



Pelvipéritonites post-abortives: aspect thérapeutique et devenir des patients

Abortion-related pelvic peritonitis: therapeutic feature and patients' ending

M.O.J HARIOLY NIRINA ^{(1)*}, T.Y RASOLONJATOVO ⁽¹⁾, S.T RAKOTOARIVONY ⁽²⁾, J.J ANDRIANJATOVO ⁽³⁾, B. RAKOTOAMBININA ⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Service de Réanimation, CHUA Maternité Befelatanana, Antananarivo, MADAGASCAR

⁽²⁾ Service de Réanimation Chirurgicale, CHUA-JRA Ampefiloha, Antananarivo, MADAGASCAR

⁽³⁾ Service des Urgences Chirurgicales, CHUA-JRA Ampefiloha, Antananarivo, MADAGASCAR

⁽⁴⁾ Réanimation SAMU de Paris, CHU Necker - Enfants Malades, Paris, FRANCE

RÉSUMÉ

Objectif : Les auteurs rapportent les aspects thérapeutiques, notamment l'antibiothérapie, et les aspects évolutifs des pelvipéritonites post-abortives rencontrées dans le service de réanimation du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo (Madagascar), Groupe Hospitalier Mère-Enfant / Gynécologie-Obstétrique Befelatanana (Maternité Befelatanana).

Méthode : Par une étude rétrospective descriptive des dossiers des patientes hospitalisées dans ce service en 2007, pour pelvipéritonite après interruption volontaire de la grossesse (IVG) récente, les paramètres analysés portent sur la réanimation, l'anesthésie et la chirurgie.

Résultats : Deux cent deux cas de complications d'IVG ont été recensés en 2007, dont 33 cas de pelvipéritonites (16,3%). Le séjour moyen en réanimation était de $76,3 \pm 37,2$ heures. Plus de 90% des patientes ont reçu une association d'Imidazolé, de bêta-lactamine et d'aminoside. Des amines vasopressives ont été prescrites chez 7 patientes : éphédrine (2 cas), adrénaline (5 cas) dont 3 ont été pourtant décédés. Vingt sept patientes ont été opérées sous anesthésie générale (AG) sans induction à séquence rapide, et 6 traitées seulement médicalement. Trois cas ont été décédés par choc septique (3 cas) et/ou hémorragie (1 cas), malgré leur prise en charge.

Conclusion : Une fois le diagnostic suspecté, la réanimation et la chirurgie doivent être commencées rapidement. La réanimation doit inclure une antibiothérapie associée. Préférer la noradrénaline dans la gestion des chocs septiques. La mortalité vaut encore 9% en 2007.

Mots clés : Pelvipéritonite ; Réanimation ; Antibiothérapie ; Amine vasopressive.

SUMMARY

Objective: Authors relate therapeutically profile, essentially the antibiotherapy, and the patients' becoming, in case of the abortion-related pelvic peritonitis at the resuscitation's service of the gynaecological and obstetrical university hospital in Befelatanana Antananarivo Madagascar.

Method: By a retrospective and descriptive study of the datas from files of patients who were hospitalized in 2007 for pelvic peritonitis after near voluntary abortion, the resuscitation, the anaesthesia and the surgery were analysed.

Results: Two hundred cases of abortion's complications were colliged in 2007. Among them, 33 were pelvic peritonitis (16.3%). The mean of staying in resuscitation's service was 76.3 ± 37.2 hours. Over than 90 percent of patients received association of Imidazole, beta-lactamine and aminoside. Vasopressive amines were used at 7 patients, such as ephedrine (2 cases) and epinephrine (5 cases), even which 3 patients deceased. Twenty seven patients were able to profit surgery, and 6 only medical treatments. Three cases deceased: 3 by septic shock and 1 with haemorrhagic shock.

Conclusion: One time diagnosis is suspected, the resuscitation and the surgical intervention must be rapidly instored. The resuscitation has to include an associated antibiotherapy. Noradrenaline should be chosen for the septic shock's management. The mortality was 9% in 2007.

Keywords: Pelvic peritonitis; Resuscitation; Antibiotherapy; Vasopressive amine

INTRODUCTION

Les pelvipéritonites post-abortum constituent une pathologie fréquente et grave, constituant ainsi une urgence thérapeutique médicochirurgicale où l'antibiothérapie et l'asepsie péritonéale conditionnent le pronostic [1]. La morbidité et la mortalité de cette affection restent encore élevées dans les pays en voie de développement. La mortalité est de 15% à Madagascar et 21,8% dans la maternité du CHU de sa capitale [1]. Les difficultés liées au bas niveau socio-économique et la précarité des soins d'urgence ne permettent pas la prise en charge des patientes dans un court délai. Une étude récente rapporte que le délai entre l'acte abortif et la prise en charge hospitalière varie de 4 à 40 jours, compromettant ainsi l'avenir obstétrical et le pronostic vital des patientes [1].

Cette étude a pour objectif de rapporter les aspects thérapeutiques, notamment l'antibiothérapie, et les aspects évolutifs des pelvipéritonites post-abortives rencontrées dans le service de réanimation de la Maternité Befelatanana du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo (Madagascar).

Du Service de Réanimation du CHU Antananarivo, Groupe Mère-Enfants/Gynécologie et Obstétrique, Maternité de Befelatanana, & de l'Université d'Ambohitsaina Antananarivo, Madagascar.

*Auteur correspondant:

Dr. HARIOLY NIRINA Marie Osé Judaicãl

Adresse: Service de Réanimation
CHUA Maternité de Befelatanana
101 Antananarivo Madagascar

Téléphone : +261 33 11 276 47

E-mail: reajud06@yahoo.fr

MATERIEL ET METHODE

Une étude rétrospective descriptive couvrant l'année 2007 a été entreprise dans le Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, dans le Groupe Hospitalier Mère-Enfant / Service de Gynécologie-Obstétrique (CHU.A. GHME / GOB), dans le service de Réanimation des adultes. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des patientes hospitalisées dans ce service durant cette période. Tous les cas de pelvipéritonite après interruption volontaire de la grossesse (IVG) récente ont été inclus. Les critères diagnostiques de pelvipéritonite étaient un syndrome infectieux associé à un syndrome sub-occlusif (nausées, vomissement et/ou fausse diarrhée ou constipation) ou tableau clinique d'abdomen aigu (défense, contracture, cri de l'ombilic et/ou cri du Douglas). Les paramètres analysés portent sur la réanimation, l'anesthésie et la chirurgie. Les données obtenues ont été analysées sur logiciel Epi info 6.

RESULTATS

Deux cent deux cas de complications d'IVG ont été recensés en 2007, dont 33 cas de pelvipéritonites, soit une fréquence de 16,3%. La durée moyenne de séjour en réanimation était de $76,3 \pm 37,2$ h avec une durée maximale de 168 heures soit 7 jours et une durée minimale de 24 h. Plus de 90% des patientes ont reçu une association d'Imidazolé, de bêta-lactamine et d'aminoside (Tableau I)

Tableau I : Tableau récapitulatif des fréquences d'utilisation des antibiotiques

Antibiothérapie	N	%
Imidazolé + β lactamine, + Aminosite	30	90,9%
Imidazolé + Fluoroquinolone + Aminosite	2	6,1%
Imidazolé + β lactamine + Fluoroquinolone	1	3%
Total	33	100%

Sept patientes, soit 21% ont présenté un état de choc septique avec hypotension artérielle persistante ou réfractaire à un remplissage vasculaire bien conduit. Des amines vasopressives ont été prescrites chez elles. L'éphédrine a été utilisée chez 2 malades (6%). L'adrénaline a été prescrite chez 5 malades (15%) parmi lesquelles 3 (9%) ont été décédées dans les premières 24 heures et 2 (6%) sont sortis indemnes après un séjour respectif de 96 heures (4 jours) et de 144 heures (6 jours).

Vingt sept patientes, soit 82%, ont bénéficié d'une intervention chirurgicale. Parmi eux, 23 patientes (70%) ont bénéficiées d'une laparotomie et 4 (12%) ont bénéficié d'un curetage endoutérin sous anesthésie générale (Figure 1). Les laparotomies d'aseptisation péritonéale ont duré en moyenne 74 ± 27 minutes. Six patientes (18%) ont été traitées seulement médicale-

ment (Figure 1).

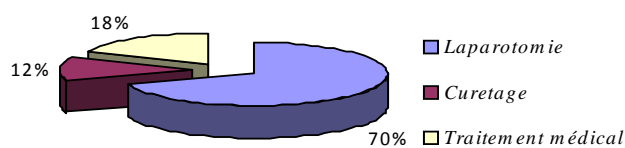


Figure 1 : Répartition des malades selon le type de traitement reçu

L'anesthésie générale (AG) était toujours la technique utilisée pour les cas chirurgicaux (27 cas ; 82%). Dix cas (30%) ont reçu de la kétamine et 17 cas (52%) du Thiopental. Aucune patiente n'a bénéficié d'une induction à séquence rapide.

La mortalité était de 9% (3 cas de décès). Elle était due au choc septique chez 1 cas (3%) et à l'association de choc septique et d'hémorragie chez 2 cas (6%). Parmi eux, 2 cas (6%) ont subi un sondage endoutérin, et 1 cas (3%) un curetage endoutérin. Tous les 3 ont reçu une association d'imidazolé, de bêta-lactamine et d'aminoside.

DISCUSSIONS

L'incidence de pelvipéritonite post-abortive chez les femmes de 21 et 30 ans, est 34% à Mahajanga Madagascar [2] et de 49% à Antananarivo [1]. La mortalité par cette pathologie est de 15% dans tout Madagascar, [1]. Toutes nos patientes ont bénéficié d'une triple antibiothérapie probabiliste (Tableau I). Aucun antibiogramme n'a été réalisé. La monothérapie par une bêta-lactamine, même en association avec de l'acide clavulanique, est à proscrire à cause des résistances par sécrétion de bêta-lactamases. Trente à quarante pourcent des souches d'*E Coli*, le germe le plus fréquemment retrouvé dans les pathologies infectieuses, ont développé des résistances à l'amoxicilline-clavulanate [3]. Une étude a retrouvé même une possibilité de monosensibilité de ce germe [4]. La conférence de consensus française en 1999 [5] recommande en première ligne l'utilisation soit d'une association d'amoxicilline-acide clavulanique et de gentamicine, soit d'une association de ticarcilline-acide clavulanique et de gentamicine, soit de la cefoxitine, du cefotaxime ou du ceftriaxone associé avec un imidazolé. En cas d'allergie aux bêta-lactamines, l'association d'imidazolé et d'aminoside est recommandée. Dans les tableaux sévères, c'est à dire en cas de défaillance d'organe, de la pipéracilline associé au tazobactam voire de l'imipénème sont envisagés [5,6]. L'adaptation de l'antibiothérapie est essentielle pour diminuer les complications secondaires des péritonites [5].

Nous avons tendance à administrer des aminosides en association avec les bêta-lactamines (Tableau I). Or, dans une étude comparative entre une association sans aminoside (pipéracilline + tazobactam) versus avec aminoside (+ amikacine), il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes. Ces 2 groupes

incluent des patients atteints de formes sévères de péritonite avec complications pulmonaires [7].

Toutes nos patientes ont bénéficiées de l'introduction d'une Imidazolé (Tableau I). Dans les littératures, leurs indications sont réservées pour les malades allergiques au bêta-lactamine [5].

Concernant l'utilisation des amines vasopressives, devant tous syndrome inflammatoire de réponse systémique avec hypotension artérielle réfractaire, nous avons administré soit de l'éphédrine soit de l'adrénaline. La société française d'anesthésiologie et de réanimation (SFAR) dans sa conférence d'actualisation en 2003 recommande l'utilisation de la noradrénaline [8]. Elle permet d'atteindre rapidement l'objectif tensionnel, de diminuer les volumes perfusés, de lutter contre une éventuelle vasoplégie d'origine inflammatoire et de limiter les accès d'hypotension notamment lors de l'induction anesthésique [8].

Malgré les mesures de réanimation nous avons enregistré 3 cas de décès. Le taux de mortalité élevé de 9% peut s'expliquer par l'arrivée tardive des patientes dans le service et/ou par le niveau socioéconomique faible qui ne permet pas l'achat en urgence des médicaments, à l'origine d'un retard de prise en charge. L'étude de Fenomanana et al dans le même centre rapporte que 39% des patientes ayant eu une pelvipéritonite étaient des ménagères, et que le délai de prise en charge hospitalier varie de 4 à 40 jours [1]. Dans beaucoup de pays en voies de développement, les avortements clandestins et leurs complications sont les causes majeures de la mortalité maternelle [9,10] Parmi les trois causes de mortalité maternelle les plus fréquentes, l'infection arrive en tête. La mortalité maternelle par sepsis et péritonite après un avortement illégal varie selon les séries de 8,3 % à 69,6% [11,12].

Toutes les patientes opérées sont tous de classe ASA I et II et ont bénéficiées d'une anesthésie générale. Malheureusement, elles n'ont pas bénéficié d'une induction à séquence rapide recommandée dans ces circonstances [13], car la succinylcholine, le curare de choix pour ce type d'induction, n'est pas toujours disponibles à Madagascar.

Les chirurgiens sont intervenus dans 82% des cas. Ce taux se rapproche de celui retrouvé par l'étude de Chen et al [14], mais est largement inférieur à celui retrouvé par Lassey et al [15] : respectivement 82,5 % et 94 %. Pour de nombreux auteurs, un acte chirurgical "pour rien" vaut toujours mieux qu'un sepsis dépassé, opéré trop tardivement [16,17]. De plus, l'attitude sera d'autant interventionniste que l'état clinique du patient sera plus grave [16]. Pour Koperna et al, seule une décision d'intervention rapide au cours des premières heures suivant le diagnostic peut diminuer la mortalité [17].

CONCLUSION

La pelvipéritonite constitue à la fois une urgence médicale de réanimation et une urgence chirurgicale. L'antibiothérapie est un élément incontournable et

capital dans cette prise en charge. Le choix des molécules est plus ou moins restreint mais il faut éviter la monothérapie et favoriser les associations. Il faut privilégier l'utilisation des amines vasopressives devant un tableau d'hypotension réfractaire malgré un remplissage bien conduit, en préférant la noradrénaline par rapport à l'adrénaline ou l'éphédrine. La mortalité n'étant pas négligeable, le délai de prise en charge doit être rapide.

REFERENCES

1. Fenomanana M.S, Rakotoarivony S.T, Riel A.M, Rekoronirina E, Andrianjatovo J.J, Andrianampalinarivo H. Profil épidémiologique et thérapeutique des pelvipéritonites postabortives à la maternité du C.H.U. d'Antananarivo Madagascar. Rev Anest Réa Méd Urg. 2009; 1(2): 17-20.
2. Ravolamanana RL, Rabenjamina FR, Razafintsalama DL, Rakotonandrianina E, Randrianjafisamindrakotroka NS. Les péritonites et pelvi-péritonites post-abortum au CHU d'Androva Mahajanga : à propos de 28 cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001 ; 30(3) : 282-7.
3. Belaouaj A, Gilly L, Labia R, Philippon A, Nénot P, Paul G.. Clinical isolates of *Escherichia coli* producing TRI beta-lactamases: novel TEM-enzymes conferring resistance to beta-lactamase inhibitors. J Antimicrob Chemother 1992 ; 30(4) : 449-62.
4. Razafimpanarivo M, Rakotoarivony S.T, Andrianarivelo A.M, Rafalimanana C, Rasamindrakotroka M.T, Ramarison G, Rasamindrakotroka A. Un cas de surinfection urinaire à *Escherichia coli* monosensible contractée en Réanimation au CHU d'Antananarivo Madagascar. Rev Anest Réa Méd Urg. 2009; 1(2): 14-6.
5. Léone M, Fabre G, Mokthari M, Martin C. Les infections plurimicrobiennes. In SFAR ed. Conférences d'actualisation. 41^{ème} Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Elsevier, Paris (1999), pp. 451-78.
6. Dupont H, Carbon C, Carlet J. - Monotherapy with a broad-spectrum beta-lactam is as effective as its combination with an aminoglycoside in treatment of severe generalized peritonitis: a multicenter randomized controlled trial. The Severe Generalized Peritonitis Study Group. Antimicrob. Agents Chemother. 2000 ; 44 : 2028-33.
7. American Thoracic Society and the Infectious Diseases Society of America. Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia. Am J Respir Crit Care Med 2005 ; 171:388-416
8. Allaouchiche B, Benatir F, Danton N. Anesthésie du patient en choc septique. In: SFAR ed. Conférence d'actualisation. 45^{ème} Congrès national d'anesthésie et de réanimation, Elsevier, Paris (2003), pp. 11-28.
9. Bernstein PS, Rosenfield A. Abortion and maternal health. Int Gynaecol Obstet 1998; 63 (Suppl 1) : S 115-22.
10. Aubeny E, Bruner J, Cesbron P, Floc'h J, Irani Ch, Padeano MM. Complications des avortements provoqués. Encycl Méd Chir Gynéc. 1989; 3: 476 A : 1-16.
11. Konje JC, Obisesan KA, Ladipo OA. Health and economic consequences of septic induced abortion. Int J Gynaecol Obstet 1992; 37 : 193-7.
12. Voligina VF, Gurtovoi BL. Abortion as a cause of maternal mortality. Akush Ginek. 1990; 10 : 11-5.
13. Debaene B, Jeanny A. Anesthésie pour estomac plein. Les Essentiels 2005 : 263-277.
14. Chen LH, Lai SF, Lee WH, Leong NK. Uterine perforation during elective first trimester abortions: a 13-year review. Singapore Med J 1995; 36 : 63-7.
15. Lassey AT. Complications of induced abortions and their preventions in Ghana. East Afr Med 1995; 72 : 774-7.
16. Bohnen J, Boulanger MP, Meakins JL, Maclean PH. Prognosis in generalized peritonitis; relation to cause and risk factors. Arch Surg 1983;118: 285-90.
17. Calandra T, Bille J, Schneider R, Mosimann F, Francioli P. Clinical significance of *Candida* isolated from peritoneum in surgical patients. Lancet 1989;2:1437-40.