

## AVORTEMENTS DU PREMIER TRIMESTRE AU CHU DE DAKAR: INTÉRÊT DE L'ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE

C.T. CISSE, K.G. FAYE, J.C. MOREAU

*Med Trop* 2007; 67 : 163-166

**RÉSUMÉ** • L'objectif était d'évaluer l'intérêt de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) sous anesthésie locale dans la prise en charge des avortements du premier trimestre. Il s'agit d'une étude rétrospective concernant toutes les patientes prises en charge au CHU de Dakar par AMIU pour un avortement du premier trimestre entre le 1<sup>er</sup> janvier 2002 et le 31 décembre 2003. Pendant la période étudiée, nous avons enregistré 2379 grossesses arrêtées parmi une population de 14476 entrantes. Dans 1372 cas (57,7 %) il s'agissait d'avortements du premier trimestre qui ont été traités par l'AMIU ; pour 87 % des patientes, la durée d'hospitalisation était inférieure à 12 heures. Le profil épidémiologique est celui d'une patiente âgée en moyenne de 29 ans, paucipare (parité moyenne de 2) porteuse d'une grossesse dont l'âge gestationnel moyen était de 10 semaines d'aménorrhée. Dans 1296 cas (94,4 %) l'avortement était spontané, alors que dans 76 cas (5,6 %) il a été provoqué clandestinement. Aucune complication liée à la procédure n'a été enregistrée et le suivi post-abortum n'a révélé aucune morbidité avec un recul d'au moins 1 an. L'AMIU est une méthode efficace et sûre pour évacuer l'utérus dans les avortements incomplets du premier trimestre. C'est une technique simple qui a amélioré considérablement la qualité des soins après avortement dans notre pratique.

**MOTS-CLÉS** • Avortement - Aspiration intra-utérine - Soins après avortement

**FIRST-TRIMESTER ABORTION AT UNIVERSITY HOSPITAL CENTER IN DAKAR, SENEGAL: UTILITY OF MANUAL VACUUM ASPIRATION**

**ABSTRACT** • The purpose of this retrospective study was to evaluate the utility of the manual vacuum aspiration (MVA) for management of incomplete first-trimester abortions. All patients treated for incomplete first trimester abortion using MVA under local anesthesia at University Hospital Center in Dakar from January 1, 2002 to December 31, 2003 were included. A total of 2379 pregnancy losses were recorded among the 14476 patients admitted during the study period. First-trimester abortion was treated using the MVA method under local anesthesia in 1372 cases (57.7 %). For 87% of patients, the duration of hospitalization was less than 12 hours. The epidemiological characteristics of these women were young age (mean, 29 years old), low parity (mean, 2 children) and low gestational age (mean, 10 weeks after amenorrhea). Spontaneous abortion accounted for 94.4% of cases and clandestine abortion for 5.6 %. No complications occurred during MVA procedures and no morbidity was observed with a follow-up of one year. These findings show that MVA is a safe and effective method for completing incomplete first-trimester abortions. In our practice use of this simple technique led to a considerable improvement in post-abortion care.

**KEY WORDS** • Abortion - Intrauterine aspiration - Post abortion care.

Au Sénégal, les grossesses arrêtées représentent en moyenne 50 % des motifs d'admission en urgence dans les maternités de référence. Les complications en rapport avec ces grossesses arrêtées, notamment les avortements incomplets, sont responsables de 8 % des décès maternels enregistrés (1) ; la mortalité maternelle due aux avortements est également élevée pour les autres pays de l'Afrique de l'Ouest (2,3). Ces complications sont essentiellement représentées par

les hémorragies et l'infection, elles sont favorisées par le retard à la consultation mais aussi par la mauvaise qualité de la prise en charge, en particulier dans l'évacuation des débris intra-utérins. Les méthodes classiques telles que le curetage et le curage ne sont pas dénuées de risque et ne peuvent être effectuées que si le col utérin est ouvert, elles nécessitent aussi la présence d'un anesthésiste.

Pour faciliter l'évacuation utérine dans les avortements du premier trimestre, une approche novatrice et très simple a été développée depuis quelques années, il s'agit de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) réalisée sous anesthésie locale para-cervicale. Les premiers essais ont été menés en Egypte (4), en Turquie (5), au Pérou et au Mexique (6).

Dans ce travail, notre objectif est d'exposer la technique, de rapporter notre expérience au CHU de Dakar et de confirmer qu'il s'agit d'une méthode bien adaptée à la prise en charge des grossesses arrêtées dans les pays en développement.

• Travail de la Clinique Gynécologique et Obstétricale (C.T.C., Professeur, Gynécologue-obstétricien ; K.G.F., Interne des hôpitaux, J.C.M., Professeur, Gynécologue-obstétricien) CHU de Dakar, Dakar/Fann, Sénégal.

• Correspondance : C.T. CISSE, Clinique Gynécologique et Obstétricale, CHU de Dakar, BP 15 745, CP 12 522, Dakar/Fann - Sénégal.

• Courriel : ctcisse@yahoo.fr

• Article reçu le 20/08/2005, définitivement accepté le 19/02/2007.

## PATIENTES ET MÉTHODES

Cette étude a eu pour cadre la Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU de Dakar qui, de part son statut de première maternité de référence, représente la structure sanitaire qui prend en charge le plus grand nombre d'avortements au Sénégal.

Il s'agit d'une étude rétrospective de type analyse situationnelle qui a concerné toutes les patientes présentant un avortement du premier trimestre et qui ont bénéficié d'une AMIU entre le 1<sup>er</sup> janvier 2002 et le 31 décembre 2003.

Les avortements du 2<sup>e</sup> trimestre ont été exclus de notre étude car ils représentent une contre-indication à l'utilisation de l'AMIU en raison de la présence de débris osseux à ce stade de développement de la grossesse.

L'évacuation des débris intra-utérins est précédée par une évaluation initiale qui a pour but de confirmer le diagnostic de grossesse arrêtée, d'évaluer l'état de la patiente et de préciser la nature et la quantité des débris ovulaires intra-utérins. Elle repose essentiellement sur l'examen clinique et l'échographie pelvienne. Au cours de cette première étape, il est également important de bien prendre le temps nécessaire pour informer la patiente sur son état et lui expliquer la procédure de l'AMIU.

Le matériel utilisé comporte essentiellement une seringue d'aspiration de 60 mL munie d'un piston et de 2 valves pour faire le vide, des canules et des dilateurs de différentes tailles en matière plastique souple. La procédure comporte différentes étapes (7, 8) :

- insertion d'un spéculum au niveau du vagin puis nettoyage du col utérin et du vagin avec une solution antiseptique ;

- administration de l'anesthésie paracervicale avec 10 ml de Lidocaïne non adrénalinée à 1%, l'injection est effectuée au niveau de la jonction entre l'épithélium vaginal et le col sur une profondeur de 3 mm, les points d'injection sont situés à 3 heures, 5 heures, 7 heures et 9 heures ;

- après avoir attendu 5 minutes pour permettre à l'anesthésique d'avoir un effet, on introduit dans l'utérus une canule dont le calibre est adapté au degré d'ouverture du col utérin, parfois une dilatation préalable est nécessaire avec l'utilisation des bougies ;

- articulation de la seringue à la canule après y avoir créé le vide ;

- libération des valves pour transférer le vide de la canule dans la cavité utérine ;

- évacuation des débris en mobilisant l'ensemble seringue-canule grâce à des mouvements limités de va et vient et de pronation-supination.

Si la seringue se remplit, elle sera désarticulée, vidée puis remise en place jusqu'à l'évacuation utérine complète. La vacuité utérine est annoncée par l'apparition d'une mousse rosâtre dans la canule et par la rétraction de l'utérus sur la canule.

A la fin de la procédure, la patiente reçoit des antibiotiques et un utérotonique ; elle est gardée en observation pendant 2 heures puis libérée. Dans le post-abortum elle

bénéficie d'un suivi pour instituer une contraception et compléter l'enquête étiologique.

Pour chaque cas inclus, les données étaient recueillies sur une fiche informatisée, elles concernaient des variables épidémiologiques et cliniques ainsi que l'évolution post-abortum.

Pour apprécier l'efficacité et l'innocuité de l'AMIU, nous avons retenu 2 critères représentés par l'évacuation complète de l'utérus et l'absence de complications iatrogènes.

## RÉSULTATS

### Fréquence

Au cours de la période étudiée, parmi les 14476 patientes que nous avons pris en charge, 2379 présentaient une grossesse arrêtée soit 16,4 %. Ces avortements étaient répartis de la manière suivante: 2016 avortements spontanés, 185 avortements provoqués clandestins et 178 avortements mûlaires.

Dans 1372 cas (57,7 % des grossesses arrêtées), il s'agissait d'avortements du premier trimestre qui ont été traités par l'AMIU.

### Caractéristiques des patientes (tableau I)

Il s'agissait le plus souvent de patientes jeunes (54 % avaient moins de 30 ans) l'âge moyen était de 29 ans avec des extrêmes de 14 et 55 ans. Dans 1/3 des cas, l'avortement concernait des nullipares, la parité moyenne était de 2 avec des extrêmes de 0 et 14.

Des antécédents de un ou plusieurs avortements ont été retrouvés chez 347 patientes (25,3 %).

L'âge gestationnel moyen à l'entrée était de 10 semaines d'aménorrhée avec des extrêmes de 5 et 13 semaines.

Dans 1296 cas (94,4 %), l'avortement s'était produit spontanément, alors que dans 76 cas (5,6 %) l'avortement était survenu à la suite de manœuvres endo-utérines réalisées clandestinement.

### Données cliniques, paracliniques et thérapeutiques

Dans 94,3 % des cas, la grossesse n'avait pas encore fait l'objet d'un suivi prénatal ; 62,7 % des patientes avaient consulté directement au niveau du CHU tandis que 37,3 % étaient transférées à partir de maternités périphériques. Les métrorragies étaient le principal motif de consultation (95 %).

Une échographie a été réalisée chez 819 patientes (59,7 %) permettant ainsi de confirmer la non-évolutivité de la grossesse et de préciser le type d'avortement avant l'évacuation utérine.

Dans 553 cas, le caractère hémorragique de l'avortement et/ou la présence de débris ovulaires intra-vaginaux nous ont conduit à procéder à une évacuation en urgence.

Les délais entre l'admission et la réalisation de l'AMIU variaient de 1 à 12 heures pour 87 % des patientes,

il était supérieur à 12 heures pour les 13 % restants. La quantité moyenne de débris aspirés était de 102 ml. Selon la nature des débris aspirés, les différents types d'avortement rencontrés sont les suivants : 1 167 avortements banals (85 %), 125 môles hydatiformes (9,2 %) et 80 œufs clairs (5,8 %).

A la fin de l'évacuation utérine, les patientes recevaient systématiquement 5 UI de doxycycline et des antibiotiques dont la nature dépendait du type d'avortement. En l'absence de signes d'infection (1348 cas soit 98,2 %) on utilisait une bêta-lactamine, par contre, en présence d'une infection notamment dans les avortements provoqués clandestins (24 cas soit 1,8 %), ces bêta-lactamines étaient associées à un aminoside et à du métronidazole.

Par ailleurs, 13 patientes ayant un rhésus négatif avaient reçu en post-abortum une injection de gammaglobulines anti-D.

### Pronostic

Aucune complication liée à la procédure elle-même n'a été enregistrée. Nous avons noté seulement chez 2 patientes une évacuation utérine incomplète qui a nécessité une aspiration de deuxième intention.

L'efficacité et l'innocuité de l'AMIU dans notre pratique, selon les critères d'évaluation définis au départ, peuvent être estimées alors à 99,9 %.

Au cours du suivi post-abortum aucune morbidité n'a été rapportée ; 16 % des patientes avaient opté pour une contraception basée essentiellement sur l'utilisation de progestatifs injectables et de pilules.

## DISCUSSION

### Epidémiologie

Les avortements représentent la complication la plus fréquente de la grossesse, le taux de 16 % rapporté dans notre étude est comparable à la moyenne de 15 % généralement rapportée dans la littérature (2, 3, 9-11). Dans notre pratique l'incidence de l'avortement spontané semble relativement stable ; par contre celle de l'avortement provoqué clandestin est en hausse par rapport aux évaluations antérieures, elle est d'ailleurs certainement sous estimée car en l'absence de complications les patientes sont rarement disposées à faire des aveux.

Le profil épidémiologique des avortements du premier trimestre retrouvé dans notre étude est également superposable à celui habituellement rencontré dans les structures sanitaires du Sénégal (1, 12, 13). L'analyse de ce profil montre en particulier la fréquence relativement élevée des avortements à répétition, mais les patientes concernées sont mal suivies et ne bénéficient pas généralement d'une enquête étiologique et de traitements préventifs.

### Problèmes diagnostiques

Les métrorragies représentent certes le maître symptôme de l'avortement, mais leur apparition ne constitue pas un élément suffisant pour décider de l'évacuation utérine, car elles peuvent traduire une simple menace d'avortement qui

peut bénéficier d'un traitement conservateur si la qualité de l'œuf n'est pas en cause. L'intérêt de l'échographie est alors indiscutable pour confirmer le diagnostic de grossesse arrêtée. Lorsqu'elle est réalisée par voie endo-vaginale, sa sensibilité, sa spécificité, sa valeur prédictive positive et sa valeur prédictive négative sont respectivement de 81 %, 94 %, 93 % et 83 % (14).

La mesure antéro-postérieure des images endo-utérines sur une coupe sagittale est recommandée pour estimer l'importance de la rétention ovulaire (15). L'échographie représente également un moyen prédictif performant par rapport au succès de la méthode choisie pour évacuer l'utérus (16).

### Intérêt de l'AMIU

Nos résultats confirment les avantages de l'AMIU dans la prise en charge des avortements du premier trimestre. Il s'agit en effet d'une méthode efficace et sûre ; des complications liées à la procédure sont rarement rapportées dans la littérature, qu'il s'agisse des hémorragies, de la perforation utérine ou du traumatisme cervical (16, 19). Elle permet aussi de réduire la durée d'hospitalisation, ramenée à quelques heures seulement, ainsi que les dépenses de santé. Cet intérêt de l'AMIU est également rapporté par des études antérieures réalisées en Afrique Noire, notamment au Kenya, au Nigeria, au Ghana et au Burkina Faso (20-21).

L'exécution de la procédure nécessite un matériel très simple et réutilisable ; l'acquisition de la compétence est facilement obtenue après une formation de 5 jours aussi bien pour les médecins que pour les sages-femmes et infirmiers. L'AMIU constitue donc une méthode adaptée aux pays en développement, car elle améliore l'accès aux soins après avortement, notamment en zone rurale où les ressources et le personnel qualifié sont limités.

Néanmoins, l'attitude thérapeutique devant un avortement du premier trimestre demeure très controversée. Dans les pays développés, où les complications de l'avortement ne représentent pas véritablement un problème de santé publique, le débat actuel est de remettre en cause la nécessité d'évacuer l'utérus par l'aspiration endo-utérine (17-19). La tendance est de préconiser l'utilisation de méthodes médicamenteuses comme le Misoprostol (22, 23) ou la Mifépristone (16, 19). Certains auteurs préconisent même de plus en plus l'abstention thérapeutique dans les avortements de moins de 8 semaines (24-25).

Les adversaires de l'aspiration endo-utérine utilisent également comme argument une augmentation possible du risque infectieux et de séquelles inflammatoires favorisées par les manœuvres endo-utérines. Dans notre pratique, pour minimiser le risque infectieux nous instituons systématiquement une antibiothérapie aussitôt après l'évacuation utérine. Mais, cette attitude est discutable car dans les avortements simples non septiques on peut éviter une contamination iatrogène en respectant scrupuleusement les mesures universelles de prévention des infections.

Deux revues récentes de la littérature portant sur 120 publications n'ont pas montré la supériorité des autres méthodes d'évacuation utérine par rapport à l'aspiration

Tableau I - Distribution des caractéristiques des patientes traitées par AMIU pour avortement incomplet au CHU de Dakar en 2002-2003 (N = 1372)

Caractéristiques maternelles	Nombre	%
Age (ans)		
14 - 19	138	10,1
20 - 29	608	44,3
30 - 39	471	34,3
≥ 40	155	11,3
Parité		
1	415	30,2
2 - 3	582	42,4
≥ 4	375	27,4
Age gestationnel		
5-9 semaines d'aménorrhée	689	50,2
10-13 semaines d'aménorrhée	683	49,8
Antécédents d'avortement		
oui	347	25,3
non	1025	74,7

endo-utérine qui reste donc la méthode de référence pour évacuer les débris ovulaires intra-utérins en cas d'avortement du premier trimestre (16,19).

### CONCLUSION

L'aspiration manuelle intra-utérine est une méthode efficace et sûre pour traiter les avortements du premier trimestre. La simplicité de l'équipement nécessaire et de la procédure technique en font une méthode particulièrement adaptée aux pays en développement.

En favorisant un meilleur accès aux soins après avortement, l'AMIU a contribué à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles dues aux avortements. Un programme est actuellement en cours d'exécution pour vulgariser son utilisation dans plusieurs pays africains, mais il faut rester vigilant dans la gestion du matériel pour éviter qu'il ne soit détourné vers la réalisation d'avortements provoqués clandestins.

### RÉFÉRENCES

- Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction. Revue de la littérature sur les avortements à risque au Sénégal. CEFOP/CGO/POP COUNCIL Dakar, Avril 1998:78 p.
- GOYAUX N, CALVEZ C, YACE-SOUMAH F *et Coll* - Complications obstétricales du premier trimestre en Afrique de l'Ouest. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1998 ; **27** : 702-7.
- LEBEAU R, DIANE R, DOUMBIA Y, DJANHAN A - Lésions intestino-mésentériques au cours des avortements criminels. *Rev Int Gynecol Obstet Côte d'Ivoire* 2004 ; **1** : 18-21.
- HUNTINGTON D, HASSAN EO, ATTALLAH N - Improving the medical care and counseling of postabortion patients in Egypt. *Stud Fam Plann* 1995 ; **26** : 350-62.
- HUNTINGTON D, DERVISOGLU AA, PILE JM - The quality of abortion services in Turkey. *Int J Gynecol Obstet* 1996 ; **53** : 41-9.
- HUNTINGTON D, ASKEW I, KHAN MC - Recherches opérationnelles sur les soins après avortement. Pop Council ed, New York, 1998, 35 p.
- WINKLER J, OLIVERAS E, MC INTOSH N - Soins après avortement : guide pratique pour améliorer la qualité des soins. Post-abortion Care Consortium ed, USA, 1995, pp 6-7.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE - Prise en charge des complications de l'avortement : guide pratique OMS/WHO/RHE, Genève; 1996: chapitres 3-8.
- MATHEWS M, HARSHAD S, GRUDOTTI R - Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement. OMS ed, Genève, 2002, S10-8 .
- VINATIER D, MAUNOURY-LEFEBVRE C, MOUNIER JC - Avortements spontanés. *Encycl Med Chir Gyn-Obs* 1994 ; 5-032 A20 : 12 p.
- WILCOX AJ, WEINBERG CR, O'CONNOR JF - Incidence of early loss pregnancy. *N Eng J Med* 1988 ; **319** :189-94.
- CISSE CT, DIAGNE A, FAYE el HO - Amélioration de la qualité des soins après avortement en zone rurale au Sénégal. *Sante* 2004 ; **14** : 245-50.
- FAYE EO, GAYE A, CISSE L - Soins après avortement dans les hôpitaux régionaux de Kaolack et Diourbel et dans le centre de santé de Sokone. CEFOP/CGO ed, Dakar, 2001, 35 p.
- ALCAZAR JL, BALDORADO C, LEPANTE C - The reliability of transvaginal ultrasonography to detect retained tissue after spontaneous first trimester abortion. *Ultrasound Obstet Int* 1998 ; **45** :190-3.
- CELIN A, CELIN M - Diagnostic and therapeutic discovering with transvaginal sonography for first trimester spontaneous abortion. *Contraception* 1998 ; **57** : 393-7.
- BEUCHER G, BEILLAT T, DREYFUS M - Prise en charge des fausses couches spontanées du premier trimestre. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003 ; **32** : 5-21.
- CAHILL DJ - Managing spontaneous first trimester miscarriage. *BMJ* 2001 ; **322** : 1315-6.
- CREININ MD, SCHWARTZ JL, GUIDO RS, PYMAR HC - Early pregnancy failure: current management concepts. *Obstet Gynecol Surv* 2001 ; **56** :105-13.
- DE PONCHEVILLE L, MARRET H, PERROTIN F *et Coll* - Les avortements du premier trimestre de la grossesse : l'aspiration utérine est-elle toujours de mise ? *Gynecol Obstet Fertil* 2002 ; **30** : 799-806.
- ADVANCE AFRICA - Soins après avortement: un compendium des meilleures pratiques. Advance ed, Washington, février 2002, p.
- MINISTERE SANTE BURKINA FASO - Introduction du traitement médical d'urgence pour les femmes qui souffrent de complications suite à un avortement Pop Coucil/CRESAR ed, Ouagadougou, 1998, 34 p.
- HAUSKNECHT R. - Mifepristone and misoprostol for early medical abortion: 18 months experience in United States. *Contraception* 2003 ; **67** : 463-5.
- HERABUTYA Y, O-PRASERTSAWAT P - Misoprostol in the management of missed abortion. *Int J Gynaecol Obstet* 1997 ; **56** : 263-6.
- BLOHM F, FRIDEN B, PLATZ-CHRISTENSEN JJ *et Coll* - Expectant management of first trimester miscarriage in clinical practice. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003 ; **82** : 654-8.
- NIELSEN S, HAHLIN M - Expectant management of first trimester spontaneous abortion. *Lancet* 1995 ; **345** : 84-6.