

## Case Report

# L'avortement Provoqué : A Propos de 3 Cas Compliqués.

Belley Priso E<sup>1,2</sup>, Nana Njamien T<sup>1</sup>, Mboudou E<sup>2</sup>, Doh AS<sup>2</sup>

- (1) Service de Gynécologie-obstétrique Hôpital Général de Douala  
(2) Département de Gynécologie-obstétrique, FMSB

### RESUME

Les auteurs rapportent 3 cas d'avortements provoqués compliqués avec leurs conséquences connues et néfastes sur la santé reproductive. Ils insistent sur le renforcement de la stratégie de prévention mise en place actuellement mais posent en même temps le problème d'une réflexion autour des axes évolutifs que pourrait intégrer une adaptation de la loi actuelle.

### SUMMARY

The authors report three cases of complicated induced abortions and their adverse reproductive effects. They insist on re-enforcing the preventive strategies in place, but also discuss the problems of adapting the prevent laws related to abortion in Cameroon.

### Cas N°1

Patiente M.J. 22 ans, mariée, nullipare suivie pour infertilité secondaire de 04 ans à l'Hôpital Général de Douala en janvier 2005. Au cours de la coeliochirurgie pour adhésiolyse et néostomie, nous découvrons une tubulure de perfusion d'environ 1 mètre, enroulant les anses digestives et l'épiploon (figure 1). Le contexte adhérenciel auquel nous sommes confrontés et les risques de plaies digestives inhérents, nous contraignent à une laparotomie de conversion : la tubulure est extraite sans incident (figure 2). Les suites opératoires ont été bonnes.

A posteriori, la patiente nous confie que la manœuvre abortive pratiquée 6 ans plutôt, consistait en l'introduction à travers l'orifice cervical d'une tubulure de perfusion ; la notion de perforation explique probablement cette évolution. Le seul argument en sa faveur était l'adhérence épiploo-utérine de type C encastrant partiellement une extrémité de la tubulure dans le myomètre, sur le fond de l'utérus.

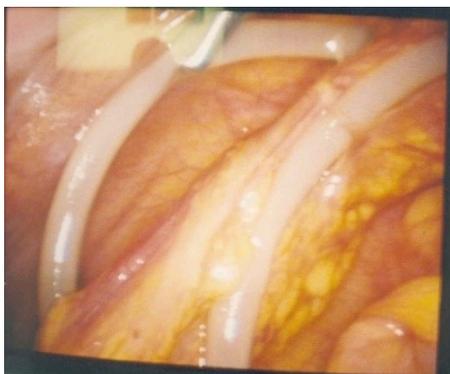


Figure 1 : image endoscopique de la tubulure enroulant les anses digestives

et l'épiploon



Figure 2 : image de la tubulure extirpée de l'abdomen

### Cas N° 2

Patiente A.M. âgée de 32 ans, célibataire, mère de 5 enfants vivants admise au service des urgences de l'Hôpital Général de Douala en décembre 2006 pour protrusion pervaginale de l'anse grêle (figure 3), au décours d'une manœuvre abortive à 08 semaines d'aménorrhée gravidique. Les données per- opératoires se résumaient en :

- une sphacelation des anses grêles suite à une strangulation à travers une brèche postéro-isthmique par laquelle les anses sont passées, par le col jusqu'à la vulve, probablement par traction à l'aide d'une pince.

La patiente a bénéficié d'une résection des anses (figure 4) et d'une colostomie de décharge en raison des plaies du colon découvertes en per-opératoire. Les suites opératoires étaient bonnes après plusieurs semaines de suivi.



Figure 4 : anse réséquée

### CAS N° 3

Patiente M.D. célibataire, âgée de 33 ans, nullipare avec pour antécédents cinq avortements, admise aux urgences de l'Hôpital Général de Douala en Août 2007 pour septicémie avec insuffisance rénale aigüe, pelvipéritonite et anémie sévère, survenus au décours d'un avortement provoqué à 16 semaines de grossesse. A la suite de 3 curetages utérins consécutifs à intervalle de 4 jours, l'échographie abdominopelvienne a révélé une hépatosplénomégalie homogène et une gangrène utérine (Figures 5 et 6). La patiente a bénéficié d'une dialyse, d'une antibiothérapie à large spectre, d'un apport hydro-électrolytique et d'une transfusion sanguine. Par la suite une laparotomie objective un bloc adhérenciel utéro-annexo-digestif parsemé de fausses membranes, et un utérus non involué compatible avec 18 semaines d'aménorrhée, nécrosé sur toute sa portion sus-isthmique (figure 6). Les gestes opératoires se sont limités essentiellement à une adhésiolyse complète, une hystérectomie totale, une toilette abdominale et un drainage abdominal. Au quatrième jour post opératoire la patiente décède des suites de septicémie.



### DISCUSSION

Au Cameroun, tout comme dans la plupart des pays africains, la loi condamne l'avortement, ce qui justifie que la majorité des avortements se font clandestinement et dans des mauvaises conditions [1, 2, 3]. Les avortements représentent 20 à 40 % des causes de mortalité maternelle dans la plupart des formations sanitaires du Cameroun, et environ 70 % des cas d'avortements enregistrés sont provoqués [4,5]. La description de ces 3 cas d'avortements provoqués reçus dans un Hôpital de référence nous amène à penser que la situation serait plus alarmante au niveau opérationnel des districts de santé. Nos patientes sont constituées de 2 célibataires adultes et d'une mariée. Plusieurs auteurs [6, 7, 8] décrivent l'avortement provoqué en majorité chez les adolescentes et les femmes célibataires, comparativement aux femmes mariées. Ceci s'explique par le fait que la décision de l'avortement pour le cas de la femme mariée est le plus souvent prise par le couple, tout comme le désir de grossesse. En plus la femme mariée a un partenaire légal qui peut l'assister et envers qui elle est légalement responsable en termes de garantie de la sécurité du fœtus. Par contre la femme célibataire est plus vulnérable à l'avortement provoqué en raison de l'absence du partenaire légal et du soutien financier, voire psychologique qu'il aurait pu lui apporter. Chez les adolescentes l'ignorance et la peur des parents sont les principales raisons [8, 9]. Les complications majeures que nous avons déplorées sont les plaies digestives chez la patiente N°2 ; la gangrène utérine et le choc septique avec insuffisance rénale ayant entraîné le décès de la patiente N°3. Nana et col [10] dans une série de 50 cas de complications chirurgicales d'avortements provoqués décrivent : 1 cas de colostomie de décharge pour plaie du colon ; 3 cas de résection du grêle avec anastomose termino-terminale et 7 cas de décès. Stanly et col [11] au décours d'une enquête menée dans 33 hôpitaux du Nigeria sur 2093 patientes traitées pour complications d'avortement trouvent : 24% de sepsis ; 21% d'infection pelvienne, 10% de complications chirurgicales et 22% de transfusion sanguine. Globalement les complications des avortements sont à l'origine d'environ 13 % de l'ensemble des décès maternels [12, 13]. A la maternité principale de Yaoundé

(Cameroun), Nana et col [ 10 ] trouvent un taux de décès maternel de 1400/100000, suites aux complications de l'avortement ; ce taux est similaire à celui trouvé par Ako et col [ 14 ] dans la même maternité, soit 1500/100000. Il s'agit de taux deux fois supérieurs au taux de mortalité maternelle au Cameroun [15], traduisant ainsi l'impact significatif des complications des avortements sur la mortalité maternelle au Cameroun. Les complications observées témoignent certes de la méconnaissance totale de la prise en charge des avortements par leurs auteurs, mais bien plus, posent peut-être aussi à notre avis, le problème d'un véritable débat autour des aspects évolutifs qu'une adaptation de la loi actuelle pourrait inclure.

### CONCLUSION

Malgré de nombreux efforts consentis dans la santé de reproduction, les avortements provoqués et leurs complications représentent un réel problème de santé publique au Cameroun et dans la plupart des pays en voie de développement [9, 10, 12, 16, 17] . Dans le contexte du Cameroun où la loi sur l'avortement est restrictive, nous pensons que la diminution de la prévalence des avortements provoqués de même que la réduction de la morbi-mortalité, passe certes par la vulgarisation et la pérennisation sur l'ensemble du territoire des stratégies actuelles portant sur: l'éducation sexuelle des adolescentes ; la sensibilisation des parents à plus de dialogue avec leurs enfants au sujet de leur vie sexuelle ; la sensibilisation du public sur les méfaits des avortements ; la formation, voire le renforcement des capacités du personnel de santé sur la prise en charge de l'avortement et les soins post-abortum ; l'augmentation du taux d'utilisation des contraceptifs chez les femmes qui est encore faible [15]. Mais n'est-il pas aussi temps de mener une réflexion sur l'évolution de l'actuelle loi ?

### REFERENCES

- 1- Elisabeth A, IqalS. Unsafe abortion : Worldwide estimate for 2000. *Reproductive health Matters* 10 (19): 13 – 17, 2002.
- 2- Adetoro OO. Septic induced abortion at Ilorin, Nigeria : an increasing gynaecological problem in the developing countries. *Asia Oceanic J Obstet gynaecol* 12(2): 201-205, 1986.
- 3- Anne - Emmanuelle C. Abortion Risk and decision making among young people in urban Cameroon. *Studies in Family Planning* 33 (3): 240 – 260, 2002.
- 4-Doh AS. *Projet de la politique nationale en santé de reproduction au Cameroun*, 1999.
- 5- Batupe. Maternal mortality at the Bamenda Provincial Hospital (September 1989 – 1993) in *Proceeding of the 3rd congress of society of African Gynecologists and Obstetricians (SAGO)* : pp. 177-182.

- 6- Ikechebelu JI, Okoli CC. Morbidity and mortality following induced abortion in Nnewi, Nigeria. *Trop Doct* 33(3): 170 – 172, 2003.

- 7 – Madebo T, sadic T. A six months prospective study on different aspects of abortion. *Etiop Med J* 31(3) : 165-172, 1993.

- 8- Robert Leke JI, Pascal K. Awah, Forgwei . G, Martin E. Amin. Complications of abortion and post abortal care in rural district hospitals in the Centre and South provinces of Cameroon. *Health Sciences and Diseases* 1(2):33 – 37, 2000.

- 9- Leke RJ. Commentary on unwanted pregnancy and abortion complications in Cameroon. *Int J gynecol Obstet* , suppl 3: 33-35, 1989.

- 10- Nana P.N., Fomulu J.N.; Mbu R.E.; Ako S.N.; Leke R.J.I. A four year retrospective review of postabortal surgical complications at the Central Maternity Yaounde Cameroun. *Clin Mother Child Health* 2(2): 359-363, 2005.

- 11- Stanly K. Henshaw, Isaac Adewole Sukeela Singh, Akinrinola Bankole, Boniface Oye – Adeniran and Rubina Hussam. Severity and cost of unsafe abortion complication treated in Nigerian hospitals. *International Family Planning Perspectives* 34 (1): 343 – 348, 2008.

- 12 – Marge B. Making abortions safe: A matter of good public health policy and practice. *Reproductive health Matters* 10 (19):31-44, 2002.

- 13- Marge B. Making abortion a safe woman's right worldwide. *Reproductive Health Matters*; 10 (19): 1-8, 2002.

- 14- Nji-Ako S, Mbu R, Nana P, Tonye R, Eteki N, Leke RJ. Complications of first and second trimester pregnancy among adolescents admitted in the maternity of the Yaounde Central Hospital, Cameroon. *Health Sciences and Disease* 2: 12 – 15, 2002.

- 15- *Enquête démographique et de Santé du Cameroun*, 2004.

- 16- Nasah BT, Drouin P. *Care of the mother in the tropics*. Yaounde: CEPER, 1982.

- 17- Leke RJ. Outcome of pregnancy and deliver at Central Maternity of Yaounde. *Ann. Univ. Sc. Santé* 4(1):322-330, 1987.