

PERITONITE AIGUE GENERALISEE PAR PERFORATION UTERINE POST-ABORTUM : A PROPOS D'UN CAS AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO.

Acute Generalised Peritonitis Due To Post-Abortal Uterine Perforation: A Case Report From Yalgado Ouedraogo University Hospital.

Hien Dieudonné¹, Some Zièm², Ngoufack Kengne Dorian Valdo³, Toe Rolande³, Ouedraogo Emmanuel⁴, Ouedraogo Ali¹.

¹Service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier universitaire de Tengandogo, 11 BP 104 CMS Ouagadougou 01, Burkina Faso ; ²Service de Radiologie du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo, ouagadougou, 03 BP 7022, Burkina Faso ; ³Service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo, ouagadougou, 03 BP 7022, Burkina Faso ; ⁴Service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier universitaire Bogodogo, 14 BP 371 Ouagadougou 14, Burkina.

Auteur correspondant et adresse : HIEN Dieudonné ; Email : irdjiledieudo@gmail.com. Contact : (00226)75785663.

RESUME

Nous rapportons un cas de péritonite aiguë généralisée post abortum par perforation utérine. Il s'agissait d'une patiente de 32 ans, reçue pour douleurs abdomino-pelviennes évoluant dans un contexte fébrile et d'aménorrhée de 8 semaines. L'examen à l'admission retrouvait un tableau de péritonite aiguë généralisée. L'échographie abdomino-pelvienne et la radiographie de l'abdomen sans préparation réalisées avaient mis en évidence un corps étranger intra-abdominal (**un crayon entier**). L'exploration chirurgicale notait une péritonite aiguë généralisée secondaire à une perforation utérine avec collection purulente d'environ 200 ml et un crayon entier dans la cavité péritonéale. La prise en charge médico-chirurgicale a permis une évolution favorable. **Mots clés :** Avortement non sécurisé, perforation utérine, péritonite.

ABSTRACT

We report a case of generalized acute peritonitis following an unsafe abortion complicated by uterine perforation. The patient was a 32-year-old woman admitted for abdominopelvic pain evolving in a febrile context, with an 8-week history of amenorrhea. On admission, clinical examination revealed a picture of generalized acute peritonitis. Abdominopelvic ultrasound and plain abdominal X-ray revealed an intra-abdominal foreign body (a full pencil). Surgical exploration confirmed generalized acute peritonitis secondary to uterine perforation, with approximately 200 ml of purulent fluid and a complete pencil found in the peritoneal cavity. Combined medical and surgical management led to a favorable outcome.

Keywords: Unsafe abortion, uterine perforation, peritonitis.

INTRODUCTION

L'avortement non sécurisé demeure un problème majeur de santé publique dans les pays en développement, en particulier en Afrique subsaharienne. Il est responsable d'une mortalité maternelle importante, représentant jusqu'à 13 % des décès maternels dans certaines régions [1]. En Afrique de l'Ouest, le taux d'avortement est estimé à 33 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, dont la majorité sont pratiqués dans des conditions non médicalisées et dangereuses [1]. Au Burkina Faso, les conditions d'accès à l'avortement médicalisé ont été révisées en 2018, notamment à travers les articles 513-13 et 513-14 du Code pénal, qui définissent les situations dans lesquelles l'interruption volontaire de grossesse est autorisée [2]. Malgré cette évolution législative, l'avortement non sécurisé reste une réalité préoccupante, en particulier chez les adolescentes et jeunes femmes, souvent confrontées à des barrières sociales, économiques et sanitaires [3]. Les pratiques abortives clandestines font appel à une variété de moyens, allant de la prise de substances

traditionnelles à l'usage d'objets introduits dans la cavité utérine. Ces méthodes peuvent entraîner des complications graves, telles que la péritonite par perforation utérine, fréquente après des manœuvres endo-utérines. Il s'agit d'une urgence chirurgicale, dont la prise en charge nécessite souvent une approche pluridisciplinaire [4]. Nous rapportons ici un cas clinique de péritonite aiguë généralisée consécutive à une perforation utérine, avec la découverte d'un corps étranger insolite intra-abdominal. Ce cas se distingue par le caractère inhabituel du geste abortif, impliquant l'introduction d'un crayon entier dans la cavité utérine, **illustrant les pratiques extrêmes et dangereuses encore observées dans le cadre de l'avortement non sécurisé.**

OBSERVATION CLINIQUE

Il s'agissait d'une patiente de 32 ans, travailleuse de sexe, célibataire résidant à Ouagadougou, **3^e geste, 3^e pare**, mère de trois enfants vivants, sans antécédents pathologiques particuliers, **admise** le 27 novembre 2022 à 11 heures au service des urgences gynécologiques du Centre Hospitalier

Universitaire (CHU) Yalgado Ouédraogo pour des douleurs abdomino-pelviennes, brutale, intenses, généralisées, associées à une fièvre avec apparition secondaire de vomissements sur une aménorrhée de 8 semaines. Après aveu de la patiente, ces douleurs seraient survenues après l'introduction d'un crayon de papier à but abortif dans la cavité utérine et qui y serait accidentellement resté. Elle se serait sentie inquiète **mais n'aurait pas consulté immédiatement**. Quatre jours plus tard, les douleurs abdomino-pelviennes se seraient intensifiées, accompagnées de fièvre. Face à ce tableau la patiente décida de consulter au CHU Yalgado Ouédraogo pour une prise en charge. Elle utiliserait irrégulièrement des préservatifs comme méthode contraceptive. À l'admission, elle était agitée. L'examen clinique avait retrouvé un **état général altéré**, une conscience claire, une pression artérielle à 124/82 mm Hg, une fréquence cardiaque à 103 battements/min, une fréquence respiratoire à 27 cycles/min ; la SpO₂ à 99 % à l'air ambiant. On notait une fièvre à 38,6 °C. L'examen abdominal notait un syndrome d'irritation péritonéal avec un abdomen distendu, une contracture avec **douleur vive à la palpation ombilicale**. À l'examen gynécologique ; au spéculum, il n'y avait pas d'écoulement d'origine endo-utérine, le col et les parois vaginales étaient d'allure saine. Les touchers pelviens notaient un utérus de taille gynécologique, un bombement douloureux des culs-de-sac de Douglas et latéraux et des leucorrhées fétides. Une échographie pelvienne réalisée en urgence par voie sus et endovaginale a permis de mettre en évidence un utérus vide avec une image hyperéchogène ponctiforme du fond utérin (Image 1). Il s'y associait un épanchement liquidien échogène finement cloisonné de faible abondance dans les gouttières pariéto-coliques et le cul-de-sac de Douglas avec infiltration de la graisse mésentérique. Une radiographie de l'abdomen sans préparation (ASP) complémentaire réalisée a mis en évidence un corps étranger dans la cavité abdominale, latéralisé à droite et discrètement radio-opaque linéaire d'environ 17 cm de long (Image 2). On ne notait pas de pneumopéritoine ni de niveau hydro-aérique, **probablement colmaté ou diffusé lentement**. Le diagnostic d'une péritonite aiguë généralisée par perforation utérine fut posé. La prise en charge médicale initiale a consisté à la prise de deux voies veineuses de gros calibre avec administration d'antalgique, de solutés et d'une triple antibiothérapie probabiliste à base de ceftriaxone, de métronidazole et de la gentamycine. Une sonde naso-gastrique et une sonde urinaire ont été également mises en place. Quant à la prise en charge chirurgicale, elle a consisté à une laparotomie en urgence par abord médian sus et sous ombilical. En

peropératoire, l'exploration notait un liquide péritonéal purulent évalué à 200 ml de volume et un crayon entier de 17 cm libre dans la cavité péritonéale (Image 3). Les anses autour du corps étranger présentaient quelques fausses membranes **(sans signes d'abcès ou d'adhérences évoluées)**. Le fond utérin présentait un pertuis quasi cicatrisé, **suggérant une perforation ancienne ou en voie de cicatrisation spontanée**. La trompe droite était boudinée et d'aspect inflammatoire. On ne notait pas de lésion vésicale. Il a été décidé et réalisé une extraction du corps étranger, un lavage de la cavité abdominale avec du sérum salé isotonique et une fermeture pariétale après mise en place d'un drain au niveau du cul-de-sac de Douglas. Le pus a été envoyé pour examen cytologique et bactériologique avec antibiogramme. Les suites opératoires en hospitalisation étaient simples. Un pansement réalisé le 6^e jour postopératoire notait une plaie propre. La sortie de la patiente a été effectuée le 05 décembre 2022, soit le 8^e jour postopératoire. Le statut vaccinal antitétanique de la patiente n'étant pas connu, elle avait bénéficié d'une séroprophylaxie et d'une vaccination antitétanique.

COMMENTAIRES

L'avortement non sécurisé demeure une problématique majeure de santé publique dans les pays à ressources limitées, notamment en Afrique subsaharienne. Une étude multicentrique menée par l'Organisation mondiale de la santé dans 11 pays africains a révélé que près de 60 % des femmes hospitalisées pour des complications liées à l'avortement présentaient des signes de gravité, tels que des infections sévères, des hémorragies ou des perforations utérines [5]. Ces données confirment que, **malgré les progrès en matière de santé reproductive**, de nombreux avortements restent non médicalisés, exposant les femmes à une morbidité et une mortalité évitables [1].

Au Burkina Faso, cette tendance se confirme. Bien que le pays ait adopté une politique nationale de santé reproductive et que la planification familiale soit gratuite, les grossesses non désirées persistent, en partie à cause d'un accès limité aux méthodes contraceptives modernes et à une éducation sexuelle insuffisante [2, 3]. Une évaluation ciblée des politiques actuelles est nécessaire pour améliorer leur efficacité.

Le cas présenté illustre un mécanisme abortif particulièrement dangereux : l'introduction volontaire d'un crayon à papier dans la cavité utérine. Ce type de geste, bien que peu fréquent dans la littérature, s'inscrit dans une réalité documentée par l'étude MCS-A, où des objets perforants ont été retrouvés dans plusieurs cas de complications sévères, notamment dans les

contextes de précarité et de clandestinité [5]. Si les médicaments et les décoctions sont les moyens les plus courants en automédication, plusieurs études ont rapporté l'usage d'objets traumatisants tels que des tiges métalliques, des morceaux de bois ou des aiguilles [4, 6]. Ces pratiques, souvent réalisées dans des conditions septiques, entraînent des lésions graves des voies génitales et des infections sévères. **Ce cas met en lumière l'extrême vulnérabilité des femmes confrontées à des grossesses non désirées dans des contextes de marginalisation sociale.**

La symptomatologie de la péritonite aiguë généralisée est dominée par un syndrome d'irritation péritonéale fébrile. L'échographie pelvienne, accessible et non invasive, permet de détecter les collections intra-abdominales et d'évaluer les lésions gynécologiques. L'abdomen sans préparation (ASP), bien que peu sensible, peut révéler la présence de corps étrangers ou de signes indirects de perforation. Le scanner abdomino-pelvien reste l'examen de référence pour le bilan lésionnel, mais son accessibilité est limitée dans les structures de soins primaires [3]. **Le recours à l'imagerie doit être systématisé dans les tableaux de péritonite chez la femme en âge de procréer, surtout dans un contexte de suspicion d'avortement clandestin.**

Le traitement de la péritonite est chirurgical. Il permet l'extraction du corps étranger, le lavage de la cavité abdominale et la réparation des lésions. Dans ce cas, la perforation siégeait au fond utérin, sans atteinte intestinale. L'évolution postopératoire a été favorable, avec une séroprophylaxie et une vaccination antitétanique administrées en raison d'un statut vaccinal inconnu. **Une antibiothérapie adaptée aux germes anaérobies et entériques est essentielle dans ce contexte.**

Sur le plan obstétrical, une perforation utérine peut compromettre la fertilité future. Elle expose à un risque accru de rupture utérine lors de grossesses ultérieures, à des troubles de l'implantation ou à des complications annexielles. Une surveillance gynécologique à distance, incluant une évaluation hystéroscopique ou échographique de la cavité utérine, serait indiquée. **Un suivi gynécologique structuré devrait être proposé systématiquement après une perforation utérine.**

Enfin, ce cas souligne la nécessité d'une prise en charge psychologique. Le geste abortif, réalisé dans un contexte de solitude, de précarité et de stigmatisation, témoigne d'une détresse psychologique significative. Un accompagnement psychologique, une orientation vers des services de santé sexuelle et reproductive, et un soutien social sont essentiels pour prévenir les récurrences et restaurer la confiance de la patiente envers le

système de santé [7]. **L'intégration de la santé mentale dans les parcours de soins post-avortement devrait être une priorité des politiques de santé publique.**

Ce rapport appelle à une réflexion sur les politiques de santé reproductive, en insistant sur l'importance de l'éducation sexuelle, de l'accès aux contraceptifs modernes, et de la légalisation encadrée de l'avortement sécurisé, conformément aux recommandations internationales [2, 4]. Il rappelle que derrière chaque urgence gynécologique se cache souvent une réalité sociale complexe, et que la prise en charge médicale doit s'inscrire dans une approche globale, intégrant les dimensions physique, mentale et sociale de la santé des femmes.

CONCLUSION

Les avortements non sécurisés continuent de provoquer des complications graves et évitables dans les pays à ressources limitées. Nous avons rapporté un cas exceptionnel de perforation utérine compliquée d'une péritonite aiguë généralisée, consécutive à l'introduction d'un crayon entier dans la cavité utérine. Cette observation met en lumière la persistance de méthodes abortives traumatisantes et clandestines, révélatrices d'un accès insuffisant à une santé reproductive sécurisée. Elle souligne l'urgence de renforcer les stratégies de prévention, notamment par l'amélioration de l'accès aux services de contraception, l'éducation sexuelle, et la prise en charge globale des femmes en situation de vulnérabilité.

Considérations éthiques : L'anonymat de la patiente et la confidentialité ont été scrupuleusement respectés.

Déclaration de liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

REFERENCES

1. Bankole A, Remez L, Owolabi O, Philbin J, Williams P. From unsafe to safe abortion in Sub-Saharan Africa: Slow but steady progress. New York : Guttmacher Institute ; 2020.
2. Burkina Faso. Loi n°025-2018/AN portant révision du Code pénal. Journal Officiel du Burkina Faso ; 2018.
3. UNFPA Burkina Faso. Santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes au Burkina Faso. Rapport de projet ; 2022.
4. Ka I, Diop PS, Niang AB, et al. Péritonite aiguë généralisée par perforation utérine post abortum : à propos d'une observation. Pan Afr Med J. 2016; 24:98.
5. Qureshi Z, Mehrtash H, Kouanda S, et al. Understanding abortion-related complications in health facilities: results from WHO multicountry survey on abortion (MCS-A) across 11 sub-Saharan African countries. BMJ Glob Health. 2021 ;6(1) : e003702.
6. Epicentre MSF. L'ampleur et la sévérité des complications d'avortement à Bangui, RCA. Note de résultats AMoCo; 2022.
7. DW Afrique. L'avortement, un sujet délicat aussi en Afrique. Deutsche Welle ; 2022.



Image 1 : Radiographie de l'ASP de face (a et b) et de profil (c) montrant en évidence un corps étranger dans la cavité abdominale ; **Image 1**: Radiograph of the abdomen without preparation from the front (a,b) and in profile (c), showing a foreign body in the abdominal cavity

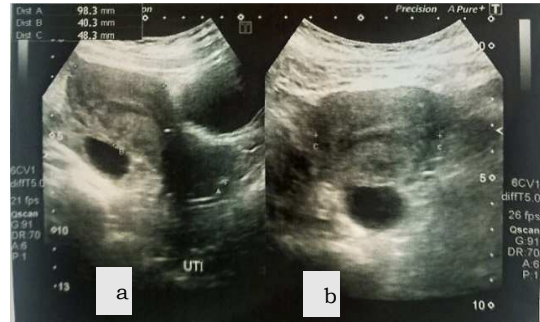


Image 2 : coupes sagittale, transversale de l'utérus (a et b), coupe transversale dans l'aire du fond utérin (c) mettant en évidence un utérus vide. **Image 2**: sagittal and transverse sections of the uterus (a and b), bottom uterus transverse section (c), showing an empty uterine.



Image 3 : Extraction du crayon de papier entier (flèche) en per opératoire. **Image 3**: Extraction of the whole pencil (arrow) intraoperatively