



Article Original

Les Avortements Incomplets à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé : Aspects Cliniques et Histopathologiques

Clinical and histopathological features of incomplete abortions at Yaounde Gynecological, Obstetric and Pediatric Hospital

Sando Ngueffo L¹, Majoumo Mukam G^{1*}, Ndoumba Afouba A², Djapa Yamen C¹, Manghe R¹, Kabeyene Okono A¹, Sando Z¹.

RÉSUMÉ

Introduction. Les avortements sont une des principales causes de morbidité et de mortalité maternelles. Notre étude avait pour but de décrire les aspects cliniques et anatomopathologiques des avortements incomplets à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique de Yaoundé). **Méthodologie.** Nous avons mené une étude descriptive rétrospective allant de Janvier 2009 à Décembre 2016. Toutes les femmes venues consulter à l'Hôpital Gynécologique Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé pour avortement incomplet ont été enrôlées. L'échantillonnage a été consécutif. **Résultats.** Nous avons retenu 233 patientes. Les âges extrêmes étaient de 14 et 49 ans avec une moyenne de 27,91 ans (\pm 6,78 ans). La majorité (27,5 %) se trouvait dans la tranche d'âge de [25-30]ans. Concernant les antécédents, les multigestes (37,4%) et les nullipares (31,7%) étaient majoritaires. Sur le plan clinique, le motif de consultation prédominant était les métrorragies (95,3 %). Le délai de consultation après le début des symptômes variait de 0 à 60 jours avec une médiane de 2 jours. Les avortements fréquemment retrouvés étaient spontanés (77%). Trente-trois cas (13,3 %) étaient compliqués d'une anémie. Une analyse histopathologique du produit de conception a été réalisée dans 35 cas parmi lesquels 40% étaient du matériel de grossesse non évolutive et 25,7% de grossesse molaire. **Conclusion.** Les avortements incomplets sont fréquents dans notre milieu. Les métrorragies en sont le principal signe clinique. Sur le plan morphologique les grossesses non évolutives sont les plus retrouvées, bien que les grossesses molaires ne soient pas rares.

¹ Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I.
² Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de l'Université de Dschang.

Auteur correspondant :
 Majoumo Mukam Grâce
 Tel : 6 76 28 40 26
 Email :
aureliegrace90@gmail.com

Mots-clés : Avortement incomplet – Symptôme – Histopathologie. Yaounde
Keywords: Incomplete abortion – Symptom – Histopathology. Yaounde

ABSTRACT

Introduction. Abortions are a leading cause of maternal morbidity and mortality. Our study aimed to describe the clinical and pathological aspects of incomplete abortions in Yaounde Gynaeco-obstetric and paediatric Hospital. **Methodology.** We conducted a retrospective descriptive study from January 2009 to December 2016. All the women who came for consultation at Yaounde Gynaeco-obstetric and paediatric Hospital for incomplete abortion were enrolled. Sampling was consecutive. **Results.** We retained 233 patients. The extreme ages were 14 and 49 years with an average of 27.91 years (\pm 6.78 years). The majority (27.5%) were in the age group of [25-30]years. Concerning the antecedents, the multigestes (37.4%) and the nulliparous (31.7%) were in the majority. Clinically, the predominant reason for consultation was metrorrhagia (95.3%). The time to consultation after the onset of symptoms varied from 0 to 60 days with a median of 2 days. Spontaneous abortions were mainly found (77%). Thirty-three cases (13.3%) were complicated by anaemia. An histopathological analysis of product of conception has been performed in 35 cases among which 40% were non evolutive pregnancy material, and 25.7% were molar pregnancies. **Conclusion.** Incomplete abortions are frequent in our community. Metrorrhagia is the main clinical sign. Morphologically, non-evolving pregnancies are the most common, although molar pregnancies are not uncommon.

INTRODUCTION

Les avortements sont l'une des causes majeures de morbidité et de mortalité maternelle(1,2), ainsi qu'une source de stress affectant les couples et la qualité de vie (3). Environ 20% de toutes les grossesses sont concernées (4). Leur taux d'incidence est estimé à environ 35 pour

1000 femmes âgées de 15 à 44 ans (5). Au Cameroun les avortements et leurs complications sont à l'origine d'un quart des décès maternels et en sont la deuxième cause derrière les hémorragies du post-partum (6). Les avortements incomplets sont un sous-type qui peut survenir de manière spontanée ou après un avortement provoqué mal réalisé (7). La symptomatologie est souvent

bruyante(8). L'anatomie pathologique revêt ici un grand intérêt. En effet l'analyse histologique du produit de conception est indispensable dans le diagnostic de grossesse molaire, qui nécessite une prise en charge adaptée. L'histopathologie permet également dans certains cas de donner la cause de l'avortement(9–11). Toutefois elle n'est pas systématiquement réalisée au Cameroun. Les avortements incomplets à la différence des avortements complets sont particulièrement pourvoyeurs d'hémorragies et d'infections s'ils ne sont pas correctement pris en charge et à temps (12). Une bonne connaissance des signes et symptômes accompagnant cette pathologie serait d'une aide précieuse dans cette démarche. De plus peu de données actualisées existent sur le sujet, notamment en ce qui concerne l'examen histopathologique du produit de conception. C'est dans cette optique que nous nous sommes proposé d'étudier les aspects cliniques et anatomopathologiques des avortements incomplets à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY).

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude transversale descriptive, avec collecte rétrospective des données. Elle s'est déroulée dans les services de gynécologie-obstétrique et d'anatomopathologie d'HGOPY, sur une période de 8 ans (Janvier 2009 à Décembre 2016). L'étude a été menée du 5 Janvier 2017 au 5 Mai 2017, soit une durée de 5 mois. L'échantillonnage a été consécutif. Toutes les femmes ayant fait un avortement incomplet spontané ou non, et prises en charge à HGOPY ont été colligées. Toutes les femmes dont le dossier médical était inexploitable ou introuvable ont été exclues de notre étude.

Les variables analysées ont été :

- les données sociodémographiques
- les données de l'anamnèse
- les données de l'examen clinique
- les données de l'examen histopathologique.

Les données collectées ont été analysées grâce au logiciel SPSS 23.0. Le test statistique de Chi-deux a été utilisé pour comparer les pourcentages. Seules les valeurs de $p < 0,05$ étaient considérées comme statistiquement significatives.

Ce travail s'est déroulé dans le strict respect de l'éthique et de la déontologie médicale. Une attention particulière a été accordée à l'anonymat des patients.

RÉSULTATS

Nous avons recensé en 8 ans, 788 patientes chez qui le diagnostic d'avortement incomplet avait été posé. Seules 233 patientes remplissant les critères d'inclusion ont été retenues. Pour la suite, il convient toutefois de préciser que pour certaines variables, cet effectif est légèrement modifié dû aux données manquantes. En effet, considérer les non réponses reviendrait à leur attribuer la valeur zéro, entraînant ainsi une incohérence dans les calculs statistiques.

Données sociodémographiques

Age

Les âges extrêmes étaient de 14 et 49 ans avec une moyenne d'âge de 27,91 ans ($\pm 6,78$ ans), et 64 patientes

(27,5 %) avaient un âge compris dans la tranche [25-30[ans (**figure 1**).

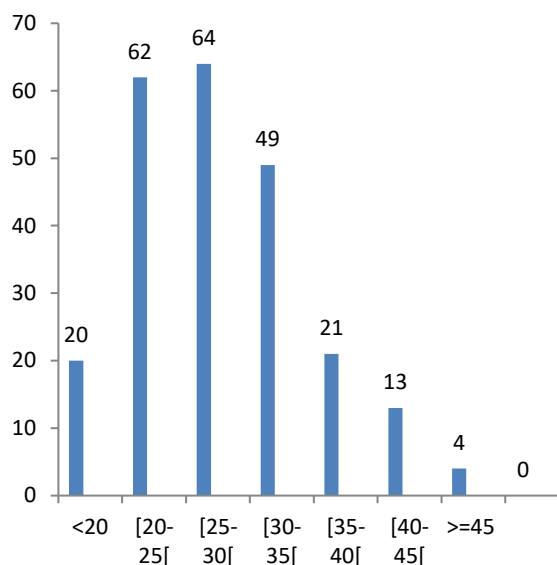


Figure 1: Répartition de l'échantillon selon les tranches d'âge (n=233)

Niveau d'étude et secteur d'activité

Dans notre étude, 73 patientes (32 %) étaient des ménagères, 88(39,6 %), avaient un niveau d'étude secondaire et 69 (30,1%) étaient élèves ou étudiantes (**Tableau I**).

Tableau I : Niveau d'étude et le secteur de profession

Variables	Effectif	Pourcentage
Secteur professionnel (n=229)		
Secteur public	26	11,4
Secteur privé	20	8,7
Secteur informel	41	17,9
Ménagère	73	31,9
Elève/étudiant	69	30,1
Niveau d'étude (n=222)		
Primaire	64	28,8
Secondaire	88	39,6
Supérieur	53	23,9
aucun	17	7,7

Données anamnestiques

Motif de consultation

Les métrorragies constituaient le principal motif de consultation. Ce symptôme était présent chez 222 patientes soit 95,3 % de notre effectif (**Tableau II**).

Tableau II : Motif de consultation

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Métrorragies	222	95,3
Pelvi-algies	130	55,8
Présentation d'échographie	5	2,1
Asthénie	4	1,7
Fièvre	4	1,7
Perte de connaissance	3	1,3
Autres	12	5,2

Premier recours aux soins et délai de consultation

Parmi les 233 patientes recrutées, 80 (34,3 %) ont eu recours à d'autres soins avant l'arrivée à HGOPY pendant que 153 (65,7 %) ont eu HGOPY comme première destination. La médiane de délai de consultation après le début des symptômes était de 2 jours avec un intervalle interquartile de 1 à 6 jours et variant entre les valeurs extrêmes de 0 à 60 jours.

Antécédents gynéco-obstétriques

Dans notre échantillon 86 (37,4 %) patientes étaient multigestes, 73 (31,7 %) étaient nullipares, et 161 (70 %) avaient déjà fait un avortement (Tableau III). De plus, 187 femmes (80,3 %) n'utilisaient aucune méthode de contraception avant l'avortement. Des 46 femmes restantes, 26 (11,2 %) avaient recours au préservatif masculin pour se protéger des grossesses non désirées (Tableau III).

Tableau III : Antécédents gynéco-obstétriques

Variables	Effectif	Pourcentage
Gestité (n=230)		
Primigeste	61	26,5
Paucigeste	83	36,1
Multigeste	86	37,4
Parité (n=230)		
Nullipare	73	31,7
Primipare	56	24,3
Paucipare	61	26,6
Multipare	40	17,4
ATCD d'avortement et nombre (n=230)		
[1-2[161	70
[2-3[50	21,7
[3-4[15	6,5
[4-5[2	0,9
>5	2	0,8

Données cliniques**Paramètres vitaux**

Une température supérieure à 38°C a été constatée chez 31 (26,5%) patientes. La pression artérielle et l'état de conscience étaient normaux dans 98% des cas.

Examen au spéculum

Il était normal chez 98,7% des femmes.

Age gestationnel, type d'avortement et complications

Les avortements spontanés étaient représentés à hauteur de 177 cas (77,0 %). Chez 170 patientes (82,9 %), l'avortement était survenu avant 14 semaines d'aménorrhée (SA) avec un âge gestationnel moyen de survenue de 11 SA +5 jours. Chez 151 femmes (64,8 %), il n'y avait eu aucun diagnostic associé/complicant cependant l'anémie était présente chez 55 patientes (23,6%) et 25 d'entre elles (12,4%) étaient dans un état de septicémie (Tableau IV).

Tableau IV : Âge gestationnel, type d'avortement et diagnostic associé

Variables	Effectif	Pourcentage
AG au moment de l'avortement (n=205)		
Avant 14 SA	170	82,9
14-28 SA	35	17,1
Type d'avortement (n=230)		
Spontané	177	77
Thérapeutique	5	2,2
Provoqué	48	20,9
Diagnostics associés/complications (n=233)		
Aucun	151	64,8
Anémie	55	23,6
Avortement septique	29	12,4
Paludisme	7	3,0
Perforation utérine	2	0,9
Choc hémodynamique	9	3,9
Autres	11	4,7

Données histopathologiques

L'analyse du produit de conception a été réalisée chez 44 femmes (18,9 %), pour lesquelles 35 résultats ont été retrouvés. Parmi ces résultats, 14 cas (40 %) de matériel rétentionnel de grossesse non évolutive ont été diagnostiqués. Les grossesses molaire étaient retrouvées chez 9 patientes soit 25.7% de l'effectif (Tableau V).

Tableau V : Résultats histopathologiques du produit de conception

Résultats	Effectif	Pourcentage
Môle partielle	3	8,6
Môle complète	5	14,3
Môle invasive	1	2,9
Matériel rétentionnel de grossesse non évolutive	14	40
Matériel rétentionnel de grossesse non évolutive + endométrite aiguë	7	20
Matériel rétentionnel de grossesse non évolutive + endométrite aiguë et chronique	2	5,7
Autre	3	8,6
Total	35	100

DISCUSSION**Données sociodémographiques**

Dans notre série l'âge moyen des patientes était de 27,91 ans. Cette valeur est légèrement supérieure à celle retrouvée dans les travaux de Kitange et al en 2016 en Tanzanie et dans ceux d'Odland et al en 2018 au Malawi et qui étaient respectivement de 26,9 et 24,8 ans (13,14). La tranche d'âge la plus représentée était celle des 25 à 30 ans. Dans leur étude faite au Nigéria en 2018 Akinlusi et al retrouvaient majoritairement des patientes dans la tranche de 16 à 25 ans (8). Il semblerait que les femmes dans la tranche d'âge de 20 à 24 ans aient un risque statistiquement plus important de faire un avortement, ceci en grande partie à cause de contraintes socio-professionnelles (15,16).

Parmi ces femmes 32% étaient ménagères et 28% d'entre elles ont un niveau d'éducation primaire. Ces valeurs sont plus élevées dans l'étude de Kitange et al, qui faisaient état de 42% de femmes au foyer et de 67% de femmes avec un

niveau d'étude primaire (14). Cette différence peut en partie s'expliquer par le contexte économique de la Tanzanie. Toutefois ces données corroborent celles de nombreux travaux démontrant que les avortements sont plus fréquents parmi les femmes avec un bas niveau socio-économique (17,18).

Données anamnestiques

Les métrorragies constituaient le principal motif de consultation, et étaient retrouvées chez 95,3% des patientes. Ce symptôme a également été majoritaire dans la série de Gebretsadik et al en 2018 en Ethiopie, mais dans 78,9% des cas (12). Akinlusi et al retrouvaient quant à eux principalement une douleur abdominale chez 62% de leurs patientes, contre 53% de femmes présentant des métrorragies(8).

Dans notre série 31,7% des femmes étaient nullipares. Dans le même sens, Emechebe et al en 2016 retrouvaient dans leur étude 64% de nullipares (19). Cette prédominance de nullipares dans ces études pourrait en partie s'expliquer par le jeune âge de la majorité des patientes constituant les séries.

Données cliniques

De la fièvre a été retrouvée chez 26,5% des patientes. Emechebe et al rapportaient 38,3% des patientes de leur série présentant de la fièvre (19). Cette différence pourrait être expliquée par le délai de consultation qui était plus long dans leur étude.

L'âge gestationnel au moment du diagnostic dans notre série était inférieur à 14 SA dans 82,9% des cas. Gebretsadik et al retrouvaient 52,8% d'avortements survenus avant 14 SA. Dans le même sens, 100% des avortements ont eu lieu avant la 12 SA dans la série de Sayami et al en 2019 au Népal(20) Cette différence pourrait s'expliquer en partie par le fait qu'au Népal l'avortement est légal et les femmes sont libres avant la 12^{ème} SA d'y procéder.

Les avortements spontanés étaient majoritaires, avec 77% de l'effectif total. Adjei et al en 2015 au Ghana trouvaient dans leur échantillon 72% d'avortements spontanés(21). Cette majorité d'avortements spontanés pourrait être due à leur surestimation, qui elle-même découlerait du fait que les avortements provoqués sont parfois camouflés en avortements spontanés par les patientes de peur d'éventuelles représailles.

L'anémie était la principale complication retrouvée, dans 23,6% des cas. Cela était également le cas dans l'étude d'Akinlusi et al, dans laquelle l'anémie représentait 55% des complications post abortum (8). L'avortement septique était rapporté dans notre travail dans 12,4% des cas. Kalilani et al en 2015 au Malawi faisaient état d'une valeur similaire avec 13,7% des patientes en sepsis (22). Nos données ne révèlent une perforation utérine que dans moins d'un pourcent des cas. Toutefois cette complication était présente chez 49,3% des patientes dans les travaux de Zafar et al en 2018 au Pakistan (23). Cette différence flagrante est essentiellement due au fait que cette étude a porté uniquement sur les avortements provoqués.

Données histopathologiques

Les grossesses molaïres ont été diagnostiquées chez 25,7% des 35 femmes pour qui l'examen histopathologique était disponible, avec 8,6% de môle partielle, 14,3% de môle complète et 2,9% de môle invasive. Dans la série de Rashid et al en 2016 en Irak, les grossesses molaïres n'étaient découvertes que chez 4,2% des patientes (24), et ne représentaient que 2% des grossesses dans l'échantillon d'Adeniran et al en 2015 au Nigéria (25). Cette différence pourrait en partie s'expliquer par une moyenne d'âge légèrement plus élevée ainsi que par un plus grand nombre de multipares dans notre étude. En effet l'âge maternel et la multiparité sont deux facteurs de risque reconnus de grossesse molaïre (26–28).

La principale limite de notre étude est la faible taille d'échantillon. Une étude plus large est envisageable afin d'obtenir des résultats statistiquement plus représentatifs.

CONCLUSION

Les avortements incomplets surviennent essentiellement chez des femmes âgées entre 25 et 30 ans, et les métrorragies en sont le principal symptôme. L'anémie et le sepsis sont les complications les plus fréquentes. Un accent devrait être mis sur l'analyse histopathologique du produit de conception car les grossesses molaïres sont diagnostiquées proportion non négligeable.

Conflit d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

RÉFÉRENCES

1. Makuei G, Abdollahian M, Marion K. Optimal Profile Limits for Maternal Mortality Rates (MMR) Influenced by Haemorrhage and Unsafe Abortion in South Sudan. *J Pregnancy*. 2020;2020:1-13.
2. Kim C, Sorhaindo A, Ganatra B. WHO guidelines and the role of the physician in task sharing in safe abortion care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020;63:56-66.
3. H. Al Wattar B, Murugesu N, Tobias A, Zamora J, Khan KS. Management of first-trimester miscarriage: a systematic review and network meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2019;25:362-74.
4. San Lazaro Campillo I, Meaney S, O'Donoghue K, Corcoran P. Miscarriage hospitalisations: a national population-based study of incidence and outcomes, 2005–2016. *Reprod Health*. 2019;16:51.
5. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *The Lancet*. 2016;388:258-67.
6. Pierre-Marie T, Gregory HE, Maxwell DI, Robinson EM, Yvette M, Nelson FJ. Maternal mortality in Cameroon: a university teaching hospital report. *Pan Afr Med J [Internet]*. 2015 [cité 27 avr 2022];21. Disponible sur: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/21/16/full/>
7. Harris LH, Grossman D. Complications of Unsafe and Self-Managed Abortion. *Campion EW, éditeur. N Engl J Med*. 2020;382:1029-40.

8. Akinlusi FM, Rabiou KA, Adewunmi AA, Imosemi OD, Ottun TA, Badmus SA. Complicated unsafe abortion in a Nigerian teaching hospital: pattern of morbidity and mortality. *J Obstet Gynaecol.* 2018;38:961-6.
9. Alsibiani SA. Value of Histopathologic Examination of Uterine Products after First-Trimester Miscarriage. *BioMed Res Int.* 2014;2014:1-5.
10. Soltanghoraee H, Mohazzab A, Soltani A, Ansaripour S, Tavakoli M, Rafati M, et al. Histological Evaluation of Products of Conception, Who Benefits from It? *Fetal Pediatr Pathol.* 2022;1-14.
11. Ohayi S, Onyishi N. Routine histopathological analysis of the products of conception: Is there a value? *Niger Med J.* 2020;61:136.
12. Gebretsadik A. Factors Associated with Management Outcome of Incomplete Abortion in Yirgalem General Hospital, Sidama Zone, Southern Ethiopia. *Obstet Gynecol Int.* 2018;2018:1-6.
13. Odland ML, Membe-Gadama G, Kafulafula U, Jacobsen GW, Kumwenda J, Darj E. The Use of Manual Vacuum Aspiration in the Treatment of Incomplete Abortions: A Descriptive Study from Three Public Hospitals in Malawi. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15:370.
14. Kitange B, Matovelo D, Konje E, Massinde A, Rambau P. Hydatidiform moles among patients with incomplete abortion in Mwanza City, North western Tanzania. *Afr Health Sci.* 2016;15:1081.
15. Yokoe R, Rowe R, Choudhury SS, Rani A, Zahir F, Nair M. Unsafe abortion and abortion-related death among 1.8 million women in India. *BMJ Glob Health.* 2019;4:e001491.
16. Vigoureux S. Épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en France. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2016;45:1462-76.
17. Zheng D, Li C, Wu T, Tang K. Factors associated with spontaneous abortion: a cross-sectional study of Chinese populations. *Reprod Health.* 2017;14:33.
18. Owoo NS, Lambon-Quayefio MP, Onuoha N. Abortion experience and self-efficacy: exploring socioeconomic profiles of GHANAIAN women. *Reprod Health.* 2019;16:117.
19. Emechebe C, Njoku C, Udofia U, Ukaga J. Complications of induced abortion: Contribution to maternal mortality in a tertiary center of a low resource setting. *Saudi J Health Sci.* 2016;5:34.
20. Sayami JT. Trends in Comprehensive Abortion Care (CAC) and characteristics of women receiving abortion care in a tertiary hospital in Nepal. *BMC Womens Health.* 2019;19:41.
21. Adjei G, Enuameh Y, Asante KP, Baiden F, A Nettey OE, Abubakari S, et al. Predictors of abortions in Rural Ghana: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2015;15:202.
22. Kalilani-Phiri L, Gebreselassie H, Levandowski BA, Kuchingale E, Kachale F, Kangaude G. The severity of abortion complications in Malawi. *Int J Gynecol Obstet.* 2015;128:160-4.
23. Zafar H, Ameer H, Fiaz R, Aleem S, Abid S. Low Socioeconomic Status Leading to Unsafe Abortion-related Complications: A Third-world Country Dilemma. *Cureus [Internet].* 16 oct 2018 [cité 30 avr 2022]; Disponible sur: <https://www.cureus.com/articles/14962-low-socioeconomic-status-leading-to-unsafe-abortion-related-complications-a-third-world-country-dilemma>
24. Rashid P. The role of histopathological examination of the products of conception following first-trimester miscarriage in Erbil Maternity Hospital. *Zanco J Med Sci.* 2017;21:1938-42.
25. Adeniran A, Fawole A, Abdul I, Adesina K. Spontaneous abortions (miscarriages): Analysis of cases at a tertiary center in North Central Nigeria. *J Med Trop.* 2015;17:22.
26. Alimohammadi N, Pakniat H, Mirzadeh M, Emami A, Vasheghani Farahani A. Molar Pregnancy and Its Associated Risk Factors: A Case-Control Study in Qazvin, Iran. *J Adv Biomed Sci.* 11 févr 2022;12:4102-4.
27. Strohl AE, Lurain JR. Clinical Epidemiology of Gestational Trophoblastic Disease. *Curr Obstet Gynecol Rep.* 2014;3:40-3.
28. Al Riyami N, Al Riyami M, Department of Pathology, College of Medicine and Health Sciences, Sultan Qaboos University, Muscat, Oman, Al Hajri AT, College of Medicine and Health Sciences, Sultan Qaboos University, Muscat, Oman, Al Saidi S, et al. Gestational Trophoblastic Disease at Sultan Qaboos University Hospital: Prevalence, Risk Factors, Histological Features, Sonographic Findings, and Outcomes. *Oman Med J.* 2019;34:200-4.

CONTACTS DES AUTEURS :

- Sando Ngueffo Linda : sando.linda@yahoo.fr
- Ndoumba Afouba Alice : ndoumbalice@yahoo.fr ;
Tel: 666873304.
- Djapa Yamen Christelle : christyjdjapa@gmail.com;
Tel: 697252720.
- Manghe Roméo : romeomanghe37@gmail.com;
Tel: 669474026.
- Kabeyene Okono Angèle : kabeyenea@yahoo.fr;
Tel: 699474464
- Sando Zacharie : sandozac@yahoo.fr;
Tel: 677784041.