

Profil Epidemiologique Des Avortements Spontanés Enregistrés A L'hôpital DACO Entre 2021 Et 2023

Masangu Ilunga Jacques¹, Kalenga Ilunga Georges², Kazuwa Kij Vicky³,
Ilunga Dipata Gaspard⁴, Musoya Mumba Blaise⁵,
Ngoy Mulopwe Sylvestre⁶, Muhau Muway Raoul⁷

^{1,5}Université de Likasi, Département de Santé Publique Likasi, Haut-Katanga, Republique Démocratique du Congo

²Ecole de Santé Publique de l'Université de Lubumbashi Lubumbashi, Haut-Katanga, Republique Démocratique du Congo

³Université de Kolwezi, Département de Santé Publique Kolwezi, Lualaba, Republique Démocratique du Congo

⁴Université de Lubumbashi, Département de Santé Publique Lubumbashi, Haut-Katanga, Republique Démocratique du Congo

⁶Institut Supérieur des Techniques Médicales Mampala, Département Informatique, Censure des Travaux et Recherches Scientifiques Lubumbashi, Haut-Katanga, Republique Démocratique du Congo

⁷Institut Supérieur des Techniques Médicales Saint Joseph, Département Gynéco-obstétrique Likasi, Haut-Katanga, Republique Démocratique du Congo

Résumé

Les avortements spontanés constituent un problème de santé publique dans notre milieu. Les cas de plus en plus nombreux d'avortement spontané dans les rapports du système national d'information sanitaire (SNIS) des zones de santé de la ville de Likasi nous ont amenés à entreprendre cette étude. Son objectif est de décrire le profil sociodémographique et clinique des avortements spontanés dans notre milieu. Nous avons mené une étude descriptive transversale sur une période de trois ans en dépouillant 89 dossiers des femmes admises pour avortement spontané au service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital DACO dans la ville de Likasi en RD Congo durant la période allant du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2023. Les données ont été collectées à partir des fiches conçues par l'équipe de recherche et analysées à l'aide du logiciel Epi Info 3.4.1. Les résultats suivants ont été obtenus. L'âge des femmes admises pour un avortement spontané a varié entre 15 et 45 ans, avec un âge moyen de 26 ± 6 ans. Notre série a été dominée par les femmes de moins de 35 ans, mariées, ménagères et multipares. Le motif de consultation a été dominé par la métrorragie suivie des douleurs lombo-hypogastriques. Dans la majorité des cas, les femmes n'ont pas suivi la CPN et la cause réelle de l'avortement est restée inconnue. Non seulement les moyens d'investigation approfondie faisaient défaut, mais et surtout les soignants n'ont pas la culture de les chercher. L'antécédent d'avortement et la nature d'avortement n'ont pas influencé l'issue de la maladie.

Mots clés: profil, avortement spontané.

1. INTRODUCTION

La santé maternelle est une des grandes préoccupations des responsables de la santé dans le monde. La mortalité maternelle est estimée selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à 585 000 décès par an. Ces décès surviennent pour 99 % dans les pays en développement[1].

Le taux moyen de mortalité maternelle en Afrique est estimé à 640 pour 100 000 naissances vivantes (NV). Les chiffres varient entre 600 et 2000 décès maternels pour 100 000 NV par an.

L'Afrique subsaharienne semble la plus touchée avec un taux de mortalité maternelle par année atteignant 1,3 million décès maternels pour 1,4 million de NV[2].

Au niveau mondial, un regain d'intérêt a été accordé à la réduction de la mortalité maternelle : conférence de Nairobi sur la maternité sans risque en 1987, sommet mondial pour les enfants en 1990, conférence internationale sur la population et le développement en 1994, quatrième conférence mondiale sur les femmes en 1995. Cependant, la tendance reste stationnaire ou accuse une hausse dans certaines régions d'Afrique ; et d'après les études faites par Mbola Mbassi Symplice en 2014[3].

Parmi les causes majeures des décès maternels en Afrique figurent les principales complications des avortements à risque que sont l'infection et l'hémorragie, et les dysgravidies. Elles sont responsables de 64 à 72 % des mortalités maternelles[4].

Selon l'OMS, les avortements à risque, essentiellement représentés par les avortements provoqués clandestins, sont responsables de 14 % de décès maternels à travers le monde. Si les avortements provoqués clandestins sont responsables d'environ 15 000 à 204 000 décès maternels par an dans le monde, on ne connaît pas, cependant, très bien l'impact réel des avortements spontanés compliqués sur la morbidité et la mortalité maternelles du fait de l'insuffisance de travaux effectués dans ce domaine[5]. Un avortement spontané est l'expulsion non provoquée du produit de conception[6] avant 28 semaines d'aménorrhée.

En raison des progrès de la réanimation néonatale, l'OMS[7] définit actuellement un avortement spontané comme étant l'expulsion non provoquée du produit de conception avant que le fœtus ne soit viable, soit autour de 20 semaines complètes de grossesse[8] avec un poids fœtal inférieur à 500 grammes.

L'analyse du rapport SNIS des structures sanitaires de LIKASI, note un nombre non négligeable d'avortements spontanés. Cette situation préoccupe le monde médical et elle justifie l'arsenal thérapeutique proposé actuellement pour maintenir la grossesse. Mais on remarque actuellement l'apparition de certains facteurs favorisant les avortements spontanés à court, moyen et long terme[9].

Ils sont dus essentiellement à la pratique clandestine des avortements provoqués par les procédés instrumentaux sans asepsie et pouvant développer les synéchies, les béances du col rendant difficile le maintien du produit de conception jusqu'à terme.

Les gestantes qui ont des travaux pénibles dans leur ménage sont prédisposées à faire des avortements spontanés[10]. L'état de stress permanent causé par la pauvreté de beaucoup des ménages n'épargne pas les gestantes[11]. Certaines pathologies tropicales, dont le paludisme avec les conséquences sur la grossesse, entraînent beaucoup d'effets néfastes[12].

Ces faits nous ont conduit à entreprendre cette étude pour tracer un profil épidémiologique d'avortement spontané dans notre milieu et d'évaluer les facteurs pouvant influencer l'issue de la maladie dans le but de proposer certaines recommandations qui contribueront à l'amélioration de la santé de la femme par l'application des mesures préventives indispensables pendant la gestation[13].

2. ETUDES ET RESULTATS

A. Etudes

Nous avons rassemblé les dossiers de tous les cas admis dans un tableau suggestif d'avortement durant la période allant de janvier 2021 à décembre 2023 dans les services de gynécologie et maternité. Tous les cas liés à des manœuvres intra-utérines ou à l'administration des produits chimiques ou autres faits délibérément en vue d'interrompre la grossesse ont été exclus.

Nous avons mené une étude d'observation descriptive transversale. Nous avons utilisé l'échantillonnage non probabiliste exhaustif en prenant tous les cas enregistrés dans ces deux services, soit 89 avortements spontanés. Nous avons recueilli les données à partir d'un protocole reprenant (i) les données sociodémographiques, à savoir l'âge, la parité, le statut matrimonial et la profession ; (ii) les données cliniques, à savoir le motif de consultation, l'étiologie, la nature de l'avortement, les examens paracliniques effectués et le suivi de la CPN.

Nous avons utilisé le logiciel EPI INFO version 3.4.1 pour la saisie et l'analyse statistique et épidémiologique de nos données. Le test de khi carré (Q^2) de FISHER a été calculé.

Le seuil de signification de 0,05 a été choisi pour déterminer la signification ou non de nos variables au cours de l'analyse bivariée.

B. Résultats

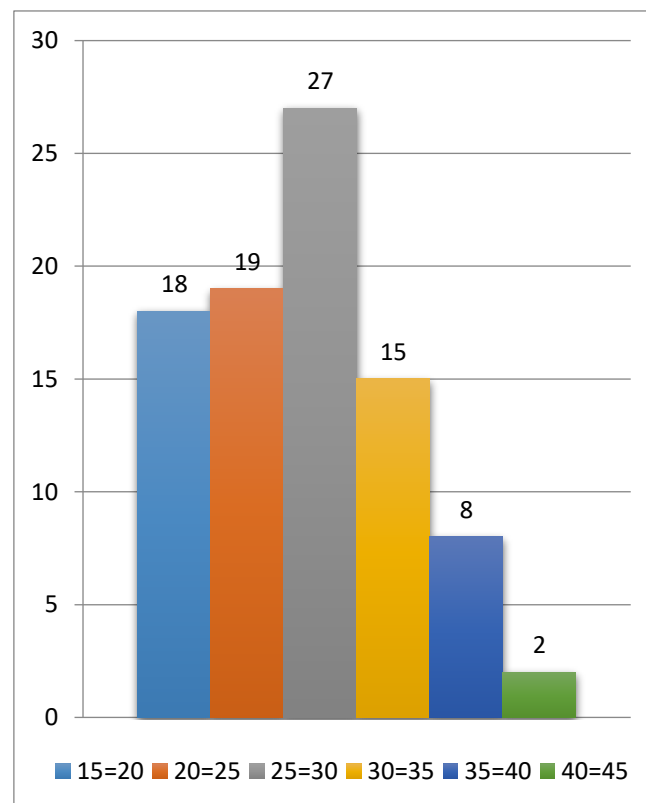


Figure 1 : Distribution des cas d'avortement spontané de la tranche d'âge

La tranche d'âge la plus représentée est de 25 à 30 ans ; celle de 40 à 45 ans en fait une exception. Les femmes de moins de 35 ans d'âge ont représenté 80,9 % des cas de notre série.

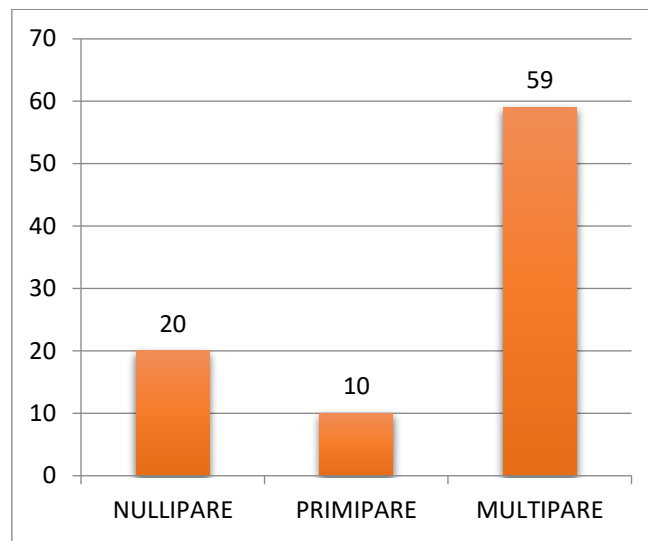


Figure 2 : Distribution des cas d’avortement spontané selon la parité

La majorité des cas admis pour avortement spontané dans notre série est constituée des multipares.

Tableau 1 : Répartition des cas d’avortement spontané selon l’état matrimonial

Etat matrimonial	Effectif	Fréquence relative %
Célibataire	5	5,6
Mariée	78	87,6
Divorcée	6	6,8
Total	89	100

Les mariées sont beaucoup plus représentées dans notre série.

Tableau 2 : Répartition des cas d’avortement spontané selon l’occupation

Type d’occupation	Effectif	Fréquence relative
Ménagère	38	42,7
Commerçante	16	17,9
Fonctionnaire de service public	7	7,9
Travailleuse entreprise	9	10,1
Enseignante	4	4,5
Vendeuse magasin	8	8,9
Elève	2	2,3
Etudiante	5	5,7
Total	89	100

Les ménagères ont été beaucoup plus représentées (42,7 %).

Tableau 3 : Répartition des cas d’avortement spontané en fonction de l’âge gestationnel

Age gestationnel (en Trimestre)	Effectif	Fréquence relative %
Premier trimestre	71	79,7
Deuxième trimestre	18	20,3
Total	89	100

Beaucoup d’avortements sont intervenus dans le premier trimestre.

Tableau 4 : Répartition des cas d'avortement spontané selon les motifs de consultation

Motif de consultation		Effectif	Fréquence relative %
Métrorragie		73	82
Douleurs	Hypogastralgie sans lombalgie	6	7
	Lombalgie sans hypogastralgie	12	13
	Lombo-hypogastralgie	29	33
Autres signes et symptômes		62	70

Dans 82 % des cas d'avortement spontané, les femmes ont consulté pour métrorragie et 52,8 % pour douleurs lombohypogastriques.

Tableau 5 : Répartition des cas d'avortement spontané en fonction du suivi de la CPN

Suivi CPN	Effectif	Fréquence relative %
Oui	17	19,1
Non	72	80,9
Total	89	100

Dans la majorité des cas d'avortement spontané de notre série (80,9 %), les femmes n'ont pas suivi la CPN.

Tableau 6 : Répartition des cas d'avortement spontané selon l'étiologie

Etiologie	Effectif	Fréquence relative %
Paludisme	25	28,1
Béance cervicale	3	3,4
Rupture des membranes	2	2,2
Traumatisme	1	1,1
Infection génito-urinaire	17	19,1
Etiologie inconnue	41	46,1

Le paludisme a été la pathologie la plus retrouvée chez les cas d'avortement spontané dans notre série.

Tableau 7 : Répartition des cas d'avortement spontané selon la nature de l'avortement

Nature d'avortement	Effectif	Fréquence relative %
---------------------	----------	----------------------

Incomplet	80	89,9
Complet	9	10,1
Total	89	100

La majorité (89,9 %) des cas d'avortement spontané étaient incomplets.

Tableau 8 : Répartition des cas d'avortement spontané en fonction des examens paracliniques effectués

Examens paracliniques	Effectif	Fréquence relative % n : 89
Hémoglobine	81	91,1
Goutte épaisse	37	41,5
ECBU	23	25,8
Frottis vaginal	07	7,8
Echographie pelvienne	43	48,3

L'hémoglobine (91,1 %) a été l'examen le plus demandé dans notre série.

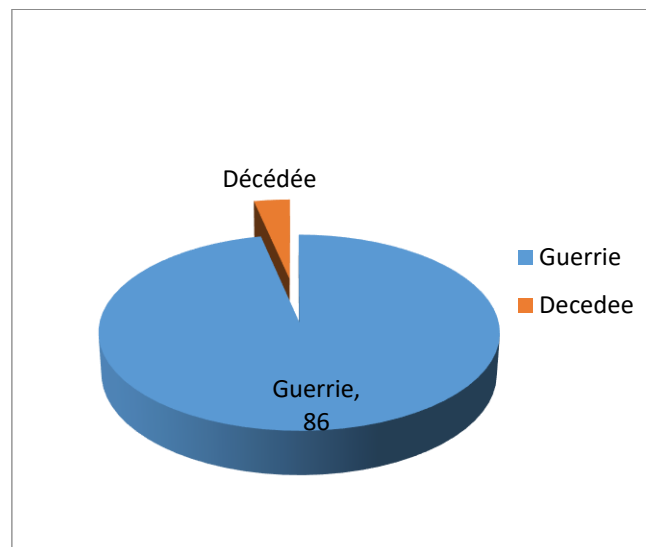


Figure 3 : Distribution des cas d'avortement spontané selon l'issue de malade

Tableau 9 : Corrélation entre issue avortement et antécédent avortement

Antécédent d'avortement	Issue de l'avortement		Total
	Décédée	Guérie	
Non	3	59	62
Oui	0	27	27
Total	3	86	89

Test exact de ficher : $Q2 = 1,33$; $p > 0,05$

Tableau 9 : Corrélation entre issue avortement et nature avortement

Nature avortement	Issue avortement		Total
	Décédée	Guérie	

Complet	1	8	9
Incomplet	2	78	80
Total	3	86	89

Test exact de ficher : $Q2 = 1,8$; $p > 0,05$

3. DISCUSSION ET COMMENTAIRE

L'âge moyen pour notre étude a été de 26 ± 6 ans ; l'âge minimum est de 15 tandis que le maximum est de 45. L'âge médian varie autour de 26 avec le percentile 1 de 22 et le percentile 3 de 30.

Ces résultats montrent bien que les gestantes de tous les âges sont exposées au risque d'avortement spontané. Toutefois, il ressort de l'analyse des résultats que les femmes de moins de 35 ans d'âge ont représenté 80,9 % des cas de notre série.

Dans l'analyse de SEPOU A., GODDOT M., NGBALE R., GAUNEFET C. E., DOMANDE-MODANGA Z., FANDEMA E. et BALIGROSS S. à Bangui en 2004, les femmes de moins de 35 ans ont prédominé la série des cas d'avortement spontané avec 89,9 % [14].

Ces résultats corroborent avec ceux rapportés par Dr. Camille Sylvestre et Dr. Lucie Morin selon lesquels les avortements précoces surviennent au 1^{er} plan chez les jeunes femmes dont l'âge est inférieur ou égal à 35 ans [15], multipares et qui ont subi un ou plus d'avortements.

Dans notre série, la tranche d'âge la plus représentée était comprise entre 25 - 30 ans avec une fréquence de 30,3 %. M. Ismael KEITA dans son étude épidémiologique des avortements spontanés au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako, Ismaël Keita a trouvé la prédominance de la tranche d'âge de 15-20 ans avec 24,9 % [11].

Dans notre série, les femmes mariées ont représenté 87,6 % contre 62% des cas dans l'étude de Roch M'Betid-Degana, Gilles-Davy Kossa-Ko-Ouakoua et les autres. Les ménagères ont prédominé la série avec 42,7 % contre 75,4 % [16].

La prédominance des femmes mariées et ménagères se justifie dans notre série par les caractéristiques sociogéographiques des femmes dans notre milieu. Il y a plus de femmes mariées qui ne s'occupent que des travaux ménagers.

Notre série est dominée par les multipares. Selon aussi l'hypothèse de Robert Merger dans son livre précis d'obstétrique selon laquelle « la parité aurait un impact sur l'incidence d'avortement spontané » ; Joanie BELLEAU a aussi trouvé une proportion élevée d'avortement spontané chez les femmes de plus de 30 ans multipares [10].

Nos résultats diffèrent de ceux rapportés par l'étude de SEPOU A., GODDOT M., NGBALE R., GAUNEFET C.E., DOMANDE-MODANGA Z., FANDEMA E. et BALIGROSS S., où le tableau a été prédominé à 79,6 % par les paucipares et les nullipares [14].

Sur le plan clinique, huit femmes sur dix ont présenté des métrorragies et 5 femmes sur dix des douleurs lombo-pelviennes. Ces signes principaux ont été associés à d'autres signes et symptômes dans 67 % des cas. La prédominance des métrorragies pourrait s'expliquer par le fait que dans la majorité (89,9 %) des cas l'avortement a été incomplet et aussi par le fait que l'avortement est souvent annoncé par la perte sanguine et ou la douleur lombohypogatrique.

Parmi les causes probables de l'avortement spontané dans notre série, le paludisme a été le plus évoqué cliniquement à partir des symptômes comme les céphalées et les courbatures. Bien que le paludisme soit évoqué dans 28,5 %, la cause majeure est restée inconnue dans près de la moitié des cas (56,5 %).

En dehors du taux d'hémoglobine qui a été dosé dans 91,1 %, les autres examens du bilan n'ont pas été

systematiquement effectués.

Le manque de culture d'investigation approfondie des causes d'avortement spontané et l'insuffisance des moyens d'investigation pourraient expliquer cette situation.

Le tableau d'avortement spontané dans notre série a été dominé par les femmes qui n'ont pas suivi la CPN (80,9 %) et qui n'ont pas d'antécédent d'avortement antérieur (69,7 %).

Ces résultats corroborent ceux rapportés par AGUILLAR dans son livre *Femme et Mère* et aussi Agnès Guillaume et Clémentine Rossier dans leurs études ; La proportion élevée des femmes qui n'ont pas suivi la CPN dans notre série s'expliquerait par le fait que la majorité (79 %) des avortements est survenue au premier trimestre de la grossesse dans un milieu où les femmes enceintes ont l'habitude de commencer tardivement la CPN[17].

La létalité a été de 3,4 %. L'antécédent d'avortement et la nature d'avortement n'ont pas influencé la létalité (issue de la maladie). Selon SEPOU A., GODDOT M., NGBALE R., GAUNEFET C.E., DOMANDE-MODANGA Z., FANDEMA E. et BALIGROSS S., les avortements spontanés posent moins de problèmes[14].

4. CONCLUSION

L'avortement spontané est une réalité dans notre milieu. Toutes les femmes en âge de procréer sont exposées. Les femmes de moins de 35 ans, mariées, ménagères et multipares ont été les plus représentées dans notre série.

La majorité des cas, l'avortement spontané est survenu au premier trimestre et sans CPN chez les femmes n'ayant pas d'antécédent d'avortement antérieur.

L'hémorragie et la douleur lombo-hypogastrique ont été les signes les plus fréquents. Le bilan exploratoire a été incomplet et la cause réelle de l'avortement est restée inconnue dans près de la moitié des cas. Toutefois, l'issue de l'avortement a été bonne dans la quasi-totalité des cas.

Des CPN de qualité (CPN recentrée) et la réalisation du bilan prénatal complet permettront, le diagnostic précoce et la prise en charge adéquate des menaces d'avortement et contribueront à la réduction de l'incidence des avortements spontanés.

Ainsi nous recommandons le renforcement de la sensibilisation des femmes pour commencer la CPN dès le constat de retard des règles ; la conscientisation et la formation des prestataires ainsi que le renforcement institutionnel des hôpitaux permettront d'approfondir les investigations pour trouver les causes réelles afin de prendre des mesures préventives.

Des études scientifiques sur le niveau de toxicité ou irradiations dans notre milieu caractérisé par l'exposition aux métaux lourds sont à envisager.

REFERENCES

1. A. M. Nyenga, O. Mukuku, A. K. Mutombo, O. N. Luboya, and S. O. Wembonyama, "Epidémiologie de la septicémie néonatale à Lubumbashi, République démocratique du Congo," vol. 1, no. 1, pp. 6–13, 2021.
2. S. De Turner, "La question," pp. 7–14, 2008.
3. L. U. Pierre and E. T. Marie, "Pierre-louis de sante publique a paris, epidemiologie et sciences de l'information biomédicale - ed393," pp. 1–88, 2014.
4. P. M. Mrabet, "Introduction à l' épidémiologie Objectifs :"
5. N. D. Urgence, "et NEONATALS D' URGENCE Mortalité et morbidité maternelles et," pp. 1–30.

6. “Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique.”
7. “Avortement sécurisé :”
8. C. Et, A. Des, E. Face, A. L. A. Consultation, B. D. E. S. D. Le, and D. S. D. E. Kita, “Liste actualisée des professeurs,” 2023.
9. V. Spontane, “Département de medecine MEMOIRE DE FIN D ’ ETUDE POUR L ’ OBTENTION DU DIPLOME DE,” 2022.
10. E. Epidemio et al., “M. Ismael KEITA,” 2019.
11. V. De et al., “Chapitre 12 – obstétrique,” 2011.
12. P. Hohlfeld, “Obstétrique.”
13. L. Lefebvre, “Les règles hygiéno-diététiques de prévention des infections alimentaires pendant la grossesse : étude exploratoire sur les connaissances des femmes enceintes To cite this version : HAL Id : dumas-04957045 ECOLE DE SAGES- FEMMES D ’ AMIENS Année 2022-2023,” 2025.
14. E. Fandema and S. Baligross, “RESUME :,” vol. 6, no. June, 2009.
15. D. C. Sylvestre, “Fausses couches à répétition / Avortements à répétition.”
16. R. M. Betid-degana et al., “Clandestine Abortions and Its Complications at the University Hospital Center of the Sino-Central African Friendship,” pp. 1604–1609, 2023, doi: 10.4236/ojog.2023.139134.
17. “État des lieux des législations , mesures , tendances et conséquences,” vol. 73, no. 2, pp. 225–322, 2018.