

LES COMPLICATIONS DES AVORTEMENTS PROVOQUES A L'HOPITAL NATIONAL IGNACE DEEN DU CHU DE CONAKRY

A.I.I. SOW, M.H. DIALLO, I. T. DIALLO, M.A. SOW, F.B. DIALLO, A. DIALLO,
I.S. BALDE, T. SY, N. KEITA

RESUME

Introduction : L'avortement provoqué est un problème majeur de santé publique dans les pays en développement où la législation interdit cette pratique.

Objectifs : Ils étaient de calculer la fréquence des avortements provoqués, d'identifier les complications et de décrire la prise en charge.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude longitudinale, prospective et de type descriptif d'une durée de 3 ans allant du 1^{er} Mai 2021 au 30 Avril 2024 réalisée dans les services de Gynécologie-Obstétrique et de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen, ayant concerné toutes les femmes admises dans les 2 services pour un avortement provoqué durant la période de collecte des données.

Résultats : La fréquence de l'avortement provoqué était de 0,2% des accouchements. Il s'agissait des patientes de la tranche d'âge 20-24 ans (38,9%) avec un âge moyen de 23,2 ans, de profession libérale (44,4%), non scolarisées (36,1%), célibataires (63,9%) et nullipares (52,8%). Les principaux motifs de consultation étaient l'hémorragie génitale (63,9%), la douleur abdominale et /ou pelvienne (61,1%) et les vertiges (47,2%). L'évacuation obstétricale était le mode d'admission à 77,7%. L'âge gestationnel moyen au moment de l'avortement était de 13,9 SA avec des extrêmes de 10 et 22 SA. Les méthodes abortives les plus fréquemment pratiquées étaient l'AMIU (44,4%), la prise de décoction (27,8%) et le curetage (13,9%). Dans 72,2% des cas l'avortement était réalisé par un agent de santé et 66,7% dans une clinique privée. L'anémie aiguë (83,3%), l'hémorragie abondante (69,4%) et la rétention de débris trophoblastiques (38,9%) étaient les complications non infectieuses les plus fréquentes et celles infectieuses dominées par l'endométrite (38,9%), le choc septique (25%) et la péritonite aiguë généralisée (13,9%). La prise en charge reposait essentiellement sur l'AMIU, la toilette péritonéale, l'hystérorraphie, et la résection iléale avec anastomose termino-terminale accompagnée de transfusion sanguine et d'antibiothérapie. Le taux de létalité s'élevait à 11,1%.

Conclusion : Malgré l'interdiction de cette pratique par la législation guinéenne, les avortements provoqués restent fréquemment pratiqués dans notre pays. Ils sont responsables de morbidité et de mortalité maternelles préoccupantes.

Mots-clés : Avortements provoqués ; Complications ; Hôpital ; Guinée.

SUMMARY

Complications of abortions caused at the Ignace Deen national Hospital of Conakry CHU.

Introduction: Induced abortion is a major public health problem in developing countries where legislation prohibits this practice.

Objectives : There were to calculate the frequency of induced abortions, identify complications and describe management.

Methodology : This was a longitudinal, prospective and descriptive study lasting 3 years from May 1st, 2021 to April 30th, 2024, carried out in the Gynecology-Obstetrics and General Surgery departments of the Ignace Deen National Hospital, involving all women admitted to the 2 departments for an induced abortion during the data collection period.

Results : The frequency of induced abortion was 0.2% of deliveries. These were patients in the 20-24 age group (38.9%) with a mean age of 23.2 years, self-employed (44.4%), not in school (36.1%), single (63.9%) and nulliparous (52.8%). The main reasons for consultation were genital hemorrhage (63.9%), abdominal and/or pelvic pain (61.1%) and dizziness (47.2%). Obstetric evacuation was the mode of admission in 77.7%. The mean gestational age at the time of abortion was 13.9 weeks with extremes of 10 and 22 weeks. The most frequently practiced abortive methods were MVA (44.4%), decoction intake (27.8%) and curettage (13.9%). In 72.2% of cases, abortion was performed by a health worker and 66.7% in a private clinic. Acute anemia (83.3%), heavy hemorrhage (69.4%) and retention of trophoblastic debris (38.9%) were the most frequent non-infectious complications and infectious ones dominated by endometritis (38.9%), septic shock (25%) and acute generalized peritonitis (13.9%). The management was mainly based on MVA, peritoneal toilet, hysterorrhaphy, and ileal resection + end-to-end anastomosis accompanied by blood transfusion and antibiotic therapy. The case fatality rate was 11.1%.

Conclusion : Despite the ban on this practice by Guinean legislation, induced abortions remain frequently practiced in our country. They are responsible for worrying maternal morbidity and mortality.

Keywords : Induced abortions; Complications; Hospital; Guinea.

Tirés à part : Mamadou Hady DIALLO, Maître de Conférences Agrégé. Gynécologue-Obstétricien, Hôpital National Donka CHU Conakry BP :234.
Tel : +224628037115 -
Email : hadydiallo2002@yahoo.fr

SOW A.I.I., DIALLO M.H., DIALLO I. T., SOW M.A., DIALLO F.B., DIALLO A., BALDE I.S., SY T., KEITA N. Les complications des avortements provoqués à l'Hôpital National Ignace Deen du CHU de Conakry, Journal de la SAGO, vol.26, n°2, p 60-66.

INTRODUCTION

L'OMS définit l'avortement provoqué clandestin comme étant une procédure destinée à interrompre une grossesse non désirée, pratiquée par une personne n'ayant pas les qualifications nécessaires ou réalisée dans un environnement qui n'est pas conforme aux normes médicales minimales ou les deux à la fois [1]. Environ 73 millions d'avortements provoqués ont lieu chaque année dans le monde. Six grossesses non désirées sur 10 (61 %) et 3 grossesses sur 10 (29 %) se sont terminées par un avortement provoqué [2]. Les estimations mondiales de 2010 à 2014 démontrent que 45 % de l'ensemble des interruptions volontaires de grossesse sont non sécurisées [3]. Chaque année, 4,7 % à 13,2 % des décès maternels peuvent être attribués à un avortement provoqué [4]. Dans les régions développées, on estime que pour 100.000 avortements provoqués, 30 femmes meurent, ce chiffre peut atteindre 220 décès pour 100 000 avortements provoqués dans les pays en développement [3]. D'après les estimations de 2012, rien que dans les pays en développement, 7 millions de femmes par an étaient hospitalisées pour des complications dues à un avortement non sécurisé [5]. Selon l'OMS, 4,2 millions d'avortements provoqués ont lieu chaque année en Afrique, entraînant près de 300 000 décès [6]. Peu sûres, ces avortements provoqués entraînent notamment des hémorragies, infections, fausses couches, perforations utérines, lésions intestinales et conduiraient à des infertilités secondaires voire des décès [7,8]. L'avortement provoqué est interdit par la loi Guinéenne sauf sur indication médicale uniquement. Sa fréquence était de 3,5% des accouchements avec un taux de létalité de 10,7% en 2016 dans un hôpital de niveau II [9]. L'absence de données récentes sur ce sujet à l'Hôpital national Ignace Deen du CHU de Conakry et la gravité de ses complications, nous ont motivé de conduire cette étude dans le but de faire l'état des lieux de ce problème de santé lourde de conséquences, dont les objectifs étaient de calculer la fréquence des avortements provoqués, d'identifier les complications et de décrire la prise en charge.

I. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Il s'agissait des services de gynécologie-obstétrique et de chirurgie générale de l'hôpital national Ignace Deen du CHU de Conakry ont servi de cadre pour la réalisation de ce travail.

2. Type et durée

Il s'agissait d'une étude longitudinale, prospective de type descriptif de 3 ans allant du 1^{er} Mai 2021 au 30 Avril 2024.

3. Population d'étude

L'étude a porté sur les patientes admises dans les deux services pour avortement et ses complications durant la période citée ci-haut.

4. Critères d'inclusion

Nous avons inclus dans ce travail, toutes les patientes admises dans les 2 services pour des complications liées à l'avortement provoqué, ayant accepté de participer à l'étude durant la période de collecte des données.

5. Critères de non inclusion

N'ont pas été incluses, les complications liées aux avortements spontanés quel que soit la cause ou à un avortement non avoué par la patiente.

6. Echantillonnage

Nous avons procédé à un recrutement exhaustif de tous les cas répondant aux critères d'inclusion définis ci-haut.

7. Variables

Les variables étudiées étaient qualitatives et quantitatives, réparties selon les aspects suivants: sociodémographique, mode d'admission, motifs de consultation, âge gestationnel au moment de l'avortement, méthodes abortives, qualification de l'avorteur, complications, prise en charge et pronostic.

8. Techniques de collecte des données

Les données ont été collectées à travers l'interview des patientes, leur examen clinique, la prise en charge obstétricale, médicale et chirurgicale, ainsi que leur suivi jusqu'à la sortie de l'hôpital.

9. Saisie et analyse des données

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Excel du pack office 2016 et analysées sur SPSS.26.0. Pour les variables qualitatives, nous avons calculé les proportions et celles quantitatives, la moyenne et les extrêmes ont été calculés.

10. Considérations éthiques :

L'autorisation des responsables des deux services, le consentement éclairé des participantes étaient obtenus, la confidentialité et l'anonymat étaient de rigueur. Les résultats obtenus seront utilisés uniquement dans le cadre scientifique.

11. Difficultés

Le caractère provoqué de l'avortement était difficilement rapporté dans certains cas pour des raisons socio-culturelles et législatives.

12. Limites

Les résultats ne peuvent s'appliquer qu'au site d'étude.

II. RÉSULTATS

1. Fréquence

Durant la période de collecte des données, nous avons enregistré 36 cas de complications d'avortements provoqués sur un total de 19.728 accouchements soit une fréquence de 0,2%, ce qui correspond à 1 avortement provoqué avec complication pour 548 accouchements.

2. Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des patientes était de 23,2 ans avec des extrêmes de 17 et 32 ans. Il s'agissait majoritairement des patientes de la tranche d'âge 20-24 ans (38,9%), de profession libérale (44,4%), de niveau d'étude secondaire (38,9%), célibataires (63,9 %) et nullipares (52,8%) (Tableau I).

Tableau I : Répartition des patientes selon les caractéristiques sociodémographiques

	Effectif (n=36)	Pourcentage (%)
Tranches d'âge		
≤ 19	8	22,2
20-24	14	38,9
25-29	10	27,8
30-34	4	11,1
Profession		
Elève/étudiante	8	22,2
Ménagère	10	27,8
Libérale	16	44,4
Salariée	2	5,6
Niveau d'étude		
Non scolarisée	13	36,1
Primaire	5	13,9
Secondaire	14	38,9
Supérieur	4	11,1
Statut matrimonial		
Célibataire	23	63,9
Mariée	13	36,1
Parité		
Nullipare	19	52,8
Primipare	7	19,4
Paucipare	8	22,2
Multipare	2	5,6

3. Motifs de consultation

S'agissant des motifs de consultation, il ressort de ce travail que l'hémorragie génitale (63,9%), la douleur abdominale/pelvienne (61,1%) et les vertiges (47,2%) étaient les plaintes les plus fréquemment citées par les patientes (Tableau II).

Tableau II : Répartition des patientes selon les motifs de consultation

Motifs de consultation	Effectif (n=36)	%
Hémorragie génitale	23	63,9
Douleur abdominale/pelvienne	22	61,1
Vertiges	17	47,2
Fièvre	13	36,1
Dyspnée	9	25
Sécrétion vaginale purulente	7	19,4
Perte de connaissance	3	8,3

4. Mode d'admission

L'évacuation obstétricale était le mode d'admission le plus fréquemment enregistré soit 77,8% contre 22,2% de patientes venues d'elles même.

5. Antécédents d'avortement

Par rapport à l'antécédent d'avortement, nous avons enregistré 16,7% de patientes qui avaient un antécédent d'avortement contre 83,3% n'ayant jamais eu un avortement.

6. Age gestationnel au moment de l'avortement

L'âge gestationnel moyen au moment de l'avortement provoqué était de 13,9 semaines d'aménorrhée avec des extrêmes de 10 et 22 SA. Dans 80,55% des cas, l'avortement était réalisé au 1er trimestre de la grossesse.

7. Méthodes abortives utilisées

Les méthodes abortives les plus utilisées étaient l'AMIU (44,4%), la prise de décoction (27,8%), le misoprostol (22,2%) et le curetage (13,9%) (Tableau III).

Tableau III : Répartition des patientes selon les méthodes abortives utilisées

Méthodes abortives	Effectif (n=36)	%
AMIU	16	44,4
Décoction	10	27,8
Curetage	5	13,9
Misoprostol	8	22,2
Tubulure	3	8,3
Avortement par laparotomie	2	5,6

8. Qualification de l'avorteur

Par rapport à la qualification de l'avorteur, dans la majorité des cas, les patientes déclaraient que l'avortement était réalisé par un agent de santé soit 72,2% contre 27,8% d'auto-avortement.

9. Lieu de l'avortement

Concernant le lieu où l'avortement a été réalisé, plus de 6 patientes sur 10 (66,7%) indiquaient que l'avortement était réalisé dans une clinique privée et 27,8% des cas (auto-avortement) au domicile de la patiente.

10. Complications

Les complications étaient dominées par : l'anémie aigue (83,3%), l'hémorragie abondante (69,4%), la rétention de débris trophoblastiques (58,3%), l'endométrite (38,9%) et le choc septique (25%) (Tableau IV).

Tableau IV : Répartition des patientes selon les complications

Complications	Effectif (n=36)	%
Anémie aigue	30	83.3
Hémorragie abondante	25	69.4
Rétention de débris trophoblastiques	21	58.3
Endométrite	14	38.9
Choc septique	9	25
Pelvipéritonite	4	11,1
Péritonite aigue généralisée	5	13.9
Perforation utérine	7	19.4
Lésion iléale	6	16.7
Lésion cervicale	3	8.3
Lésion vésicale	1	2,8

11. Prise en charge

Pour ce qui est de la prise en charge, les cas de péritonite avaient bénéficié de laparotomie, de toilette de la cavité abdominale, de drainage et de l'antibiothérapie avec des mesures générales pour la réanimation et des produits sanguins. La lésion vésicale était prise en charge par une cystorraphie avec pose d'une sonde vésicale à demeure pendant 10 jours. L'hystérorraphie était pratiquée pour 6 patientes ayant une perforation utérine contre 1 cas d'hystérectomie subtotale. La résection iléale plus anastomose termino-terminale étaient effectuées chez 2 patientes présentant une lésion iléale contre 4 cas de suture des lésions sans résection iléale. Cette prise en charge était accompagnée de l'antibiothérapie et de la transfusion sanguine. Les

cas de rétention de débris trophoblastiques avaient bénéficié de l'AMIU (Tableau V).

Tableau V : Répartition des patientes selon la prise en charge

Prise en charge	Effectif (n=36)	%
Antibiothérapie	26	72.2
Transfusion sanguine	21	58.3
AMIU	15	41.7
Hystérorraphie	6	16,2
Hystérectomie subtotale	1	2,7
Aspiration de pus + toilette péritonéale	8	22,2
Résection iléale + anastomose termino-terminale	2	5,5
Suture des lésions iléales sans résection	4	11,1
Cystorraphie+pose de sonde urinaire à demeure	1	2,7

12. Mortalité

Nous avons recensé 4 décès maternels sur les 36 cas de complications d'avortements provoqués enregistrés au cours de la période d'étude soit une létalité de 11,1%. Il s'agissait de 3 décès survenus dans un tableau de choc septique et un (1) cas dans un tableau d'anémie sévère décompensée.

III. DISCUSSION

1. Fréquence de l'avortement provoqué

Le taux d'avortement provoqué de 0,2% enregistré dans notre série ne reflète que le sommet de l'iceberg, car l'avortement provoqué étant puni par loi Guinéenne et condamné par la société, les patientes ont tendance à cacher le caractère provoqué de l'avortement. Ce chiffre est nettement inférieur à ceux rapportés par plusieurs auteurs africains [10-12] respectivement 3,16%, 2,1% et 2,3% des accouchements. Ce taux non négligeable d'avortements provoqués dans cette étude pourrait s'expliquer par la non légalisation de l'interruption volontaire de grossesse dans notre pays, la faible utilisation des méthodes contraceptives par les femmes et le poids de la culture ainsi que la religion sur notre société. Dans notre société, toute grossesse contractée hors foyer conjugal est perçue comme un crime et un déshonneur pour la famille pouvant entraîner la sous-déclaration des cas [9].

2. Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des patientes admises pour avortement provoqué dans notre série était de 23,2 ans. Ce résultat est superposable à ceux rapportés par

Ouattara A et coll. [11] en 2015 à Ouagadougou (23,6 ans) et Kiemtoré S et coll. [13] soit 22,9 ans. Les avortements provoqués sont l'apanage des adolescentes mais aussi des adultes jeunes sans emploi, contraintes à l'avortement par le contexte socio-familial, le refus de maternité et les difficultés économiques [14]. L'échantillon était dominé par des patientes âgées de moins de 25 ans. Des constats similaires étaient observés au Nigéria en 2016 par Emechebe CI et coll. [8] et à Madagascar en 2013 par Rakotondraisoa JM et coll. [15].

Les patientes de profession libérale (44,4%) étaient les plus exposées à l'avortement provoqué par rapport aux autres groupes professionnels. Des résultats contraires au nôtre sont rapportés par certains auteurs : Emechebe CI et coll. [8] et Rakotondraisoa JM et coll. [15] respectivement (45,86% et 57% d'étudiantes).

Malgré que les célibataires soient les plus nombreuses dans cette série (63,9%), la proportion des mariées n'était pas négligeable (36,1%). Ce taux élevé de célibataires pourrait s'expliquer par les unions libres qui commencent à gagner du terrain dans notre société et par la pauvreté grandissante qui touche la population [9]. Ce constat a été également observé par certains auteurs Africains [10, 16]. Par contre, ce résultat est différent de celui de Diadhiou M et coll. [17] qui notaient une prédominance des mariées (94,9% des cas). La différence observée peut être due au fait que l'étude réalisée par Diadhiou portait sur des cas d'avortements spontanés et provoqués, alors que la nôtre portait uniquement sur les complications des avortements provoqués.

S'agissant de la parité, nos constats rejoignent ceux de plusieurs auteurs rapportant une prédominance des nullipares dans les avortements provoqués clandestins avec des proportions respectives de 34,21%, 48% et 56,95% [9, 12, 18]. Ce constat pourrait s'expliquer par l'accès limité des jeunes filles aux services de planification familiale d'une part, et d'autre part l'inexpérience des adolescentes les exposerait à la grossesse lors des premiers rapports sexuels motivant la réalisation d'un avortement provoqué.

3. Motifs de consultation

Comme on pouvait s'y attendre, l'hémorragie génitale (63,9%) et la douleur abdominale et/pelvienne (61,1%) étaient les motifs de consultation les plus fréquemment rencontrés dans notre série. Des observations identiques étaient faites par Anikwe CC et coll. [19] et Samaké Y et Coll. [16] mentionnant l'hémorragie génitale comme principal motif d'admission dans leurs études avec des taux respectifs de 46,2% et 89,9%. Au Nigéria en 2020, Abah MG et coll. [20] avaient trouvé 41,2% de douleurs abdominales et 21,6% d'hémorragie génitale.

Le taux élevé d'avortement incomplet dans notre échantillon pourrait expliquer cet état de fait.

4. Mode d'admission

Le mode d'admission des patientes était dominé par l'évacuation obstétricale soit 77,8%. Il s'agissait pour la plupart, des patientes ayant transité dans des structures périphériques de la capitale et de ses environs où il y'a eu des tentatives infructueuses de prise en charge, la survenue de complications à type d'hémorragie importante, d'anémie décompensée et des signes d'abdomen aigu motivait leur évacuation dans notre site d'étude pour prise en charge. Actuellement l'hôpital national Ignace est la seule structure sanitaire disposant d'une maternité de niveau III pouvant assurer la prise en charge des urgences obstétricales les plus graves.

5. Age gestationnel

L'âge gestationnel moyen au moment de l'avortement était de 13,9 semaines d'aménorrhée et dans 80,55% des cas l'avortement provoqué était réalisé au premier trimestre de la grossesse. Des conclusions similaires sont rapportées dans la littérature mentionnant le premier trimestre de la grossesse comme moment de survenue de la quasi-totalité des avortements provoqués [21].

6. Méthodes abortives

Les manœuvres endo-utérines (AMIU, curetage et insertion de tubulure de perfusion dans la cavité utérine), la prise de décoction et l'utilisation des moyens médicamenteux (misoprostol) étaient les méthodes abortives les plus utilisées. Nos résultats vont dans le même sens que ceux de Sassor OPAT et coll. [22] qui mentionnaient dans leur étude que l'ingestion de produits médicamenteux (91,9%), l'ingestion de plantes/décoctions (68,5%) et l'insertion de corps étrangers dans la cavité vaginale (62,3%) constituaient les principaux moyens d'interruption de la grossesse les plus fréquemment enregistrés. Pour Rakotondraisoa JM et coll. [15] plus de 32% des patientes avaient recours à des manœuvres endo-utérines. Elle consistait le plus souvent en une introduction dans le col de sonde vésicale ou tubulure de perfusion voire de plante, tandis que 7,6% avaient eu recours au curetage utérin. Bénie et coll. [23] avaient trouvé dans leur étude que l'usage de plantes et décoctions (50,1%) était plus fréquent, suivi du curetage (38,5%). Toutes ces méthodes, dont l'efficacité est loin d'être garantie, comportent des risques importants pour la santé des femmes.

Dans notre série, l'utilisation des moyens médicamenteux à but abortif pourrait s'expliquer par la vente illicite des médicaments qui bat son plein dans notre pays entraînant l'automédication à cause de l'accès facile à ces produits.

7. Qualification de l'avorteur

Dans la majorité des cas, l'avortement était pratiqué par un agent de santé (Médecins et sage-femme) 72,2% contre seulement 27,8% d'auto-avortement, ce qui est identique aux constats faits au Burkina Fasso, en Centre Afrique et au Nigéria [11, 12, 20].

7. Complications

L'anémie aigue, l'hémorragie abondante, la rétention de débris trophoblastiques, la perforation utérine et les lésions iléales et vésicales étaient les complications non infectieuses les plus fréquemment rencontrées. Ces résultats rejoignent ceux de Kiemtoré S et coll. [13] au Burkina Fasso en 2016, Rakotondraisoa JM et coll. [15] à Madagascar en 2013 et Samaké Y et Coll. [16] en Côte d'Ivoire en 2024. L'hémorragie génitale représente le maître symptôme de l'avortement, mais n'indique pas forcément l'évacuation utérine. Elle peut traduire dans certains cas une menace d'avortement, d'où la nécessité de pratiquer une échographie pour apprécier l'évolutivité de la grossesse.

Les complications infectieuses étaient dominées par l'endométrite (38,9%) et le choc septique (25%). Sassor OPAT et coll. [22] rapportaient dans leur série une prédominance des complications infectieuses (81,8%). Ces proportions élevées de complications infectieuses dans notre série pourraient s'expliquer par le recours fréquent aux manœuvres endo-utérines réalisées dans des mauvaises conditions d'asepsie, de l'absence de PCI et le manque de qualification de l'agent effectuant la manœuvre.

8. Prise en charge

La prise en charge rapide de l'avortement est cruciale pour prévenir la survenue d'éventuelles complications. Il a été estimé que dans les régions où l'accès aux services d'avortement est limité, comme en Afrique subsaharienne, au moins 9% des admissions liées à l'avortement provoqué sont des cas de quasi-échec, dont une partie importante se termine par une mortalité maternelle [24].

Dans notre série, la prise en charge des patientes reposait essentiellement par l'AMIU, la transfusion sanguine et l'antibiothérapie. Pour Anikwe CC et coll. [19] les moyens thérapeutiques étaient composés de l'AMIU 82,2%, de curetage (9,8%) et de 10% de laparotomie. Des constats identiques ont été rapportés par Kayembe AT et coll. [18] avec des

proportions plus faibles que les nôtres. Plusieurs auteurs rapportent des cas d'hystérectomie totale, de toilette abdominale, de drainage abdominal et des cas de colostomie de décharge dans la prise en charge des péritonites post-abortum [7, 25].

9. Mortalité

Au cours de cette étude, nous avons recensé 4 décès maternels sur les 36 cas d'avortements provoqués, soit une létalité de 11,1%. Nous rejoignons Anikwe CC et coll. [19] qui avaient trouvé un résultat identique au nôtre en 2019 au Nigéria. Des taux de létalité nettement plus élevés ont été rapportés dans la littérature (19% et 21,05%) [18, 26]. Ces résultats prouvent à suffisance que l'avortement provoqué comporte un risque de décès maternel non négligeable dans notre contexte.

CONCLUSION

Les avortements provoqués sont toujours d'actualité en Guinée. Ils sont responsables de complications graves mettant en jeu le pronostic vital des patiente. La révision de la loi interdisant les avortements provoqué, l'offre des services complets en matière d'avortement et la sensibilisation des jeunes sur la contraception, pourraient réduire les taux élevés de morbidité et de mortalité maternelles liées aux complications des avortements provoqués.

Conflits d'intérêt : *les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt lié à ce travail.*

REFERENCES

1. **Chamie J.** Une Population division issues updatedstudy on abortion policies. New York : population, 2ème édition. 2002 :830.
2. **Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A-B, Tunçalp Ö, Beavin C et al.** Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health.* 2020 ; 8 (9) :1152-1161.
3. **Ganatra B, Gerdtz C, Rossier C, Johnson Jr B R, Tunçalp Ö, Assifi A et al.** Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet.* 2017 ; 390(10110) :2372-2381.
4. **Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J et al.** Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health.* 2014 ;2(6) :323-33.

5. **Singh S, Maddow-Zimet I.** Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012 : a review of evidence from 26 countries. *BJOG*. 2016 ;123(9):1489-98.
6. **World Health Organization. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010.** WHO, UNICEF. UNFPA and the World Bank estimates. Geneva: World Health Organization. 2012 ;19: 32-6.
7. **Ka I, Saloum P, Niang AB, Faye A, Ndoeye JM, Fall B.** Péritonite aigue généralisée par perforation utérine post abortum à propos d'une observation. *Pan Afr Med J*. 2016 ;24 :98.
8. **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(1):34-38.
9. **Diallo MH, Balde IS, Diallo BS, Diallo A, Diallo MC, Baldé O, Barry AB, Keita FS, Keita N.** Les avortements provoqués clandestins : aspects sociodémographiques, complications et prise en charge à l'hôpital régional de Mamou, Guinée. *Rev int sc méd*. 2016 ;18(4) :259-264.
10. **M'Betid-Degana R., Kossa-Ko-Ouakoua G.-D., M'Betid-Degana GGV, Ouapou S, Sana-Ozako S, Poutou-Piri DB, Balungwe SM, Hepatraud A, Serdouma E, and Doui-Doumgba A.** Clandestine Abortions and Its Complications at the University Hospital Center of the Sino-Central African Friendship. *OJOG*. 2023 ; 13 : 1604-1609.
11. **Ouattara A, Ouédraogo A, Ouédraogo CM, Lankoandé J.** L'avortement clandestin dans les pays à restriction légale sur les avortements. Aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques au CHU Yalgado-Ouédraogo de Ouagadougou. *Med Santé Trop*. 2015 ; 25(2) : 210-214.
12. **Nayama M, Gallais A, Wage H, Garbame M et coll.** Complications des avortements clandestins dans une maternité de référence du Niger. Etude rétrospective à propos de 151 cas. *Med Afr Noire*. 2009 ; 56(3) ; 172-175.
13. **Kiemtoré S, Kain A, Zamané H, Ouattara A, Ouédraogo I, Ouédraogo WSM, Thiéba B.** Pronostic des avortements provoqués clandestins avoués au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. *Annales de la SOGGO*. 2016 ; 27(11) : 80-85.
14. **Koné B.** Entretien avec le docteur Kone Bibiane gynécologue : «Nous ne pouvons pas libéraliser l'avortement». Yéyé Z, Nana H. Sidwaya. 2009; 7986 : 7-8.
15. **Rakotondraisoa JM, Andrianampy HA, Rajaonarison JJC, Randriambelomanana JA.** Les complications des avortements clandestins vus à l'Hôpital Universitaire de Gynécologie et Obstétrique de Befelatanana, Antananarivo. *Rev. Méd. Madag*. 2013 ; 3(2) : 273-277.
16. **Samaké Y, Benie Michele MM, Estelle DL, Narcisse KK, Dagbesse Elysee BD, Georgie MC, Sokhona C et Hyacinthe FBP.** Prise en charge et facteurs associés aux avortements dans cinq structures périphériques à Bouaké en 2022. *Eur Sci J ESJ*. 2024 ; 20 (3) : 184-196.
17. **D iadhio M, Baynes C, Mahdi AY, Lusiola G, Dieng T.** Profil et itinéraire des femmes en quête de soins après un avortement à Dakar. *Journal de la SAGO*. 2021 ; 22(1) : 13-23.
18. **Kayembe AT et Mulumba Kapuku S.** Complications of clandestine abortions: a cross-sectional study at the Provincial General Hospital of Kananga in the Democratic Republic of Congo. *PAMJ Clinical Medicine*. 2024 ;14(7) :1-10.
19. **Anikwe C, Ikeoha C, Obuna J, Okorochukwu B, Nnadozie U.** Five-year review of cases of miscarriage in a tertiary hospital in Abakaliki, South East, Nigeria. *Trop J Obstet Gynaecol*. 2019;36 (3 :367-372.
20. **Abah MG, Bassey EE, Edu EB, Ovie OD.** Unsafe abortion among secondary school girls in a local authority in South-South Nigeria. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2020 ; 9(9) :3547-3556.
21. **Mayi-Tsonga S, Diallo T, Litochenko O, Methogo M, Ndombi I.** Prévalence des avortements illégaux clandestins à Libreville, Gabon. *Bull Soc Pathol Exot*. 2009 ; 102(4) : 230-232.
22. **Sassor OPAT, Denise OK, Yao EK, Ekissi OT, Stéphane PS, Franck KE, et coll.** Pratiques d'avortement chez des lycéennes à Yamoussoukro, Côte d'Ivoire. *Revue-santé-publique*. 2017 ; 5 (9):711-717.
23. **Benie BVJ, Tiembre I, Attoh H, Kouadio ED, Kouakou L, Coulibaly L, Kouakou AH, Saracino TJ.** Epidémiologie des avortements provoqués en Côte d'Ivoire. *Santé Publique*. 2012 ;24 :67-76.
24. **Calvert C, Owolabi OO, Yeung F, Pittrof R, Ganatra B, Tunçalp Ö, and al.** The magnitude and severity of abortion-related morbidity in settings with limited access to abortion services: A systematic review and meta-regression. *BMJ Global Health*. 2018;3 : e000692.
25. **Mukendi MR, Mbayo LX, Ngama KG, Ngwe TMJ.** Etude des complications des avortements non-sécurisés à Lubumbashi à l'aune du nouveau cadre juridique sur les avortements en RDC. *Revue de Médecine et de Santé Publique*. 2024 ; 7(1) : 136 - 149.
26. **Belley Priso E, Nana Njamen T, Mboudou E, Doh AS.** L'avortement Provoqué : à propos de 3 cas compliqués. *Health Sci. Dis*. 2010 ; 11 (2):1-3.