

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 11 ■ N° 27 (2016)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

Directeur de publication

Namory Keita

Rédacteur en chef

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Ministre de la Santé

Recteur Université Gamal Abdel Nasser de Conakry

Doyen FMPOS

Secrétaire général CAMES

M Kabba Bah, MP Diallo, RX Perrin, E Alihonou, F

Diadiou, M Kone, JC Moreau, H Iloki, A Dolo,

(CAMES)/A Gouazé (CIDMEF), G Osagie

(Nigeria), H Maisonneuve (France)

Comité de rédaction

N Keita, MD Baldé, Y Hyjazi, FB Diallo, F

Traoré (Pharmacologie), T Sy, IS Baldé

AB Diallo, Y Diallo, A Diallo, M Cissé

(Dermatologie), M Doukouré (Pédopsychiatrie),

ML Kaba (Néphrologie), OR Bah (Urologie),

NM Baldé (Endocrinologie), A Touré (Chirurgie

Générale), LM Camara (Pneumo-phtisiologie), B

Traoré (Oncologie), DAW Leno, MK Camara

Comité de lecture

E Alihonou (Cotonou), K Akpadza (Lomé), M A

Baldé (Pharmacologie), G Body (Tours), M B

Diallo (Urologie), M D Baldé (Conakry), N D

Camara (Chirurgie), CT Cissé (Dakar), A B

Diallo (Conakry), F B Diallo (Conakry), OR

Diallo (Conakry), A Fournié (Angers), Y Hyjazi

(Conakry), N Keita (Conakry), YR Abauleth

(Abidjan), P Moreira (Dakar), GY Privat

(Abidjan), R Lekey (Yaoundé), JF Meye

(Libreville), CTCissé (Dakar), A Diouf (Dakar),

RX Perrin (Cotonou), F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

Conditions générales de publication : la revue adhère aux recommandations de l'ICMJE dont la version officielle actuelle figure sur le site

www.icmje.org

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times

New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par

Email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita Maternité Donka CHU de Conakry BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 664 45 79 50;

Email : namoryk2010@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy; Maternité Ignace Deen CHU de Conakry BP : 1263

Conakry (Rép. de Guinée)

Tel.:(224)622217086;(224)664233730

Email : [syntelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point. Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

Page de titre : elle comporte :

- Un titre concis, précis et traduit en anglais
- Les noms et initiales des prénoms des auteurs
- L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
- L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées

Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.

Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :

- Pour une revue : 1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à

la Clinique Gynécologique et
Obstétricales du CHU Ignace DEEN. Journal de
la SAGO2002; 3(2):7-11
- Pour une contribution à un livre : 2. Berland M.
Un état de choc en début de travail:
conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique
de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 :
218-225
- Pour un livre : 3. Lansac J, Body G. Pratique de
l'accouchement.
Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 : 349.
- Pour une thèse : 4. Bah A . Les évacuations
obstétricales : aspects épidémiologiques et
pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique
du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry
2001; 032/03 04 : 165p X

Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être
réduit au strict minimum nécessaire à la
compréhension du texte. Les tableaux seront
numérotés en chiffres romains et les figures en
chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le
texte.

Après acceptation définitive de l'article, des
modifications mineures portant sur le style et les
illustrations pourront être apportées par le comité
de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer
la parution dudit article.

Le comité de rédaction



Les éditions L'Harmattan Guinée
BP: 3470 Conakry
Rue KA 028 Almamy
tel: +224 664289196
site web: www.guinee-harmattan.fr

Table des matières

ARTICLES ORIGINAUX

- Evaluation des enseignants du département mère-enfant par les étudiants de la faculté de médecine de l'université de Parakou (Bénin)**
NFM Hounkponou, H Laourou, Sidi Imorou R, Vodouhe M, Obossou AAA, Salifou K, R Jacques, A Aubrege, F Raphael.....45 - 50
- Evaluation de l'offre en soins obstétricaux et néonataux d'urgence selon les indicateurs de l'OMS au district sanitaire-ouest de Dakar**
Mbaye M, Gueye M, Ndiaye Gueye MD, Mbodji A, Coly AN, Niass A, Fall KBM, Daff MB, Diop AKD, Moreau JC.....51 - 58
- Pronostic maternel et perinatal des grossesses non suivies en milieu rural malien.**
Théra T, Traoré Y, Tégoué I, Kouma A, Traoré M, Sagala M, Kané F, Dolo A.....59 - 63
- Pronostic materno-fœtal du paludisme chez les gestantes sans traitement préventif intermittent admises au service de gynécologie – obstétrique de l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'djamena.**
Foumsou L, Gabkika BM, Damtheou S, Dangar GD, Mahamat AC, Dao B.64 - 69
- Acceptabilité du dépistage de l'infection à VIH à l'initiative du prestataire dans le département de gynécologie et d'obstétrique du CHU Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou, Burkina Faso**
H Zamané, YA Sawadogo, I Ouédraogo, ME Semondji, DP Kain, S Kiemtoré, A Ouattara, B Thiéba/Bonané.....70 - 74
- Aspects épidémiologiques, diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques de l'éclampsie au centre de santé Nabil Choucair en banlieue dakaraise : a propos de 59 cas**
O Gassama, MM Niang, ME Faye Dieme, AA Diouf, M Mbaye, A Ndiaye, Y Toure, PM Moreira, JC Moreau75 - 79
- Pronostic des avortements provoqués clandestins avoués au CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou**
Kiemtoré S, Kain A, Zamané H, Ouattara A, Ouédraogo I, Ouédraogo WSM, Thiéba B.....80 - 85
- Vie sexuelle a moyen terme après hystérectomie : Aspects gynécologiques. Expérience du CHU de Cocody**
Kakou C, Kassé R, Effoh D, Koffi S, Gbary E, Koimé H, Abauleth R, Boni S..... 86 - 88

CAS CLINIQUE

- Condylome ano-vulvaire géant et découverte inopinée d'une infection à VIH : un cas et revue de la littérature**
Mian DB, Guie P, N'guessan KLP, Abauleth YR, Kouakou F, Boni S.....89 - 93

Contents

ORIGINAL PAPERS

Evaluation of the teachers of department mere-enfant by the students of the medical college of the university of Parakou (Benin)

NFM Hounkponou, H Laourou, Sidi Imorou R, Vodouhe M, Obossou AAA, Salifou K, R Jacques, A Aubregé, F Raphael.....45 - 50

Assessment of emergency obstetric and neonatal care offer in west helthcare facilities of Dakar

Mbaye M, Gueye M, Ndiaye Gueye MD, Mbodji A, Coly AN, Niass A, Fall KBM, Daff MB, Diop AKD, Moreau JC.....51 - 58

Maternal and perinatal prognosis of not prenatal cares's pregnancies in Malian rural environment

Théra T ,Traoré Y, Tégoué I, Kouma A, Traoré M, Sagala M, Kané F, Dolo A.....69 - 63

Materno fetal prognosis of malaria among pregnant without intermittent preventive treatment at gynaecology and obstetrics service of N'djamena mother and child hospital.

Foumsou L, Gabkika BM, Damtheou S, Dangar GD, Mahamat AC, Dao B.....64 - 69

Receptiveness of provider-initiated hiv screening test in the department of gynecology and obstetrics at Yalgado Ouedraogo university hospital

H Zamané, YA Sawadogo, I Ouédraogo, ME Semondji, DP Kain, S Kiemtoré, A Ouattara, B Thiéba/Bonané.....70 - 74

Epidemiological, diagnostic, prognostic and therapeutic aspects of eclampsy at Nabil Choucair health center, in the suburbs of Dakar (Sénégal): about 59 cases

O Gassama, MM Niang, ME Faye Dieme, AA Diouf, M Mbaye, A Ndiaye, Y Toure, PM Moreira, JC Moreau75 - 79

Prognosis of illegal induced abortions at the yalgado ouedraogo teaching hospital (YOTH).

Kiemtoré S, Kain A, Zamané H, Ouattara A, Ouédraogo I, Ouédraogo WSM, Thiéba B.....80 - 85

Sexual live at post operative time after hysterectomy: gynaecologic aspects. Experience of cocody university hospital

Kakou C, Kassé R, Effoh D, Koffi S, Gbary E, Koimé H, Abauleth R, Boni S..... 86 - 88

CASE REPORT

Unexpectedly positive HIV serology discovered by a giant ano-vulvar condylomata acuminata : case report and litterature review

Mian DB, Guie P, N'guessan KLP, Abauleth YR, Kouakou F, Boni S.....89 - 93

PRONOSTIC DES AVORTEMENTS PROVOQUÉS CLANDESTINS AVOUÉS AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO DE OUAGADOUGOU

PROGNOSIS OF ILLEGAL INDUCED ABORTIONS AT THE YALGADO OUEDRAOGO TEACHING HOSPITAL.

KIEMTORÉ S^{1,2}, KAIN A^{1,2}, ZAMANÉ H^{1,2}, OUATTARA A^{1,2}, OUEDRAOGO I^{1,3}, OUEDRAOGO WSM³, THIÉBA B^{1,4}

1. Gynécologue obstétricien. Département de gynécologie obstétrique du CHU Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso.
 2. Assistant de gynécologie obstétrique, Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS), université Ouaga I Professeur Joseph Ki Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso.
 3. Gynécologue obstétricien. Centre Hospitalier Régional de Ouahigouya, Burkina Faso.
 4. Professeur de gynécologie obstétrique, Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS), université Ouaga I Professeur Joseph Ki Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso.
- Correspondances: Kiemtoré Sibraogo, Email : s3kiemtore@yahoo.fr

RÉSUMÉ

Titre : Pronostic des avortements provoqués clandestins avoués au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo.

Introduction : L'interruption volontaire de grossesse est illégale et condamnée par la loi au Burkina Faso. Cependant, il est fréquemment pratiqué dans des conditions à risque. Nous avons étudié le pronostic des avortements clandestins en vue de contribuer à une meilleure prévention et prise en charge.

Objectif : Déterminer le pronostic des avortements provoqués clandestins avoués.

Patientes et méthodes : Il s'agit d'une étude transversale descriptive des cas d'avortement provoqué clandestin avoués. L'étude a inclus toutes les patientes admises dans le département de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO) du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2015 qui ont avoué le caractère provoqué clandestin de leur avortement.

Résultats : Les cas d'avortement provoqué clandestin avoués ont représenté 8,96% des avortements admis dans le département à la même période. L'âge moyen de nos patientes était de 22,92 ans, et 80,00% d'entre elles avaient moins de 23 ans. Elles étaient célibataires et scolaires dans respectivement 73,58% et 52,05%. L'auto avortement a été pratiqué dans 77,40% des cas. Les patientes qui ont présenté une complication à l'admission représentaient 56,16% de l'échantillon. Le misoprostol a été utilisé dans 14,58% des cas pour interrompre la grossesse. Les principales complications étaient l'anémie, l'infection, le choc hémorragique et l'insuffisance rénale aiguë qui étaient retrouvées respectivement chez 44,52%, 34,93%, 12,33% et 11,11% des patientes. La survenue de ces complications était liée à la méthode abortive utilisée et à l'âge de la grossesse.

Conclusion : La fréquence et la morbidité des cas d'avortements provoqués clandestins chez des jeunes filles doivent nous amener à promouvoir davantage des méthodes contraceptives aux jeunes.

Mots clés : avortements clandestins, pronostic, CHU-YO

ABSTRACT

Introduction: Abortion is illegal and condemned by society in Burkina Faso. Yet it is frequently practiced often in risky conditions. We studied the prognosis of these illegal abortions in order to contribute to better prevention and management.

Objective: To analyze the prognosis of illegal abortion cases.

Patients and methods: A retrospective analysis of a series of cases of confessed illegal abortions was done. The study included all patients admitted in the department of obstetrics and gynecology of the Yalgado Ouedraogo Teaching Hospital, from 1st January 2013 to 31st December 2015 and who confessed the illegal nature of their induced abortion.

Results: The cases of confessed illegal abortion represented 8.96% of cases admitted on account of abortion in the department in the same period. The mean age of patients was 22.92 years and 80.00% of them were under 23 of age. Our patients were single and school girls respectively in 73.58% and 52.05% of cases. The self induced abortion was performed in 77.40% of cases. Patients who had a complication at admission represented 56.16% of the sample. Misoprostol was used in 14.58% of cases to terminate the pregnancy. The main complications were anemia, infection, hemorrhagic shock and acute renal failure who were found respectively in 44.52%, 34.93%, 12.33% and 11.11% of patients. The occurrence of these complications was related to the abortion method used and the age of the pregnancy.

Conclusion: These are often young students and unmarried who were victims of illegal abortion. Complications were frequent. Promoting the use of contraception method with these young people will help reduce morbidity and mortality post abortive.

Keywords: illegal abortions, prognosis, YOTH

INTRODUCTION

L'organisation mondiale de la santé (OMS) estimait à 21,6 millions les avortements à risque dans le monde en 2008. Presque la totalité de ces avortements était pratiquée dans les pays en développement [1,2].

En 2003 en Afrique, près de 36 000 femmes africaines seraient décédées des suites d'un avortement soit 650 décès pour 100 000 avortements [3].

Malgré la promotion de la planification familiale, la mise en place des services de soins après avortement, les femmes ont recours à l'avortement à risque pour les grossesses non désirées. Ainsi en 2013, les services de santé ont notifié 1964 cas d'avortement provoqués clandestins [5]. Ces chiffres sous-estiment l'ampleur du problème car à partir des enquêtes nationales le taux d'avortement provoqué était de 25 pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2008 [6]. Divers moyens potentiellement dangereux sont utilisés. Dans le cadre du bilan de nos prestations nous avons mené cette étude afin de réévaluer le pronostic de ces avortements provoqués clandestins avoués dans notre service.

L'objectif de l'étude était de déterminer le pronostic des avortements provoqués clandestins avoués.

PATIENTES ET METHODES

Le département de gynécologie obstétrique du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo a servi de cadre d'étude. Il s'est agi d'une étude transversale descriptive avec recueil rétrospectif des données. Nous avons inclus toutes les patientes admises du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2015 ayant avoué le caractère provoqué clandestin de leur avortement. Nous avons collecté nos données à partir d'une revue des registres des dossiers médicaux, des fiches d'évacuation, des registres de soins après avortement, des registres de compte-rendu opératoire et des registres des anesthésistes réanimateurs. La collecte a consisté en une revue documentaire des registres des dossiers médicaux à la recherche des variables de l'étude. Pour la description de la population d'étude, les proportions et les moyennes ont été utilisées pour résumer les variables qualitatives et quantitatives. Quant à l'analyse des complications, nous avons utilisés les tests de Chi² de Pearson ou de Fischer exact pour comparer les proportions. Le seuil de signification a été fixé à 5%.

RESULTATS

Population d'étude.

Sur 1 625 patientes reçues pour complications d'avortement, 146 (8,96%) ont avoué le caractère clandestin de leur avortement et ont été incluses dans l'étude.

Caractéristiques sociodémographiques

Tableau I : caractéristiques sociodémographiques des patientes

	n	%
Age (en années)		
< 18	16	10,96
[18 ; 23[64	43,84
[23 ; 28[43	29,45
[28 ; 33[16	10,96
[33 ; 38[3	2,05
= 38	4	2,74
Total	146	100
Profession		
Ménagères	40	27,40
Fonctionnaires	4	2,74
Elèves/Étudiantes	76	52,05
Commerçantes	7	4,80
Autres	19	13,01
Total	146	100,00
Résidence		
Milieu Urbain	137	95,14
Milieu rural	7	4,86
Total	144	100,00
Etat matrimonial		
Célibataire	103	73,58
Mariée	20	14,28
Divorcée	0	0
Veuve	3	2,14
Concubine	14	10,00
Total	140	100,00

L'âge moyen était de 22,92 ans avec des extrêmes de 15 et 39 ans.

Tableau II : répartition des patientes selon leurs antécédents gynécologiques et obstétricaux

Antécédents	n	n
Cycle régulier		
Régulier	95	72,52
Irrégulier	36	27,48
Total	131	100
Contraception		
Oui	27	20,61
Non	104	79,39
Total	131	100,00
Nombre de grossesse		
Primigeste	75	51,37
Paucigestes (2 ou 3 gestes)	52	35,62
Multigestes (= 4 gestes)	19	13,01
Total	146	100,00
Nombre d'accouchement		
Nullipare	87	59,60
Primipare	32	21,91
Paucipares	13	8,90
Multipares	14	9,59
Total	146	100,00
Nombre d'enfant vivant		
0	88	60,27
1	33	22,60
2 à 3	21	14,38
= 4	4	2,75
Total	146	100,00
Antécédent d'avortement provoqué		
0	126	86,30
1	17	11,64
2 ou 3	3	2,06
Total	146	100,00

Mode d'admission

Le tableau ci-dessous représente la répartition des patientes selon le mode d'admission :

Tableau III : répartition des patientes selon le mode d'admission :

Mode d'admission	n	%
➤ Direct	56	38,36
➤ Evacuation	90	61,64
<i>CSPS* publiques</i>	25	17,12
<i>CMA** publiques</i>	36	24,66
<i>CHR*** publiques</i>	2	1,37
<i>Formations sanitaires privées</i>	27	18,49
Total	146	100,00

* Centre de santé et de promotion sociale (formation sanitaire de 1^{er} contact)

** : centre médical avec antenne chirurgicale (= hôpital de district)

*** : centre hospitalier régional

Caractéristiques de l'avortement

Le tableau suivant représente la répartition des patientes selon les caractéristiques de l'avortement :

Tableau IV : répartition des patientes selon les caractéristiques de l'avortement

	n	%
Age de l'aménorrhée		
= 12 SA	100	80,00
> 12 SA	25	20,00
Sous Total	125	100,00
Auteur de l'avortement		
Autoavortement	113	77,40
Agent de santé	32	21,90
Tradipraticien	1	0,70
Sous Total	146	100,00
Méthodes utilisées		
Misoprostol	21	14,58
Autres médicaments modernes	42	29,17
Pharmacopée traditionnelle	48	33,33
Manœuvres intra utérines	28	19,45
Association d'au moins 2 méthodes	5	3,47
Total	144	100,00

Le misoprostol a été utilisé chez 14,58% des 144 patientes pour provoquer l'avortement.

Les complications

Au moins une complication a été retrouvée chez 56,16% des patientes à l'admission. La fréquence des complications est résumé dans le tableau suivant.

Tableau V : fréquence des complications à l'admission (n = 146)

Complications	Fréquence	%
Anémie (taux d'hémoglobine < 11 g/dl)	65	44,52
Infection	51	34,93
Insuffisance rénale aigüe	18	11,11
Choc hémorragique	17	12,33
Trouble de la conscience	7	4,78
Thrombophlébite	1	0,69
Hépatonéphrite	3	2,06

Tableau VI : facteurs associés aux complications post-abortum

Paramètres	OR	IC à 95%	P
Moyen abortif			
Misoprostol	1	(référence)	
Autre médicament moderne	7,08	[1,92; 26,08]	0,00197
Produit de la pharmacopée traditionnelle	13,69	[3,65; 55,32]	0,00001
Manœuvre intra utérine	35,42	[7,02; 178,75]	0,0000007
Combinaison d'au moins 2 moyens	17,00	[1,47; 196,43]	0,0200
Age de la grossesse			
= 12 SA	1		
> 12 SA	3,08	[0,98; 9,68]	0,0350
Auteur de l'avortement			
Agent de santé	1		
Autoavortement	1,48	[0,60; 3,67]	0,26

DISCUSSION

Notre étude hospitalière a trouvé que 8,96% des 1625 patientes reçues pour avortement ont avoué le caractère provoqué clandestin de leur avortement.. Ce chiffre ne reflète que le sommet de l'iceberg car l'avortement étant puni par loi burkinabé et condamné par la société, les patientes ont tendance à cacher le caractère provoqué clandestin de l'avortement . Les femmes qui ont recours à l'avortement sont souvent jeunes. En effet, l'âge moyen de nos patientes était de 22,92 ans, et 80% d'entre elles avaient moins de 23 ans. Ce résultat est semblable à celui trouvé dans la population générale au Burkina Faso où les 15-24 ans représentent 65% des femmes ayant eu recours à l'avortement en 2009. La quasi-totalité (95,14%) de nos patientes résidait dans la ville de Ouagadougou. Leurs caractéristiques diffèrent de ceux de la population générale féminine : 79,39% d'entre elles n'ont pas utilisé une méthode contraceptive au cours des 12 derniers mois contre 62,4% des femmes en âge de procréer de la ville de Ouagadougou en 2010 . Nos patientes étaient célibataires et scolaires dans respectivement 73,58% et 52,05% des cas tandis que dans la population générale ces taux étaient respectivement de 44,7% et 43,5% . Ce même constat a été fait en 2004 à Ouagadougou et dans l'ensemble du pays par d'autres études . Des études africaines ont également mentionné que les femmes qui ont recours à l'avortement sont souvent des jeunes, célibataires, scolaires, n'ayant pas souvent accès à une méthode contraceptive . La peur d'interrompre les études, le rejet de la famille, l'absence d'autonomie financière et le manque de soutien de l'auteur de la grossesse ont été les principales raisons qui ont poussé les jeunes filles à interrompre leur grossesse. Il est donc nécessaire d'accroître l'éducation sexuelle et les campagnes de sensibilisation à l'utilisation des méthodes modernes de contraception à l'endroit des scolaires. L'auto avortement a été utilisé par nos patientes dans 77,40% des cas. L'agent de santé a été sollicité dans seulement 21,90% des cas. Les méthodes utilisées sont très variées et souvent potentiellement dangereuses. Le misoprostol, moyen le moins risqué disponible dans nos officines pharmaceutiques n'a été utilisé que par 14,58% de nos patientes. L'utilisation de moyens dangereux explique sans doute la forte fréquence (56,16%) des complications autres que la rétention des débris ovulaires que nous avons retrouvée. Les principales complications ont été l'anémie (44,52%), l'infection (34,93%), l'hémorragie grave

(12,33%) et l'insuffisance rénale aiguë (11,11%). Ces complications immédiates sont généralement les mêmes dans différentes séries africaines –.

La survenue de complications immédiates a été dépendante de la méthode abortive utilisée. En effet, en prenant comme moyen le misoprostol, l'utilisation d'autre médicament moderne a multiplié le risque par 7,08. Ce risque a été multiplié par 13,69 avec les méthodes est traditionnelles et par 35,42% lors de l'utilisation d'une manœuvre intra-utérine. La faible accessibilité au misoprostol ou la méconnaissance de son rôle abortif à moindre danger – par la population et les agents de santé contribue sans doute à la poursuite de l'utilisation de dangereuses méthodes abortives. Aussi l'interruption des grossesses de plus de 12 semaines d'aménorrhée est 3 fois plus pourvoyeuse de complications comparativement à celles de moins de 12 semaines d'aménorrhée. Ce constat a été également fait par E. Senbeto en Ethiopie .

CONCLUSION

Les jeunes, célibataires, les élèves et étudiante sont des victimes de graves complications de l'avortement provoqué clandestin. Une éducation sexuelle, notamment la promotion de l'utilisation de méthodes contraceptives modernes aidera à prévenir ces avortements à risque et contribuera à la réduction de la morbidité. Une étude de cohorte est utile pour évaluer à long terme les complications tardives et les séquelles telles que les algies pelviennes chroniques et le retentissement sur la fertilité ultérieure.

REFERENCES

1. **WHO.** Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Genève: 2008.
2. **Senbeto E, Alene GD, Abesno N, Yeneneh H.** Prevalence and associated risk factors of Induced Abortion in northwest Ethiopia. *EthiopJHealth Dev* 2005;19:3744.
3. **WHO.** Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. Genève: 2007.
4. **Ministère de la justice du Burkina Faso.** Code pénal de 1996, articles 383 à 390, 1996.
5. **Direction Générale de l'Information et des Statistiques Sanitaires (DGISS).** Annuaire statistique 2012. Ouagadougou, Burkina Faso: 2013.

- 6. Guttmacher institute.** Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso?: causes et conséquences., 2010.
- 7. Institut National des Statistiques de la Démographie (INSD).** Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples IV du Burkina Faso. Burkina Faso: 2011.
- 8. Ariste LL.** monographie de la commune urbaine de Ouagadougou. Burkina Faso: 2009.
- 9. Rossier C, Guiella G, Ouedraogo A, Thieba B.** Avortement clandestin à Ouagadougou et conséquences sur la santé des femmes. Une étude basée sur la méthode des confidentes. *Le Trav l'UERD* 2005;16.
- 10. Guiella G, Woog V.** Santé sexuelle et reproductive des adolescentes au Burkina Faso?: résultats d'une enquête nationale en 2004. New York: 2006.
- 11. Mayi-Tsonga S, Diallo T, Litochenko O, Methogo M, Ndombi I.** Prévalence des avortements clandestins au centre hospitalier de libreville, Gabon. *Sante Publique (Paris)* 2009:2302.
- 12. Guillaumes A.** L'avortement provoqué en Afrique?: un problème mal connu, lourd de conséquences., 2005.
- 13. Rasch V, Kipingili R.** Unsafe abortion in urban and rural Tanzania: Method, provider and consequences. *Trop Med Int Heal* 2009;14:112833. doi:10.1111/j.1365-3156.2009.02327.x.
- 14. Nayama M, Wage H, Garba M.** Complications des avortements clandestins dans une maternité de référence du Niger. Etude retrospective à propos de 151 cas. *Médecine d'Afrique Noire* 2009:1715.
- 15. Dabash R, Ramadan MC, Darwish E, Hassanein N, Blum J, Winikoff B.** A randomized controlled trial of 400- μ g sublingual misoprostol versus manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion in two Egyptian hospitals. *Int J Gynaecol Obstet* 2010;111:1315.
- 16. Harper CC, Blanchard K, Grossman D, Henderson JT, Darney PD.** Reducing maternal mortality due to elective abortion: Potential impact of misoprostol in low-resource settings. *Int J Gynaecol Obstet* 2007;98:669.
- 17. Mulama J, Mwanzo I.** An evaluation of Interventions to introduce Misoprostol for Postabortion care in kenya, 2010.
- 18. Dao B, Blum J, Thieba B, Raghavan S, Ouedraogo M, Lankoande J, et al.** Is misoprostol a safe, effective and acceptable alternative to manual vacuum aspiration for postabortion care? Results from a randomised trial in Burkina Faso, West Africa. *BJOG* 2007;114:136875.