

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 6 ■ N° 16 (2011)



(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

Mamadou Saliou Diallo

Rédacteur en chef

Namory Keita

Rédacteur en chef adjoint

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'ESRS

Ministre de la Santé

Recteur Université de Conakry

Doyen FMPOS

M Kabba Bah

M Kader

P Diallo

E Alihonou

F Diadhio

MK Bohoussou

C Welfens Ekra

M M Sall (CAMES)

A Gouazé (CIDMEF)

G Osagie (Nigeria)

Comité de rédaction

MS Diallo

N Keita

MD Baldé

Y Hyjazi

FB Diallo,

F Traoré (Pharmacologie)

T Sy

AB Diallo

Y Diallo

M Cissé (Dermatologie)

M Doukouré (Pédopsychiatrie)

ML Kaba (Néphrologie)

OR Bah (Urologie)

NM Baldé (Endocrinologie)

A Touré (Chirurgie Générale)

LM Camara (Pneumo-phtisiologie)

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)

M S Diallo (Conakry)

A Dolo (Bamako)

A Fournier (Angers)

Y Hyjazi (Conakry)

N Keita (Conakry)

YR Abauleth (Abidjan)

M Koulibaly (Conakry)

J Lankoande (Ouagadougou)

Lekey (Yaoundé)

JF Meye (Libreville)

JC Moreau (Dakar)

O Ndiaye (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

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, papier blanc recto seulement et adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, disquette 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) 64 45 79 50

Email : namoryk52@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy

Maternité Ignace Deen CHU de Conakry

BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 60 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30

Email : [syttelly@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 25.000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article originale 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 SAGO* 2002; 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. 2^{ème} éd. 1992 : 218- 225
 - Pour un livre:
 3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} 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
- 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

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Sexualité et maternité précoces à Bangui (RCA)

Serdouma E, Gody C, Koffi A, Gondo D, Fongbia J P, Moussa E C, Sepou A.....1 - 4

La césarienne avant terme : à propos de 104 cas colligés a la maternité du CHU de Cocody.

Kouakou F, Adjoby R, Loue V, Kouame A, Konan J, Angoi V, Effoh N, Gondo D.....5 - 8

Pronostic des accouchements par le siège au CHU Gabriel Touré

Traore Y, Teguede I, Dicko Traore F, Mounkoro N, Thera T, Djire My, Diallo A, Sissoko A, Bagayoko M, Traoré B, Sandjo Ofd, Dolo T, Kone M, Traore M, Dolo A.....9 - 13

Pronostic materno-fœtal de l'éclampsie à la maternité du CHU de Cocody

N'guessan K., Adjoby R., Mian B, Loue V, Angoi V, Gondo D, Koffi A, Konan J, Kramo F, Abauleth R., Kouakou F.....14 - 17

Bilan de 164 laparoscopies gynécologiques effectuées dans 3 centres hospitaliers à Abidjan

Guié P, Djahan L, Bohoussou E, Saki C, Blegolé, Sidibé A.....18 - 21

Indications, accessibilité, acceptabilité et pronostic de l'avortement médicamenteux aux centres hospitaliers universitaires Yalgado Ouedraogo et Sourou Sanou.

Millogo/Traore TFD, Akotionga M, Sanou SYG.....22 - 27

Les fistules vésico-vaginales à Kankan en Guinée : analyse de 56 cas

Bah I, Diallo AB, Sy T, Bah OR, Kante D, Guirassy S, Diallo A, Conde H, Keita F, Diallo MB.....28 - 31

Lésions génito-anales traumatiques (LGAT) au cours des agressions sexuelles : étude rétrospective de 69 cas.

Kouakou F, K Nguessan, Loué V, Mian B, Gondo D, Adjoby R, Kouamé A, Koimé H, Alla H.....32 - 36

Récidives après promontofixation par voie coelioscopique : mécanismes des Récidives à propos de 4 cas.

Mbaye M, Moreira PM, Gueye SMK, Foulot H, Moreau JC.....37 - 41

Estimations clinique et échographique du poids de naissance au cours du travail d'accouchement. A propos de 150 cas, colligés au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Yalgado Ouedraogo.

Ouedraogo A, Millogo F, Toure B, Ouedraogo CMR, Yameogo J, Thieba B, Lankoande J.....42 - 48

La mortalité maternelle à la maternité issaka gazobi étude prospective à propos de 139 cas sur 12 mois

Garba M, Halilou S, Idi N, Kamaye M, Alio A, Nayama M.....49 - 52

Analyse du taux de réalisation des paramètres biologiques de surveillance de la grossesse en consultation prénatale dans une maternité urbaine de Conakry.

Diallo FB, Baldé IS, Diallo A, Kaba K, Diallo Y, Nzuogo WHB, Diallo MB, Diallo MS.....53 - 57

CAS CLINIQUE

Insertion hépatique du placenta lors d'une grossesse abdominale : A propos d'un cas et revue de la littérature

Nguessan KLP, Mian B, Gondo D, Koffi A, Konan J, Angoi V, Alla H, Gbary E, Abauleth R, Boni S.....58 - 61

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

Sexuality and precocious pregnancy in Bangui (CAR)

Serdouma E, Gody C, Koffi A, Gondo D, Fongbia J P, Moussa E C, Sepou A1 - 4

Caesarean section before term: about 104 cases seen at the maternity hospital of cocody

Kouakou F, Adjoby R, Loue V, Kouame A, Konan J, Angoi V, Effoh N, Gondo D.....5- 8

Prognosis of breach presentation delivery into Gabriel Touré teaching hospital

Traore Y, Teguate I, Dicko Traore F, Mounkoro N, Thera T, Djire My, Diallo A, Sissoko A, Bagayoko M, Traore B, Sandjo Ofd, Dolo T, Kone M, Traore M, Dolo A.....9 - 13

Fetal and maternal prognosis of eclampsia in the maternity at CHU of Cocody

N'guessan K., Adjoby R., Mian B, Loue V, Angoi V, Gondo D, Koffi A, Konan J, Kramo F, Abauleth R., Kouakou F.....14 - 17

Laparoscopy in gynecology about 164 cases performed in 3 hospitals in Abidjan

Guié P, Djahan L, Bohoussou E, Saki C, Blegolé, Sidibé A.....18 - 21

Indications, accessibility, acceptability and prognosis of medical abortion in Yalgado Ouedraogo and Sourou Sanou academics hospitals.

Millogo/Traore TFD, Akotiongna M, Sanou SYG.....22 - 27

Fistula

Bah I, Diallo AB, Sy T, Bah OR, Kante D, Guirassy S, Diallo A, Conde H, Keita F, Diallo MB.....28 - 31

Genital and anal traumatic injuries (GATI) during sexual assault: a retrospective study of 69 cases.

Kouakou F, K Nguessan, Loué V, Mian B, Gondo D, Adjoby R, Kouamé A, Koimé H, Alla H.....32 - 36

Recurrences of laparoscopic sacral colopexy: mechanism of recurrences about 4 cases

Mbaye M, Moreira PM, Gueye Smk, Foulot H, Moreau JC.....37- 41

Clinical and echographic birth weight estimation during the labor.

In connection with 150 cases, collect in the gynaecology and obstetrics service of the university hospital yalgado ouédraogo of ouagadougou, burkina faso.

Ouedraogo A, Millogo F, Toure B, Ouedraogo CMR, Yameogo J, Thieba B, Lankoande J.....42 - 48

Maternal mortality in the maternity Issaka Gazobi prospective study about 139 cases in 12 months

Garba M, Halilou S, Idi N, Kamaye M, Alio A, Nayama M.....49 - 52

Analyze of the realization rate of biological survey parameters of pregnancy During prenatal consultation in an urban maternity of conakry.

Diallo FB, Baldé IS, Diallo A, Kaba K, Diallo Y, Nzuogo WHB, Diallo MB, Diallo MS.....53 - 57

CASE REPORT

Liver insertion of the placenta during abdominal pregnancy:

A case report and literature review

Nguessan KLP, Mian B, Gondo D, Koffi A, Konan J, Angoi V, Alla H, Gbary E, Abauleth R, Boni S.....58 - 61

INDICATIONS, ACCESSIBILITE, ACCEPTABILITE ET PRONOSTIC DE L'AVORTEMENT MEDICAMENTEUX AUX CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES YALGADO OUEDRAOGO ET SOUROU SANOU.

INDICATIONS, ACCESSIBILITY, ACCEPTABILITY AND PROGNOSIS OF MEDICAL ABORTION IN YALGADO OUEDRAOGO AND SOUROU SANOU ACADEMICS HOSPITALS.

MILLOGO/TRAORE TFD*, AKOTIONGA M*, SANOU SYG*

*Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo

Correspondances : Pr Agrégé Millogo Traoré TFD. Service de gynécologie obstétrique CHU YO Ouagadougou Burkina Faso Tel : Email :

RESUME

L'avortement demeure un problème majeur de santé publique au Burkina Faso. Dans l'optique d'améliorer les prestations de soins après avortement, nous avons mené une étude transversale à visée descriptive au CHU-YO de Ouagadougou et au CHUSS de Bobo Dioulasso au cours de la période allant du 1^{er} avril 2009 au 30 juin 2010, dont l'objectif a été d'étudier les indications, l'accessibilité, l'acceptabilité et le pronostic de l'avortement médicamenteux. Au cours de notre étude, le Misoprostol seul a été utilisé, à travers des protocoles établis par le programme IPAS. Au terme de notre étude utilisant des critères cliniques et échographiques, nous avons obtenu plus de 90% de taux de d'efficacité. Certains effets indésirables ont été mentionnés (dont les plus répertoriés dans notre étude ont été la douleur et le saignement) mais qui ont été jugés tolérables par les patientes. Le délai d'expulsion du produit de conception qui a été en moyenne de 15 h 22 mn dans notre étude a été jugé acceptable par nos patientes. A l'issue du traitement, 86.86% des patientes ont affirmé être satisfaites de la méthode. Dans 86,13% des cas, les patientes ont affirmé leur choix pour l'avortement médicamenteux en cas de récurrence. Au regard des résultats obtenus au cours de notre étude, l'avortement médicamenteux se présente comme un traitement de choix dans la prise en charge des avortements et offre une sérieuse alternative aux autres méthodes d'évacuation utérine, surtout dans un pays aux ressources limitées comme le nôtre.

Mots clés : avortement médicamenteux, Misoprostol, indications, accessibilité, acceptabilité, pronostic.

SUMMARY

Abortion remains a public health issue in Burkina Faso. In order to improve the delivery of post-abortion care, we conducted a cross-sectional study at the CHU-YO in Ouagadougou and CHUSS in Bobo-Dioulasso during the period from April 1st 2009 to June 30th 2010 which objective was to study the indications, accessibility, acceptability and prognosis of medical abortion. In our study, Misoprostol alone has been used throughout the protocols established by the program IPAS. At the end of our study, using clinical criteria and ultrasound, we obtained more than 90 percent success rate. Some side effects were mentioned (with the most listed in our studies were pain and bleeding) but are considered tolerable by the patients. The period of expulsion of the product design which average was 15.22 hours of our study has been acceptable by ours patients. At the end of treatment, 86.86 percent of patients reported being satisfied with the method, 83.78 percent of patients who already benefit from AMIU preferred medical abortion, 86.13 percent confirmed their choice for medicinal abortion in case of recurrence. With regard to the success achieved throughout our study, medical abortion is a treatment of choice in the management of abortions and offers a serious alternative to other methods of uterine evacuation, especially in a country with limited resources like ours.

Keywords : medical abortion, Misoprostol, indications, accessibility, acceptability, prognosis.

INTRODUCTION

L'avortement demeure un problème majeur de santé publique en Afrique. En effet, 4,2 millions d'avortements à risque y sont enregistrés chaque année, avec près de 300 000 décès [1, 9, 10, 11]. Pour faire face à ce déficit, le Burkina Faso a expérimenté en 1998, un programme de prise en charge intégrée des complications de l'avortement dénommé : « Soins Après Avortement » (SAA), dans les deux CHU du pays (CHU-YO et CHU-SS), puis secondairement décentralisé dans les Centres Médicaux avec Antennes chirurgicales (CMA) [13]. Malgré tous ces efforts, les SAA restent encore inaccessibles pour une frange importante de la population Burkinabè, dont 45,3 % vit en dessous du seuil absolu national de pauvreté. Aussi, de nouvelles méthodes d'évacuation utérine moins coûteuses sont expérimentées en l'occurrence l'avortement médicamenteux. L'avortement médicamenteux se présente ainsi comme une alternative aux autres méthodes d'évacuation utérine. Depuis Avril 2009, il a été inclus dans les SAA par IPAS dans les services de gynécologie et d'obstétrique des Centres Hospitaliers Universitaires Yalgado Ouédraogo à Ouagadougou et Sourou Sanou à Bobo-Dioulasso. Notre étude a pour but d'étudier les indications, l'accessibilité, l'acceptabilité, et le pronostic de l'avortement médicamenteux dans ces deux services.

METHODOLOGIE

Notre étude s'est menée dans les services de gynécologie et d'obstétrique des CHU des villes de Ouagadougou et Bobo Dioulasso, au Burkina Faso. Il s'est agi d'une étude transversale à visée descriptive réalisée du 1^{er} Avril 2009 au 30 Juin 2010. Cette étude a pris en compte toutes les patientes admises dans les deux services de gynécologie et d'obstétrique (évacuation, référence, consultation) pendant la période de l'étude et ayant bénéficié d'un avortement médicamenteux par le Misoprostol. Ont été exclues de l'étude, les patientes dont les dossiers cliniques étaient inexploitable et les patientes perdues de vue. Les patientes admises dans l'unité de SAA et dont l'état nécessitait une évacuation utérine avait le choix entre une AMIU et un traitement médicamenteux à base de Misoprostol. Dans le cadre de l'avortement médicamenteux, deux protocoles ont été institués par IPAS :

- Protocole 1: 800 µg de Misoprostol par voie Orale + 400 µg de Misoprostol 4 heures plus tard (2 prises).
- Protocole 2: 400 µg de Misoprostol par voie

sublinguale en prise unique.

Le protocole 1 s'appliquait aux indications d'œufs clairs, de rétention d'œuf mort, d'avortements thérapeutiques et eugéniques. Le protocole 2 était réservé aux avortements incomplets. La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire structuré. Les patientes étaient vues à l'admission, à l'expulsion du produit de conception et quinze jours après l'évacuation utérine. Les données recueillies ont été saisies et analysées sur un micro-ordinateur par un logiciel de statistique EPI INFO version 3.3.2.

RESULTATS

L'effectif de notre population d'étude a été de 137 patientes, dont 42 (30,7%) patientes au CHUSS, et 95 (69,3%) patientes au CHUYO.

Indications

La figure 1 illustre la répartition de la population d'étude selon les indications thérapeutiques.

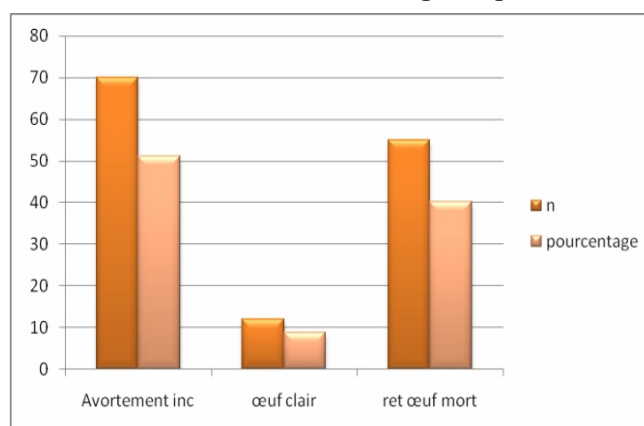


Figure 1: répartition des patientes selon les indications thérapeutiques.

Les avortements incomplets représentaient plus 51,10% des indications thérapeutiques.

Accessibilité du Misoprostol

Dans le cadre de notre étude, toutes les patientes ont bénéficié gratuitement du Misoprostol, mis à notre disponibilité par le programme IPAS. Il s'agit d'une ONG qui a pour cheval de bataille la défense des droits sexuels et reproductifs des femmes.

Acceptabilité du Misoprostol

Dans 69,34% des cas, les patientes ont affirmé avoir ressenti une douleur abdomino-pelvienne au cours du traitement.

Le tableau ci-dessous illustre la répartition des patientes selon l'intensité de la douleur ressentie.

TABLEAU I : répartition des patientes selon l'intensité de la douleur abdomino-pelvienne.

Intensité	Effectif	(%)
Pas de douleur	42	30,60
Douleur légère	29	21,20
Douleur modérée	50	36,50
Douleur intense	16	11,70
Total	137	100

Notons que parmi les patientes qui ont ressenti de la douleur, 40% d'entre elles (soit 27,70% de l'ensemble de la population d'étude) ont eu recours à un antalgique. Divers antalgiques ont été utilisés : le Paracétamol a été utilisé dans 84,22% des cas ; l'Ibuprofène dans 7,89% des cas ; le Metamizole sodique dans 5,26% des cas et le Phloroglucinol dans 2,63% des cas.

Toutes les patientes de notre population d'étude ont déclaré avoir eu un saignement ; la durée et l'intensité du saignement variaient selon les patientes. La durée moyenne de saignement a été de 4,48 jours avec des extrêmes de 1 et 9 jours.

Le tableau VI montre la répartition des patientes selon l'abondance de leur saignement.

TABLEAU II : répartition des patientes selon l'abondance du saignement.

Saignement	Effectif	%
Leger	118	86,1
Moyen	17	12,4
Abondant	2	1,5
Total	137	100

Le tableau ci-dessous donne la fréquence des autres effets secondaires rencontrés chez les patientes.

TABLEAU III : répartition des patientes selon les autres types d'effets secondaires.

Effets secondaires	OUI	
	N	%
Diarrhée	49	35,80
Nausées	40	29,20
Vertiges	10	7,30
Céphalées	5	3,60
Spasmes utérins	2	1,50
Fièvre	1	0,73
Frissons	1	0,73

Le tableau IV répartit les patientes selon leur degré de tolérance aux effets secondaires du Misoprostol.

TABLEAU IV: répartition des patientes selon le degré de tolérance aux effets secondaires du Misoprostol.

Effets secondaires	Effectif	%
Très sévères	4	2,92
Sévères	14	10,22
Tolérables	80	58,39
Facilement tolérables	39	28,47
Total	137	100

TABLEAU V : répartition des patientes selon leur degré de satisfaction à l'issue du traitement.

Degré de satisfaction	Effectif	%
Satisfaite	80	58,39
Très satisfaite	39	28,47
Insatisfaite	11	8,03
Très insatisfaite	7	5,11
Total	137	100

Dans 86,13% des cas, les patientes ont affirmé préférer l'avortement médicamenteux en cas de récurrence ; 27% des patientes ont déjà bénéficié d'une AMIU et 83,78% de ces patientes ont déclaré préférer l'avortement médicamenteux.

Pronostic

Dans notre étude, le délai moyen entre l'administration du Misoprostol et l'expulsion, a été de 15h 22mn, avec des extrêmes de 03 heures et 96 heures.

Le tableau VI donne une répartition des patientes selon le type de complications immédiates enregistrées.

Dans 98,54% des cas, aucune complication immédiate n'a été notée. Nous n'avons pas enregistré de complications ultérieures au cours de notre étude.

Le taux d'efficacité du Misoprostol au cours de notre étude a été de 92,70%.

Le tableau VII donne la répartition du taux d'efficacité du Misoprostol en fonction des indications.

TABLEAU VI: répartition des patientes selon le type de complications immédiates.

Complications immédiates	Effectif	%
NON	135	98,54
OUI		
Hémorragie	1	0,73
Grands frissons	1	0,73
Autres	0	0,00
TOTAL	137	100

Tableau VII: répartition du taux d'efficacité du Misoprostol en fonction des indications.

INDICATIONS	EFFICACITE	
	N=127	%
Avortement incomplet	68	97,15
Rétention d'œuf mort	49	89,09
Œuf clair	10	83,33

Le taux d'échec a été de 7,30% (10 sur 137) pour l'ensemble de la population d'étude. Tous les cas d'échec ont bénéficié d'une AMIU complémentaire.

DISCUSSION

Indications

Dans notre étude, les avortements incomplets représentaient plus de la moitié des indications, soit 51,10%. Le même constat a été fait par Dao, Assebouya et Koalaga au Burkina Faso avec des taux respectifs de : 74,77%, 63% et 85% [3]. Ainsi, l'avortement incomplet reste l'indication la plus fréquente des avortements médicamenteux.

Accessibilité des prostaglandines

Dans le cadre de notre étude, toutes les patientes ont bénéficié gratuitement du Misoprostol, mis à notre disponibilité par le programme IPAS. Le Misoprostol est un produit de coût peu élevé (un comprimé coûte moins de 400 francs CFA), et de conversation facile.

Il pourrait donc être largement disponible et offrir une meilleure alternative aux autres méthodes d'évacuation utérine, d'autant plus qu'il est d'utilisation plus simple. Le coût d'un avortement médicamenteux est nettement inférieur celui d'un avortement chirurgical (3600 F CFA).

Acceptabilité des prostaglandines

Le traitement par le Misoprostol a entraîné de nombreux effets secondaires dont les plus importants et les plus courants étaient la douleur pelvienne et les saignements.

Dans notre étude, 69,34% des patientes ont affirmé avoir ressenti une douleur abdomino-pelvienne au cours du traitement, dont 50% étaient des patientes traitées pour avortement incomplet. Ce résultat est comparable à celui de Ouédraogo au Burkina Faso dans son étude sur l'utilisation du Misoprostol dans les avortements incomplets, qui avait trouvé 58,3% de patientes se plaignant de douleur [13]. En effet, les contractions utérines débutent le plus souvent dans les premières heures, voire dans les 30 minutes suivant l'administration du Misoprostol. La douleur peut être bien plus intense que celle de règles normales : 11,7% des patientes de notre étude ont affirmé avoir ressenti une douleur intense au cours du traitement. Notons que parmi les patientes qui ont ressenti de la douleur, 40% d'entre elles (soit 27,7% de l'ensemble de la population d'étude) ont eu recours à un antalgique. Divers antalgiques ont été utilisés : le Paracétamol a été utilisé dans 84,22% des cas ; l'Ibuprofène dans 7,89% des cas ; le Metamizole sodique dans 5,26% des cas et le phloroglucinol dans 2,63% des cas. L'utilisation de ces analgésiques s'explique par le fait qu'ils sont plus disponibles, avec un bon rapport qualité/prix.

Toutes les patientes de notre population d'étude ont présenté un saignement. La durée moyenne du saignement était de 4,48 jours avec des extrêmes de 1 et 9 jours. Les saignements commencent le premier jour, en général dans l'heure suivant la prise du Misoprostol. Ils peuvent habituellement durer pendant deux semaines, mais des saignements peu importants (spotting) peuvent se prolonger jusqu'à la menstruation suivante. En effet, ce symptôme est escompté dans la mesure où il fait partie du processus d'avortement et ne constitue pas en fait un effet secondaire.

Toutes les femmes dont l'avortement médicamenteux a réussi, feront l'expérience de saignements vaginaux. Ces saignements en règle générale, n'affectent pas négativement les valeurs du taux d'hémoglobine. Le volume total de pertes sanguines est lié à l'âge gestationnel. Les saignements sont souvent plus abondants dans les trois à six heures suivant l'administration de prostaglandines et durent habituellement une semaine. L'indication d'une transfusion sanguine est rare. La littérature médicale ne fait pas état d'hystérectomie d'hémostase après l'avortement

médicamenteux [5].

Outre la douleur et les saignements, les effets secondaires qui ont été le plus répertoriés dans notre étude sont: la diarrhée (35% des patientes) ; les nausées (29% des patientes). Nos taux sont supérieurs à ceux de Ouattara qui avait noté 14,5% de cas de nausée et 6,7% de cas de diarrhée, et à ceux de Ouédraogo qui relevait 6,1% de cas de nausée [12,13]. Cela pourrait s'expliquer par le fait que dans notre étude, les doses de Misoprostol étaient plus élevées, ce qui sans doute augmente la fréquence et la sévérité des effets indésirables. Des nausées et des vomissements surviennent fréquemment après l'administration du Misoprostol mais disparaissent 2 à 6 heures plus tard. L'administration du Misoprostol peut s'accompagner d'une diarrhée qui s'amende normalement en une journée [5]. Plus de la moitié des patientes (58,39%), ont trouvé ces effets secondaires tolérables et 28,47% des patientes les ont trouvés facilement tolérables.

Dans 86,13% des cas, les patientes de notre étude ont trouvé acceptable le délai d'expulsion. Ce taux élevé est très appréciable et est par conséquent un élément de plus en faveur du choix de l'avortement médicamenteux.

Dans notre étude, 86,86% des patientes ont affirmé avoir été satisfaites. Nos résultats sont en deçà de ceux trouvés par Ouattara qui mentionnait plus de 99% de patientes satisfaites du traitement au Misoprostol par voie sublinguale.

Nos résultats par contre sont meilleurs à ceux des études antérieures pour les voies orale et vaginale. En effet, Ouédraogo en 2005 notait une satisfaction de 85% et la même étude en Ouganda notait une satisfaction de 38,9% [12]. Des études menées en Chine, à Cuba, en Inde, au Vietnam, au Népal, en Afrique du Sud, en Turquie et en Tunisie ont révélé que plus 90 % des femmes étaient satisfaites ou très satisfaites de leur avortement médicamenteux [5]. Avec un taux de près de 90% des patientes satisfaites, on peut dire que l'utilisation du Misoprostol est à encourager car conciliant prix, efficacité, et tolérance.

De façon générale, 86,13% de nos patientes ont déclaré préférer l'avortement médicamenteux en cas de récurrence. Ces résultats sont cependant moins bons que ceux de Ouattara qui a noté dans son étude que la quasi-totalité des patientes souhaitaient un usage ultérieur du traitement reçu en cas de récurrence [12]. Des recherches en France, en Ecosse et en Suède indiquent que lorsqu'elles ont le choix, 60 à 70 % des femmes remplissant les conditions

requis choisissent les méthodes médicamenteuses d'avortement. Dans une étude ayant interrogé les femmes qui ont subi l'avortement médicamenteux et chirurgical, la majeure partie d'entre elles ont préféré l'avortement médicamenteux à l'avortement chirurgical. Il est important de noter que l'opinion qu'une femme a de l'avortement qu'elle a subi, est souvent liée au contexte dans lequel l'avortement est pratiqué [5]. Tout cela nous permet ainsi de constater que le Misoprostol est très bien apprécié par la grande majorité des patientes. Cela traduit le désir des patientes d'avoir une méthode de traitement simple, efficace, peu coûteuse et moins invasive pour la prise en charge des avortements incomplets.

Pronostic

Au cours de notre étude, seulement deux patientes ont présenté des complications immédiates à type de grands frissons et d'hémorragie. Les frissons et la fièvre sont des effets secondaires assez fréquents, mais transitoires du Misoprostol. Ces élévations de température ne durent pas habituellement plus de deux heures de temps. Aucune complication ultérieure n'a été notée au cours de notre étude. En effet, très peu de complications surviennent lors de l'avortement médicamenteux par le Misoprostol [5]. Le taux d'efficacité du traitement au cours de notre étude a été de 92,70%, pour l'ensemble des deux sites. Ce résultat est comparable à celui de Ouattara qui a enregistré 98,4% de succès dans son étude sur le Misoprostol par voie sublinguale, uniquement dans les cas d'avortement incomplet [12]. Ouédraogo au Burkina Faso a trouvé avec un dosage de 600 µg en prise unique par voie orale pour les avortements incomplets, un taux de succès de 94,6% [13]. Avec le dosage de 600 µg per os, Blum en Thaïlande et Pandian en Angleterre ont obtenu un succès de 85% [2,14].

De même Blum au Vietnam, Godfrey en Ouganda [2, 8], Sahin en Turquie et Groulund en Danemark trouvaient respectivement 94%, 95%, 93%, 90% de taux de réussite [4, 15].

Le taux d'efficacité du traitement dans notre étude est meilleur aux taux de certaines études antérieures utilisant la voie vaginale. En effet avec un dosage 800 µg pour le traitement des avortements incomplets, Bugalho en Angleterre, Jain en Turquie, Pang en Chine et Carbonelle en Thaïlande ont trouvé respectivement un taux de succès de 92%, de 88%, 93%, 61% [6, 7, 13, 15].

Les différents résultats confirment donc l'efficacité du Misoprostol en voie sublinguale dans les avortements incomplets, par rapport aux autres voies d'administration notamment orale, vaginale,

avec un dosage nettement réduit. Pour ce qui concerne les autres indications et de façon générale, nos résultats sont comparables, parfois supérieurs à ceux d'autres études antérieures ayant utilisé des protocoles similaires ou différents.

La rétention partielle a été le principal type d'échec dans notre étude (soit 70%). Par rapport à l'ensemble de la population d'étude, nous avons noté 5,11% de cas de rétention partielle, 0,73% de cas rétention totale et 1,46% de cas d'hémorragie. On note pour les cas d'avortement incomplet un taux d'échec de 2,85%, résultat inférieur à celui de Ouédraogo au Burkina Faso dans son étude sur le Misoprostol dans les avortements incomplets (5.3%) [13]. Ce résultat est par contre comparable à celui de l'étude réalisée au Vietnam qui a noté 3.4% d'échecs pour avortement incomplet et 2.7% pour raisons médicales.

Un taux d'échec de 19,91% pour les cas de rétention d'œuf mort et 16,67% de taux d'échec pour les cas d'œuf clair, ont été trouvés dans notre étude. Ces taux élevés pourraient s'expliquer par le fait que dans ces indications, l'âge gestationnel est le plus souvent avancé, le col de l'utérus encore fermé ; ce qui constitue par ailleurs des facteurs influençant fortement l'efficacité de l'avortement médicamenteux. Aussi au regard de ces taux d'échecs élevés ; nous sommes amenés à incriminer les différents dosages utilisés dans ces différentes indications qui pourraient éventuellement être insuffisants.

CONCLUSION

Au regard des résultats obtenus au cours de notre étude, l'avortement médicamenteux se présente comme une sérieuse alternative aux autres méthodes d'évacuation utérine, surtout dans un pays aux ressources limitées comme le nôtre.

Il appartient donc aux autorités sanitaires d'œuvrer à l'établissement d'un protocole national standard, à la formation du personnel de santé afin de rendre l'avortement médicamenteux largement disponible.

REFERENCES

1. Berer M. Éliminer les risques liés à l'avortement : le devoir d'une bonne politique de santé publique. Thème spécial-santé génésique. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé. Recueil d'articles ; 2000 ; N°3:128.
2. Blum J, Nguyen TN, Taneepanichskul, Orawan K, Blanchard K, Svirirojana N, Inikoff B. Misoprostol for incomplete abortion: results from randomized controlled study comparing 600ug versus 1200ug oral Misoprostol for management of

incomplete abortion Population council. Gynuity Health projects.2003-24.

3. Dao AL. Soins après avortement: bilan de 11 années de pratique dans le service de gynécologie obstétrique du CHUYO du 1^{er} octobre au 31 décembre 2007. Thèse

Med, Ouagadougou, 2010, N° 54 : 97.

4. Gronlund L, Groulund AL, Clevin L. Spontaneous abortion: expectant management, medical treatment or surgical evacuation. Acta Obstet Gynecol Scand 2002, 81 : 781-782.

5. Gynuity health projects. Prestation de l'avortement médicamenteux : un manuel introductif. Deuxième édition.15 East 26th Street, 8th Floor.New York, NY 10010 U.S.A. 67.

6. Henhen G. Biochimie 1^{er} cycle DEUG SNV PCEM Pharmacie Dunod Paris 1995:435.

7. Henshaw RC, Cooper K., El-Refaey H et al. Medical management of miscarriage, non-surgical evacuation of incomplete and inevitable spontaneous abortion. British Med Jour1993 ; 306 : 894-895.

8. Institut national de la statistique et de la démographie. Enquête démographique et de la santé 1998,1999. Measure DHS Macro international Inc., 2007:327.

9. Jeannine H, Katherine T, Teresa ML, Laura C. Soins après avortement centrés sur la femme : guide de référence. IPAS 2005 ISBN: 1-882220-41-2 N° CATALOGUE: PACREF-P04, 213.

10. Organisation mondiale de la sante. L'avortement dans les pays en développement. Communiqué de presse OMS/99/28 du 17 mai 1999

11. Organisation mondiale de la sante. Mortalité maternelle en 2005. Estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque Mondiale Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007. Site web : www.oms.com visité le 09/06/2010.

12. Ouattara A. Le Misoprostol pour les soins après avortements : AMIU versus Misoprostol par sublinguale. *Thèse méd. UFR /SDS Ouagadougou 2010, N°54:88.*

13. Ouedraogo A. épouse Zoungrana. Le Misoprostol pour les soins après avortements : AMIU versus Misoprostol par voie orale. Thèse méd. UFR /SDS Ouagadougou 2005, N°10: 80.

14. Pandian Z, Ashok P, Templeton A. The treatment of incomplete miscarriage with oral Misoprostol. British journal of obstetrics and Gynaecology (BJOG): 2001; 108: 213-214.

15. Sahin HG, Sahin AH, Kocer M. Randomized out patient clinical trial of medical evacuation and surgical curettage in incomplete miscarriage. The European Journal of contraception and reproductive health care, 2001; 6:141-144.