquer cette situation à savoir le niveau d'éducation, le problème d'accès aux soins primaires, les préjugés mais aussi les facteurs socio culturels et religieux.

L'absence de contraception peut contribuer au taux de récidive d'avortement retrouvé chez 19% de notre population d'étude. Dans d'autres études Africaines, le défaut d'utilisation de contraception est responsable d'une récidive d'avortement allant de 17% à 80%. 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 [42].

D'après l'étude réalisée par Annabel dans la ville d'Abidjan en 2002, il semblerait que l'avortement intervienne comme méthode de contrôle de la fécondité [38]. En Tunisie, Guillaume A. confirmait que l'avortement se groupe parmi les méthodes de planification familiale au même titre que la stérilisation féminine [43]. Toutefois, le recours à l'avortement pour réguler la fécondité est considérée déjà comme une pratique ancienne, généralement clandestine, même si ce dernier s'avère une pratique illégale dans de nombreux pays en développement [43].

Pour le cas de Madagascar, l'avortement clandestin semble fréquent dans la mesure où la prévalence contraceptive reste encore basse (18%) d'après INSTAT en 2004 [44]. Or, une bonne utilisation des méthodes contraceptives minimiseraient les échecs contraceptifs chez les femmes qui veulent contrôler leur fécondité, et par là, minimiseraient aussi le recours aux avortements.

Néanmoins, la crainte des effets secondaires des méthodes contraceptives (46,8%) a été avancée par de nombreuses femmes incluses dans cette étude comme raison de non utilisation de ce dernier. Par ailleurs, une proportion non négligeable des femmes (12,7%) ne connaît pas encore l'existence des méthodes contraceptives d'où l'importance d'information et de sensibilisation sur les méthodes contraceptives au sein de la communauté.

D'après Carolyn, la mise en route d'une planification familiale après l'avortement contribuerait sans doute à la réduction de la pratique d'avortement et éventuellement à la réduction de la mortalité maternelle [45].

En outre, l'utilisation de contraception s'avère très indispensable après un avortement pour aider les femmes aux recours d'avortement itératives. . Il faut insister sur la nécessité d'utiliser une contraception dès la reprise de l'activité sexuelle.

IV. Les prestataires de l'avortement

Les prestataires ont été variables dans notre série ainsi, l'avortement a été attribué dans 45,60% aux patientes elles-mêmes, 35,40% aux matrones et 19% réalisés par le personnels médicales (figure 10). Ce taux rejoint à ceux révélés par Rakotondraisoa JM au CHUGOB en 2013 [22] et Mayia Tsonga en Libreville Gabon en 2009 [32] qui sont respectivement 37,8% et 69,8%.

De nombreuses études au Mali notent des taux élevés d'avortements provoqués clandestins effectués par des paramédicaux :

- Traoré A en 2000 a noté 60,6% d'interruption volontaire clandestine de la grossesse par des personnels paramédicaux, 14% par des médecins et étudiants ; 8% par des tradipraticiens. Dans 16% des cas les femmes ont effectué elle même responsables de l'avortement provoqué clandestin [6].

- Konaté M en 2003 a enregistré 41,97% d'interruption volontaire clandestine de la grossesse par des infirmiers, 11,99% par des sages femmes, 2% par des guérisseurs et dans 10% la patiente était elle même responsable de l'avortement provoqué clandestin. Mais dans 21,93% la patiente ignorait la qualification de l'avorteur [35].

- Tall S en 2005 a enregistré 30,6% d'interruption volontaire clandestine de la grossesse par des infirmiers, 17,2% par des sages femmes, 10% par des médecins, 5% la patiente elle même. Mais dans 22,2% des cas la patiente ignorait la qualification de l'avorteur [28].

Ce taux s'explique par le faible taux d'alphabétisation responsable du fait que les patientes ne cherchent pas à savoir la qualification de l'avorteur. Le seul but étant de se débarrasser de la grossesse les conduisant à des complications dramatiques ; souvent incurables.

V. Les raisons de l'avortement

D'après cette étude, la raison économique (31,6%) et la grossesse non désirée (19%) ainsi que la pression du partenaire (19%) ont poussé le plus souvent les femmes à pratiquer l'avortement (tableau IX).

L'étude de Rakotondraisoa [22] en 2012 a rapporté que le problème financier (3%) était la première cause d'avortement avancé par ses patientes.

Une analyse réalisée par Ankinrinola, Susheela et Taylor dans 27 pays du monde en 2008 a permis de constater que parmi les raisons de l'avortement avancées par les femmes vient en premier lieu la grossesse non désirée et en second lieu la raison économique [46]. Ce même constat a été trouvé également dans les études réalisées par Ahiedeke au Ghana en 2004 [37] et Diarra au Mali la même année [6].

Néanmoins, une étude réalisée par Lawrence aux Etats-Unis en 2005 a remarqué que l'étude, le travail, le célibat et le conflit entre couple s'avèrent les principaux raisons d'avortement [47]. Tous ces commentaires montrent que les déterminants de l'avortement provoqué clandestin s'avèrent nombreux.

Les autres auteurs ont évoqué d'autres motifs au Mali :

- Dembélé F en 2000 avance 20,63% pour des raisons scolaires, la pression familiale occupe 13,22% [6].
- Samaké A en 2000 a enregistré 21,30% pour raisons scolaires et 18,52% pour les célibataires [39].
- Tall S en 2005 avance 12,2% pour raisons scolaires et 27,7% pour les célibataires [28].

Au total, l'analyse de ces raisons ou causes d'effectuer un avortement permet de souligner l'importance de l'éducation des jeunes sur la sexualité, la connaissance et la maîtrise de la contraception.

Une étude qualitative auprès de la communauté s'avère aussi indispensable pour mieux comprendre ce fait, plus précisément l'avis du mari ou du compagnon.

VI. Les méthodes abortives utilisées

Dans notre étude, l'automédication était le principal moyen abortif (45,6%). Le produit utilisé était à base de prostaglandine misoprostol® ou cytotec® (tableau VIII).

- Rakotondraisoa rapportait un taux d'utilisation de misoprostol® de 47,44% au CHUGOB d'Antananarivo en 2012 [22].

- Fawole rapportait un taux de 66,2% au Gabon en 2002 [48].

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 40% de nos patientes avaient recours à des décoctions traditionnelles, tandis que 6,3% avaient eu recours à des manœuvres endo-utérines. Elles consistaient le plus souvent en une introduction dans le col de sonde vésicale ou tubulure de perfusion. Ceci expose ces femmes à des complications infectieuses d'autant plus que seulement 19% des actes étaient réalisés par un personnel de santé.

Les procédures utilisés par les tradipraticiens sont multiples et changent d'un pays à un autre. Toutes ces méthodes sont dangereuses, elles sont pratiquées par des personnels non qualifiés, avec des matériels non stérile, dans un climat hostile, dans des conditions et lieux inappropriés.

L'ocytocine et le Misoprostol®, les herbes, le sondage utérin et le curetage sont les moyens qui ont été mis en évidence dans l'étude de Traore C [24] et Maiga HF [36].

- Traoré AK : 45,4% de curetage et 26,4% de sondage utérin [6]

- Konaté M : 56,6% de sondage utérin et 16,9% de curetage [35]

- Samaké A : 43,37% de sondage utérin et 39,3% de curetage [39]

Après ces constatations, nous suggérons de renforcer les IEC sur les avortements, leurs gravités et complications tant au niveau des personnels de santé que dans les communautés.

VII. Les aspects cliniques

VII.1. Les motifs d'admission

Dans notre étude le motif d'admission le plus fréquemment rencontré était l'hémorragie soit 74,7% des patientes (tableau V).

Dans les autres études, les motifs de consultations retrouvées étaient :

- Zennouhi H au Maroc en 2014 : l'hémorragie 55,7%, l'hyperthermie 37,8%, l'algie pelvienne 34,5%, leucorrhées 33,2% et syncope 2,4% [23]
- Tall S au Mali en 2005 : 60,6% d'hémorragie par rétention de débris ovulaires, par perforation utérine ou par brûlure chimique. Elle est suivie des algies pelviennes isolées 11,7% ou associées à un syndrome infectieux [28].
- Traoré AK, au centre de santé de référence de la commune V de Bamako en 2004 [6] : 68% d'hémorragie associés ou non aux algies pelviennes
- Konaté au CHU de Bamako en 1999 : l'hyperthermie 31,94%, l'hémorragie plus algie pelvienne 23,61%, l'algie pelvienne aigue sans hémorragie 22,22% et l'hémorragie sans algie pelvienne 20,37% [35]

VII.2. Les complications

Les complications des avortements provoqués clandestins sont nombreuses et souvent très graves que ce soit dans l'immédiat ou au stade séquellaire. Seules les complications immédiates et précoces ont été prises en compte dans notre étude, les patientes n'étant pas revues après leur sortie de l'hôpital.

Ces complications sont variables selon l'âge gestationnel, l'agent et la méthode utilisée.

Les principales complications de notre étude concordent avec ceux de la littérature, elles sont dominées par la rétention placentaire qui a été retrouvée chez 53 patientes soit 67,1% des cas ; 11 patientes soit 13,92% ont présenté une anémie aigue (figure 11). Mais une proportion non négligeable était en rapport avec un avortement en cours hémorragique (figure 12).

En effet au cours des manœuvres abortives, le décollement placentaire est rarement total. Le placenta souvent très volumineux par rapport au volume de l'embryon, est profondément enchassé dans une paroi utérine qui n'a pas été préparée au clivage utero-placentaire (contrairement aux avortements spontanés). Le décollement placentaire partiel ouvre un réseau vasculaire abondant à ce stade de la grossesse expliquant la constance de l'hémorragie au cours de l'avortement provoqué clandestin.

Nos résultats sont comparables à ceux décrits par d'autres auteurs où l'hémorragie prédominait avec un taux variant de 33 à 91,3% :

- Zennouh H en Maroc en 2014 : 91,3% [23]
- Rakotondraisoa au CHUGOB d'Antananarivo en 2010 : 70% [22]
- Traoré C en Mali en 2010 : 32,57% [25]
- Mayi-Tsonga en Gabon en 2009 : 76,29% [32]

Ces complications peuvent s'expliquer par l'ignorance des patientes sur les conséquences éventuelles des moyens abortifs qu'elles utilisent.

L'utilisation massive et illégale de Misoprostol® suivant des protocoles non validés dont l'effet pourvoyeur d'avortement incomplet et d'hémorragie.

Au Nigeria en 2002, les lésions génitales et les ruptures utérines prédominaient. Ceci était lié à l'utilisation de manœuvres intra utérines dans un cadre clandestin, illégal et par des personnes non qualifiées [49].

Lors de notre étude, les complications infectieuses tenaient la seconde place soit 17,7% des cas. Nous avons retrouvé que 12,65% des cas présentaient une endométrite (figure 13).

Ce résultat est inférieur à ceux de :

- Traoré C en 2010 qui a recensé 37,87% [24].
- Bergström au Mali en 1995 a retrouvé des complications infectieuses chez 33% des cas [50].
- Zennouhi H en 2014 qui a retrouvé 26,6% [23].

Les manœuvres endoutérins faites dans des conditions septiques sont les plus à risques de complications infectieuses [6,51].

Le taux de létalité dans notre étude était de 1,3%. Ce chiffre est proche de celui de Mayi-Tsonga au Gabon en 2009 est de 0,7% [32].

Pourtant ce taux est inférieur à ceux rapportés par d'autres études :

- Rakotondraisoa au CHUGOB d'Antananarivo en 2010 : 7,69% [22]
- Ngbale en Bangui en 2012 : 20,8% [51]
- MbonyeA en Uganda en 2000 : 18 à 35% [52].

VIII. La prise en charge

Les objectifs de la prise en charge des avortées compliquées sont surtout de :

- Préserver le pronostic vital
- Traiter les complications et limiter le risque d'échec du traitement

Le délai entre l'acte et l'arrivée à l'hôpital était en moyenne quatre jours avec des extrêmes de 6 heures et 7 jours.

Pendant cette étude, la durée d'hospitalisation des patientes était en moyenne de trois jours avec des extrêmes allant de 1 et 7 jours.

L'antibiothérapie a été administrée chez toutes les patientes.

La réanimation hydro-électrolytique et la transfusion sanguine ont été indiquées chez les 5 patientes en état de choc dont 6,32% des cas.

Nous avons eu recours au curetage chez 28 patientes soit 35,4% des cas.

Selon certains auteurs, les moyens thérapeutiques sont en fonction de l'état hémodynamique de la femme, de critères biologiques, et échographiques :

- Zennouhi H en 2014 a recensé un taux 100% d'administration d'antibiotique, 91,03% de curetage et 4,8% de transfusion sanguine [23].
- Traoré C en 2010 a noté un taux 100% d'administration d'antibiotique, 55,03% de curetage et 65 % de transfusion sanguine [25].
- Maiga HF en 2009 a rapporté un taux 97% d'administration d'antibiotique, 49,5% de curetage, 41,6% de transfusion sanguine [36].

IX. L'issue de la prise en charge

D'après notre étude, 72 patientes soit 91,1% des cas ont été admis au CHRR Vakinankaratra avec un bon état général par contre 8,9% soit 7 patientes étaient dans un état critique (figure14).

Dans 98,7% des cas ont été pris en charge et les patientes et ont été en bonne évolution. Par contre, une patiente décédait suite à une infection septicémique secondaire à une introduction de corps étranger intra-utérin et retard d'arrivé à l'hôpital.

Compte tenu du manque de recul nous n'avons pas pu évaluer le taux de complications tardives.

L'OMS estimait en 2003 à 13% la mortalité maternelle liée à l'avortement provoqué clandestin [5].

Quelques auteurs ont retrouvé dans leurs études à Bamako des pourcentages variés de décès maternel :

- Tall S en 2005 : 6,7% [28]
- Konate en 1999 : 6% [35]
- Traoré A K en 2003 : 2,2% [6]

Dans les pays où l'avortement est légal, il n'y a presque pas de décès causé par les avortements [24].

CONCLUSION

CONCLUSION

L'avortement provoqué semblerait une des plus vieilles méthodes d'interruption d'une grossesse non désirée, mais aussi une des plus dangereuses quand elle s'effectue clandestinement. L'avortement clandestin est source de nombreuses complications souvent gravissime.

Malgré l'illégalité d'avortement dans plusieurs pays en développement, il constitue une pratique courante, tout comme à Madagascar. Les complications de l'interruption volontaire clandestine de la grossesse représentent une partie non négligeable des pathologies enregistrées au centre hospitalier de référence régionale de Vakinankaratra.

Cette pathologie concerne surtout les jeunes moins de 25 ans, célibataires, ayant un faible niveau d'instruction, multipares, et sans contraception. Les médicaments modernes à base de prostaglandine (misoprostol®), les décoctions traditionnelles ont été les moyens abortifs les plus utilisées. Les complications hémorragiques ont été les plus fréquentes.

L'application effective des suggestions par les autorités concernées impliquerait sans doute une réduction de l'incidence de l'avortement provoqué. Les médecins, les sages-femmes et les matrones qui pratiquent l'avortement clandestin doivent savoir les risques de complications graves de cet acte.

Pourtant, les cas enregistrés au centre hospitalier de référence régionale de Vakinankaratra ne représentent que la partie saillante en matière d'avortement clandestin.

Par conséquent, une étude d'envergure nationale s'avère nécessaire dans l'avenir et la légalisation de cet acte doivent être discutée pour diminuer la fréquence des complications.

REFERENCES BIBLGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Sedgh G, Henshaw G, Singh S, Ahman E, Shah I. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*. 2015 February; 379(9816) : 625-32.
2. Takongmo S, Binam F, Simeu C, Ngassa P, Kouam L, Malonga E. Aspects thérapeutiques des péritonites génitales au CHU de Yaoundé (Cameroun). *Med Afr Noire*. 2000 ; 19-21.
3. Berer M. Eliminer les risques liés à l'avortement : le devoir d'une bonne politique de santé publique, *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, Recueil d'Article. 2000 ; 3 : 117-28.
4. Guillaume A. L'avortement en Afrique : mode de contrôle des naissances et problèmes de santé publique. *ISSN*. 2000; 37 : 1157-4186
5. World Health Organization. *Unsafe Abortion: global and regional estimates of incidence and mortality due to unsafe abortion*. WHO. 1998.
6. Diabaté FS, Traoré A, Diakité S, Perrotin F, Dembélé, Diarra I. et al. Complications of illegal induced abortions at Bamako (Mali) between December 1997 and November 1998. *Cahiers d'études et de recherches francophones, Santé*. Juillet – Août 2004 ; 10 (4) : 243-7.
7. Gastineau B, Rajaonarisoa S. Santé de la reproduction et avortement Antananarivo (Madagascar). Résultat d'une recherche originale. *Afr Reprod Health*. 2010; 14: 223-
8. Benson J, Nicholson LA, Gaffikin L. Complication of unsafe abortion in sub-Saharan: a review. *Health Policy Plan*. 1996; 11: 117-31.

9. Tamara B, Leila H. The Power Dynamics Perpetuating Unsafe Abortion in Africa: A feminist Perspective. *Afr J Reprod Health.* 2004; 8(1) : 43- 51.
10. INSTAT. Enquête Démographique et de santé Madagascar 1997. Marco international/Inc. INSTAT. 1998 : 440.
11. World Health Organization. Medical Methods for termination of Pregnancy. Report of a WHO scientific Group. *World Health OrganisationTechical Report Ser.* 1997; 871 : 1-110.
12. Chamie J. Un population division issues updated study on abortion policies. 2ème édition. New York : Population.2002 : 8306.
13. Vilain A. 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016. *Études et Résultats.* DREES. Juillet 2016 ; 968.
14. ANAES. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 SA. Mars 2001. www.anaes.fr
15. OMS, FNUAP, UNICEF, Banque mondiale : Réduire la mortalité maternelle. OMS, FNUAP, UNICEF, Genève. 1999; 21 cm, 45.
16. Office for National Statistics. Legal abortions in England and Wales. London : HMSO. 1998
17. OMS. Unsafe Abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2005.
18. Philippe F, Patrick M. Interruption volontaire de grossesse. *Rev Prat.* Septembre 2006; 56 : 1573-77.

19. Fenomanana MS, Rakotoarivony ST, Riel AM, Rekoronirina E, Andrianjatovo JJ, Andrianampanalinarivo HR. Profil épidémioclinique et thérapeutique des pelvipéritonites post abortives à la maternité du C.H.U. d'Antananarivo Madagascar. *Rev Anest Réa Méd Urg.* 2009;1(2) : 17-20.
20. Marcel V. Interruption volontaire de grossesse au premier trimestre : protocoles et directives. Procédures chirurgicale et médicamenteuse. IPPF. juillet 2010 ; 73-99.
21. Focus Development Association. Etude sur l'avortement clandestin à Madagascar. Fianakaviana Sambatra Madagascar – International Planned Parenthood Federation. 2007 : 70.
22. Rakotondraisoa JM, Andrianampy HA, Rajaonarison JJC, Randriambelomanana JA. Complications des avortements clandestins vus à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana d'Antananarivo Madagascar. Résultat d'une recherche originale. *Rev med Madag.* 2013; 3(2) : 273-77.
23. Zennouhi H. Avortement non médicalisé au service de gynécologie obstétrique à hôpital militaire Moulay Ismail à propos de 451 cas [Thèse]. Médecine : Meknès; 2014.
24. Manouana M. Avortements illégaux par le misoprostol en Guadeloupe. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* Paris.2012.
25. Traoré C. Avortements provoqués clandestins : complications colligées au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako [Thèse]. Médecine : Bamako ; 2009-2010.
26. Razafimiarantsoa 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

27. Osur J, Orago A, Mwanzo I. Social networks and decision making for clandestine unsafe abortions: Evidence from Kenya. *J Reprod Health*. 2015; 19(1) : 34-43.
28. Tall S: Les facteurs de risque de l'avortement provoqué au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré à propos de 180 cas [Thèse]. Médecine: Bamako; 2005.
29. Ahman E, Shah I. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000.eds. In: Butler P, Schlägenhaft Feds, *Unsafe abortion*: Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2004 : 52.
30. Gulera K, Bansal S, Agarwal N. 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.
31. Ikpeze OC. Pattern of morbidity and mortality following illegal termination of pregnancy at Nnewi, Nigeria. *J Obstet Gynecol*. 2000; 20 : 55-7.
32. Mayi-Tsonga S, Diallo T, Litovchenko O. Etude comparée des complications des avortements clandestins: misoprostol versus autres méthodes abortives. *Clin Mother Child Health*. 2009; 6 : 1-10.
33. Andriamifidison NZR, Mandrosovololona V, Zoliniainarisoa T, Rakotondrazanany E, Rakotonirina EJ, Andrianampanalinarivo RH et al. Avortements provoqués au service de gynécologie- obstétrique de Befelatanana Antananarivo en 2009. *Méd Afr Noire*. 2013 ; 60(4) : 163- 8.
34. Guillaume A, Annabel D. Limitation des naissances parmi les femmes d'Abidjan, en côte d'Ivoire : contraception, avortement ou les deux ? *Perspectives Internationales sur le Planning Familial*. 2002 : numéro spécial 4-11

35. Konate MK, Sissoko F. Les conséquences sociales de l'avortement provoqué à Bamako. Bamako, CILSS, INSAH, 2003, CERPOD : 91.
36. Maiga HF. Les avortements à risque dans le service de gynéco-obstétrique de CHU point G Bamako [Thèse]. Médecine : Bamako; 2009.
37. Ali Ihsan B, Birgul O, Servet O, Saime S, Turgut S, Gunay S et al. Induced abortion and effecting factors of ever married women in the Southeast Anatolian Project Region, Turkey: a cross sectional study. *BMC Public Health*. 2004; 4(65) : 1-10.
38. Bartley J, Tong S, Everington D, Baird DT. Parity is a major determinant of success rate in medical abortion: a retrospective analysis of 3161 consecutive cases of early medical abortion treated with reduced doses of mifepristone and vaginal gemeprost. *Contraception*. Décembre 2000; 62(6) : 297-303.
39. Samaké A. Les avortements à risques au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré à propos de 216 cas [Thèse]. Médecine : Bamako; 2000.
40. Rachel K, Jones, Jacqueline E, Darroch, Stanley K, Henshaw. Contraceptive Use Among U.S. Women Having Abortions in 2000–2001. *Perspectives on Sexual and Reprod Health*. 2002; 34(6) : 294–303.
41. Susheela S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet*. November 2006; 368(25) : 1887- 92.
42. Mosoko JJ, Delvaux T, Glynn JR. Induced abortion among women attending antenatal clinics in Yaoundé, Cameroon. *East Afr Med J*. 2004; 81 : 77-80.
43. Guillaume A. L'avortement en Afrique : un problème mal connu, lourd de conséquence. *Rev de la littérature*. 1999.

44. INSTAT. Enquête Démographique et Santé 2003- 2004 Madagascar. Marco International/Inc. INSTAT. 2006; 442.
45. Carolyn C, Douglas H, Tamarah M. Post abortion family planning: addressing the cycle of repeat unintended pregnancy and abortion. International perspectives on sexual and reproductive health. March 2010; 36 (1) : 44- 8.
46. Akinrinola B, Susheela S, Taylor H. Reasons Why Women Have Induced Abortions: Evidence from 27 Countries. International Family Planning Perspectives. 1998; 24(3) : 117-27 & 152.
47. Lawrence B, Finer, Lori F, Frohwirth, Lindsay A, Dauphinee, et al. Reasons U.S. Women Have Abortions: Quantitative and Qualitative Perspectives. Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2005; 37(3) : 110– 8.
48. Fawole AA, Aboyefi AP. Complications from unsafe abortion: presentation at Ilorin, Nigeria. Niger J Med. 2002; 11 : 77-80.
49. LemaVM, Mpanga V, Makanni BS. Socio-demographic profile of characteristics of adolescent post-abortion patients in Blantyre. Malawi East Afr Med J. 2002; 79 : 306-10.
49. Bergström S, Sjöstrand M, Quist V. Socio-economic client characteristics and consequences of abortion in Nairobi. East Afr Med J. 1995 ; 72: 325-32.
50. Thonneau P, Poirel H, Fougeyrollas B. A comparative analysis of fall in haemoglobin following abortions conducted by mifepristone (600 mg) and vacuum aspiration. Hum Reprod. 1995; 10 : 1512-5.

51. Ngbale RN, Goddot, Nangouma MJC, Komangoya ND, Koïrokpi A, Olaoluwa N et al. Pelviperitonite et peritonite après un avortement provoqué clandestin : aspects épidémiologiques et pronostiques à l'hôpital communautaire de Bangui de Centre Afrique. Annales de la SOGGO N° 23. 2014; Vol 9.
52. Mbonye A. Abortion in Uganda: magnitude and implications. Afr J Reprod Health. 2000; 4 : 104-8.

ANNEXES

Annexe 1 : Législation concernant l'avortement provoqué à Madagascar

Selon la loi (article 317 du code pénal) « Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, manœuvres violentes, ou par tout autre moyen aura procuré ou tenté de procurer l'avortement d'une femme enceinte ou supposé enceinte, qu'elle y ait consenti ou non, sera puni d'un emprisonnement de un à cinq ans et une amende de 360 000 Ariary à 10 800 000 Ariary.

L'emprisonnement sera de cinq ans à dix ans et l'amende des 3 600 000 Ariary à 21 600 000 Ariary, s'il est établi que le coupable s'est livré habituellement aux actes visés au paragraphe précédent.

Sera punie d'un emprisonnement de six mois à deux ans et d'une amende de 72.000 Ariary à 2 160 000 Ariary, la femme qui se sera procurée l'avortement à elle-même ou aura tenté de se le procurer, ou qui aura consenti à faire usage des moyens indiqués ou administrés à cet effet

Les médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, ainsi que les étudiants en médecine, les étudiants ou employés en pharmacie, herboristes, bandagistes, marchands d'aliments de chirurgie, infirmiers, infirmières, masseurs qui auront indiqué, favorisé ou pratiqué des moyens de procurer l'avortement seront condamnés aux peines prévues aux paragraphe premier et second du présent article. La suspension pendant cinq ans au moins l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession seront, en outre, prononcées contre les coupables.

**Annexe 2 : Complications de l'interruption volontaire clandestine de la grossesse
au CHRR de Vakinankaratra. La fiche d'enquête de la patiente**

I. IDENTITE DE LA PATIENTE

Date d'entrée :

Nom de l'enquêteur :

Age :

Mode d'admission : (1= Admission directe ; 2= Référé)

Motif de consultation: (1= Hémorragie ; 2= Algie pelvienne aigue; 3= Hémorragie + Algie pelvienne aigue ; 4= Hyperthermie ; 5= Leucorrhée purulente ; 6= Syndrome infectieux ; 7= Vertige ; 8= trouble de la conscience ; 9= trouble du transit; 10=Autres.....)

Statut matrimonial : (1= Célibataire ; 2= concubinage; 3= Mariée)

Provenance : (1= urbaine ; 2= rurale)

Niveau d'instruction : (1= Non scolarisé ; 2= Primaire ; 3= Secondaire ; 5= Universitaire)

Profession : (1= Elève ; 2= Etudiante ; 3= Ménagère ; 5= Machiniste ; 6= Commerçante ; 7= cultivatrice, 8= Autres)

II. ANTECEDENTS DE LA PATIENTE

A. GYNECOLOGIE-OBSTETRICAUX

- Gestité
- Parité
- Enfant vivant

- Fausse couche spontanée	Oui	Non
- IVG	Oui	Non
- Contraception	Oui	Non
• Préservatif	<input type="checkbox"/>	
• Pilule oestroprogestative	<input type="checkbox"/>	
• Progestative	<input type="checkbox"/>	
• Contraceptif injectable	<input type="checkbox"/>	
• Implanon	<input type="checkbox"/>	
• DIU	<input type="checkbox"/>	

B. MEDICAUX

C. CHIRURGICAUX

- | | | |
|-------------------------------|-----|-----|
| – ATCD de GEU | Oui | Non |
| – ATCD de chirurgie pelvienne | Oui | Non |
| – ATCD de : Curetage | Oui | Non |
| Curage | Oui | Non |

III. HISTOIRE DE L'AVORTEMENT

- DDR (1= connue ; 2= inconnue)
 - Age gestationnel:
 - Age gestationnel < 12SA :
 - Age gestationnel > 12SA :
 - Méthodes abortives utilisées: (1=Cytotec; 2=Sondage utérin; 3=curetage; 4=décoction, 5= autres)
 - Les personnes ayant effectué l'avortement: (1=Agent de santé; 2=Matrone; 3=femme elle-même)

IV. EXAMEN PHYSIQUE DE LA PATIENTE

A. EXAMEN GENERAL

- Etat général (1= bon; 2= mauvais)
 - Conscience (1= bonne ; 2= obnubilation; 3= coma)
 - Pâleur cutanéo- muqueuse (1= oui ; 2= non)
 - Tension artérielle (1= <08/<04Cm Hg : Etat de choc ; 2= > 08/04Cm Hg; < 10/06cm Hg : Hypotension ; 3= > 10/06Cm Hg ; 14/09Cm Hg: Normal; 4= > 14/09Cm Hg: Hypertension).
 - Température 1= hypothermie < à 36°5c ; 2= Température normal Entre 36°5c et37°5c ; 3= hyperthermie >à 37°5c).
 - Pouls 1= Bradycardie : < à 70 ; 2= Normal : entre 70 et 100 ; 3= Tachycardie : > à 100).

B. EXAMEN GYNECOLOGIQUE

- Seins : (1= gravides, 2= non gravides).
 - Abdomen : = Souple ; 2= Tendu ; 3= Contracture ; 4= Défense à La palpation, 5= Autres).

- Vulve : (1= propre, 2= souillée de sang, 3= souillée de pus, 4= lésion de grattage, 5= pourpre+souillée de sang +lésion de grattage, 6= Produit de conceptions ; 7= Autres).
- Examen au spéculum
 - Aspect de la paroi vaginale (1= rose; 2=irrité)
 - Saignement d'origine endocol 1= actif; 2=non actif).
- Leucorrhée: (1= blanche ; 2= verdâtre ; 3= purulente)
- Touche vaginal : (1= Col ouvert; 2=Col ferme).

C. EXAMEN COMPLEMENTAIRES EVENTUELS

1. Groupage rhésus
2. NFS
3. Echographie Pelvienne

D. COMPLICATIONS

1= Lésion cervical ; 2= Perforation utérine ; 3= Hémorragie par rétention ovulaire ou placentaire; 4= Anémie ; 5= Hémorragie par rétention ovulaire ou placentaire et anémie; 6= Avortement Septique ; 7=Hémorragie par rétention ovulaire ou placentaire et avortement septique; 8= Septicémie ; 9= Pelvis péritonite; 10= Péritonite; 11= Lésion vaginal ; 12 = décès, 13 = Autres.....)

E. DIAGNOSTIC RETENU:.....

V. PRISE EN CHARGE

- A. Remplissage vasculaire éventuel (1=oui; 2=non)
- B. Mode d'évacuation utérine :

(1= curage digital, 2= curetage, 3= AMIU, 4= Comprimé de misoprostol 200mg (cytotec), 5= Autres.....).
- C. Traitement essentiellement médical : (1= oui ; 2= non)
- D. Antibiothérapie: (1= oui ; 2= non)
- E. Autres : (1= oui ; 2= non)
- F. Traitement chirurgical (1= oui ; 2= non)

VI. EVOLUTION DE LA PATIENTE (1= guérison ; 2= décédée)

VII. DATE DE SORTIE :

Annexe 3 : Iconographie

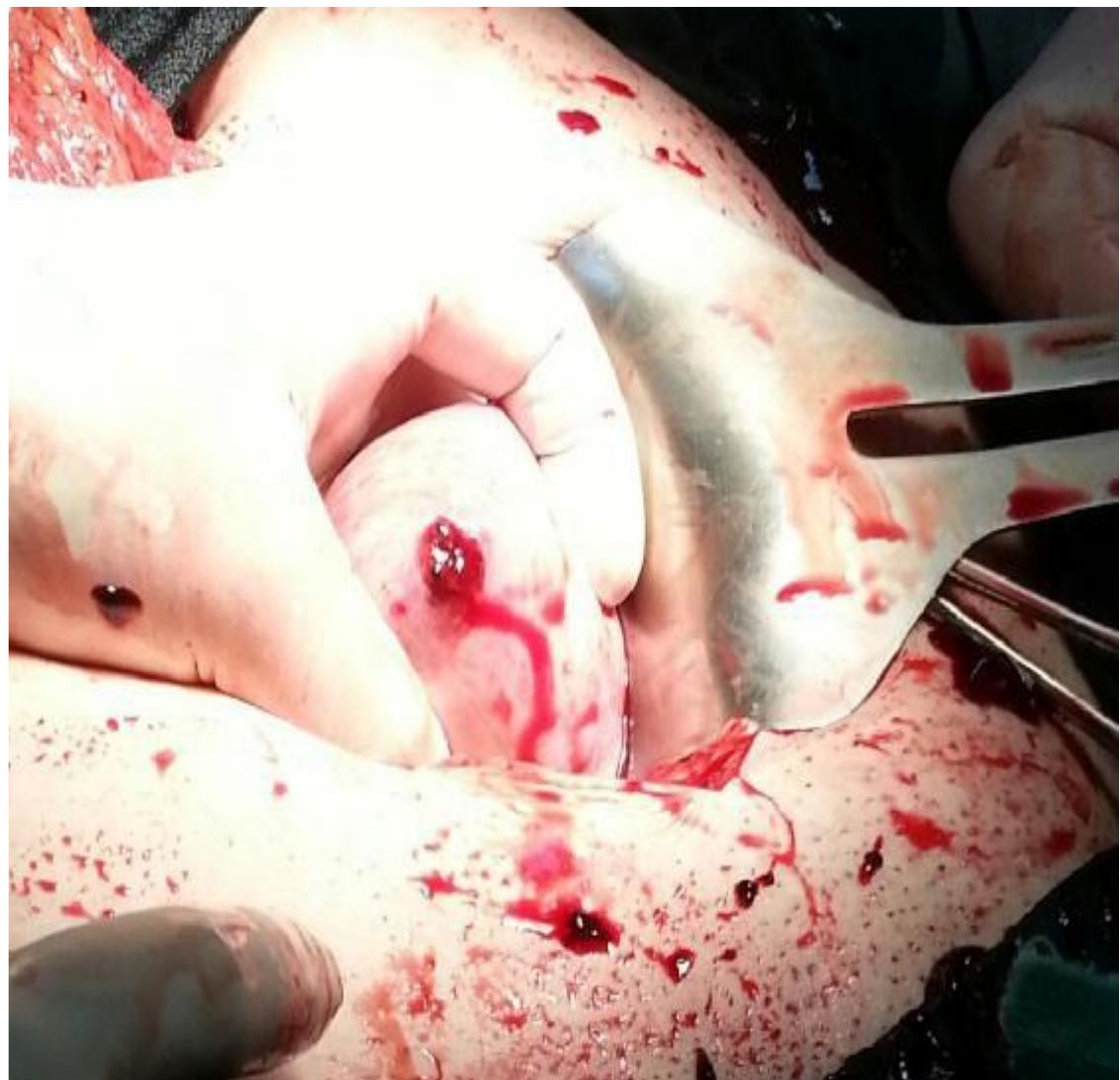


Photo n°01

Photo 1a : montrant la perforation utérine, complication grave de l'avortement non médicalisé (23)



Photo 1b : la perforation utérine après l'intervention chirurgicale (23)

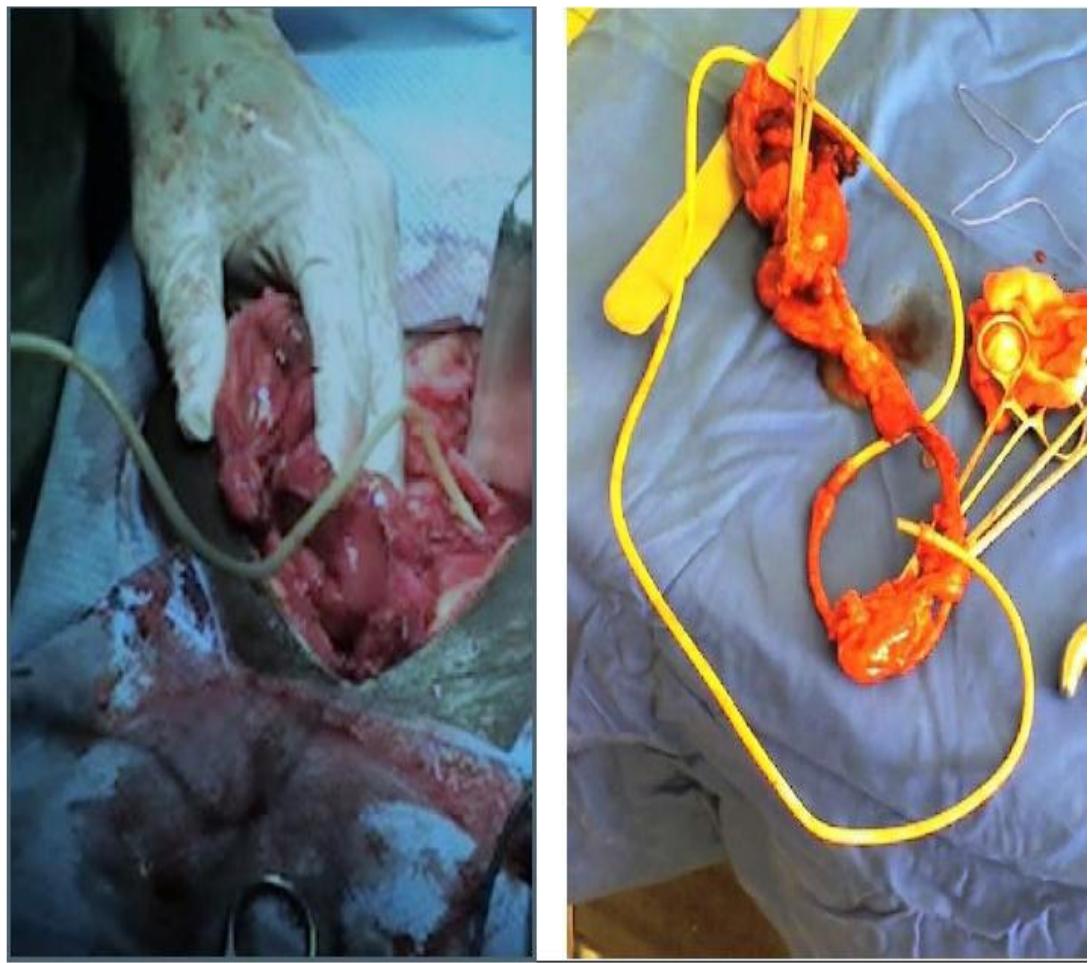


Photo n°02

Photo 2a : Retrait de tubulure de perfuseur retrouvée en intra-abdominal introduite en intra-cervicale dans le but abortif (36)

Photo 2b : Tubulure après retrait (36)

VELIRANO

Eto anatrehan' Andriamanitra Andriananahary, eto anoloan' ireo mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-mianatra tamiko eto amin'ity toeram-pianarana ity, ary eto anoloan'ny sarin'i HTPPOCRATE.

Dia manome toky sy mianiana aho, fa hanaja lalandava ny fltsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaha-pitsaboana.

Hotsaboiko maimaimpoana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samy irery ny tsiambaratelo haboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamoafady na hanamorana famitankeloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga. Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalân'ny maha olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho, ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Trio rakotry ny henatra sy horabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany.

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Directeur de thèse

Signé : Professeur ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotovao

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur SAMISON Luc Hervé

Name and first names : ANDRIANAMBININTSOA Diary Mamitiana Joelle
Title of the thesis : "COMPLICATIONS OF THE VOLUNTARY
CLANDESTINE INTERRUPTION OF PREGNANCY
AT CHRR DE VAKINANKARATRA"

Category: Gynecology

Number of pages : 63
Number of figures : 14 Number of annexes : 03
Number of paintings : 13 Number of references bibliographical : 52

ABSTRACT

Introduction: Abortion is the termination of pregnancy before fetal viability, which is 22 weeks of amenorrhea. The voluntary termination of pregnancy is illegal in Madagascar. Our goal was to determine its epidemiological and clinical profile and describe its complications.

Materials and methods: This is a descriptive prospective study of all patients diagnosed and treated for complications of abortion at the center over a six-month period.

Results: We had 79 patients. The women most affected were those under 25 years of age (41.7%), multiparous (75.9%), low level of study (64.6%), and single (51.9) of our patients. The 77.2% did not use any contraceptive method. The motive for the abortion was primarily for economic reason (31.6%), unwanted child (19%) as well as the pressure of the partner (19%). The misoprostol (45.6%) is the main medicine used. The complications were dominated by haemorrhages or 67.1% and infectious complications or 17.7%. Abortions were performed by unqualified staff in 80% of cases. The lethality rate was 1.3%.

Conclusion: Clandestine abortion is a source of many complications that are often very serious. A better awareness of young people about contraception and the seriousness of illegal abortion are essential.

Key words: abortion, clandestine, complications, post abortum, hemorrhage

Thesis Director : Professor NALINARIVO HERY Rakotovao

Thesis Reporter : Doctor Al INA Narindra Tatiana

Author's address : Ampatana Antsirape 05 B 10

Nom et prénoms : ANDRIANAMBININTSOA Diary Mamitiana Joëlle

Titre de la thèse : « COMPLICATIONS DE L'INTERRUPTION VOLONTAIRE CLANDESTINE DE LA GROSSESSE AU CHRR DE VAKINANKARATRA »

Rubrique : Gynécologie

Nombre de pages : 63

Nombre de figures : 14 Nombre d'annexes : 03

Nombre de tableaux : 13 Nombre de références bibliographiques : 52

RESUME

Introduction : L'avortement est l'interruption de la grossesse avant la viabilité fœtale, soit avant 22 semaines d'aménorrhée. L'interruption volontaire de grossesse est illégale à Madagascar. Notre objectif était de déterminer son profil épidémiologique et clinique ainsi de décrire ses complications.

Matériels et méthodes : C'est une étude prospective descriptive concernant toutes les patientes diagnostiquées et traitées pour complications de l'interruption volontaire clandestine de la grossesse au centre sur une période de 6 mois.

Résultats : Nous avions recensé 79 cas de complications de l'interruption volontaire clandestine de la grossesse réalisant une fréquence de 3,68%. Les femmes les plus concernées étaient celles âgées de moins de 25 ans (41,7%), multipares (75,9%), de faible niveau d'instruction (64,6%) et célibataires (51,9%). Dans 77,2% des cas les patientes n'utilisaient aucun moyen contraceptif. Le motif d'avortement était la raison économique (31,6%). Le misoprostol (45,6%) était le principal médicament utilisé. Les complications étaient dominées par les hémorragies soit 67,1% et les complications infectieuses soit 17,7%. Les avortements étaient réalisés par des prestataires non qualifiés dans 80% des cas. Le taux de létalité était de 1,3%.

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 s'avère indispensable.

Mots- clés : avortement, complications, infection, hémorragie post abortum

Directeur de thèse : Professeur ANDRIANAMPANALINARIVO HERY Rakotovao

Rapporteur de thèse : Docteur ANJAHARISOANIAINA Narindra Tatiana

Adresse de l'auteur : Ampatana Antsirabe 05 B 10