

Tétanos après un avortement provoqué clandestin : à propos d'un cas

OUÉDRAOGO I.¹, SAVADOGO M.², DEMBÉLÉ A.³, BARRO S. D.³, SIB S. R.¹,
ZAMANÉ H.², KIEMTORÉ S.², SAWADOGO Y. A.², SANOGO M.¹, TIÉBA-BONANÉ B.²

Résumé

Le téτανos est une toxi-infection aiguë très grave due à l'exotoxine neurotrope de *Clostridium tetani*, un bacille anaérobie ubiquitaire, dont les spores se trouvent dans le sol. Selon l'O.M.S, la situation épidémiologique du téτανos connaît, une forte disparité dans le monde et a quasiment disparu dans les pays développés. Malgré l'existence d'une gamme variée de méthode contraceptive au Burkina Faso, les avortements clandestins restent encore fréquents exposant les victimes à des complications infectieuses pouvant être très graves. Nous rapportons un cas de téτανos stade II, survenu après un avortement provoqué clandestin chez une patiente séropositive au VIH de 19 ans. Il s'agissait d'une jeune femme de 19 ans, célibataire, résidant au secteur 10 de la ville de Ouahigouya au Burkina Faso. Elle fut admise dans le service des urgences gynécologiques et obstétricales de la maternité du Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya (CHUR-OHG) pour une limitation douloureuse de la bouche à son ouverture, associée à une raideur cervicale. Au vu du tableau clinique et du bilan obtenu, le diagnostic retenu était un téτανos stade II à porte d'entrée utérine à la suite d'une manœuvre abortive, associé à une infection à *Klebsiella pneumoniae*, sur un terrain VIH1. La patiente a bénéficié d'une prise en charge multidisciplinaire impliquant le réanimateur, le gynécologue obstétricien, l'infectiologue. L'évolution a été favorable et la patiente fut libérée au 17ème jour d'hospitalisation, sous contraception oestro-progestative comprimé et des conseils sur la double protection à base de préservatif masculin ou féminin. Un rendez-vous en médecine pour la prise en charge et le suivi pour son infection à VIH. Les grossesses non désirées sont objets d'avortements provoqués clandestins et les complications peuvent être parfois redoutables. Une utilisation effective des méthodes de planification familiale par les femmes en âge de procréer contribuera à les prévenir.

Mots-clés : Tétanos, avortement provoqué clandestin, Ouahigouya.

Abstract

Tetanus is a very serious, acute toxigenic infection caused by the neurotropic exotoxin of *Clostridium tetani*, a ubiquitous anaerobic bacillus, whose spores are found in the soil. According to the WHO, the epidemiological situation of tetanus is experiencing a wide disparity in the world and has almost disappeared in developed countries. Despite the existence of a wide range of contraceptive methods in Burkina Faso, clandestine abortions are still common, exposing victims to infectious complications that can be very serious. We report a case of stage II tetanus, which occurred after an illegal abortion in a 19 year's old patient, positive to HIV with favorable outcomes. This was a 19 year's old unmarried woman residing in Sector 10 of Ouahigouya City, in Burkina Faso. She was admitted to the gynecological and obstetric emergency department of the maternity ward of the Regional Center University Hospital of Ouahigouya for a painful limitation of the mouth when it opened, associated with cervical stiffness. In view of the clinical picture and the result obtained, the diagnosis was a tetanus stage II uterine portal following an abortive maneuver, associated with a *Klebsiella pneumoniae* infection, on a terrain HIV1. The patient benefited from multidisciplinary management involving

¹ Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya, Burkina Faso E-mail : oued_issa@yahoo.fr

² Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO, Ouagadougou, Burkina Faso

³ Centre Hospitalier Universitaire Sourou SANON, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

the resuscitator, the obstetrician gynecologist and the infectious disease specialist. The evolution was favorable and the patient was released on the 17th day of hospitalization, under oestro-progestative contraceptive tablet and advice on dual protection based on male or female condom. A medical appointment for care and follow-up for his HIV infection. Unwanted pregnancies are subject to clandestine abortions and complications can sometimes be dangerous. Effective use of family planning methods by women of child-bearing age will help to prevent them.

Keywords: Tetanus, induced abortion, Ouahigouya.

Introduction

Le tétanos est une toxi-infection aiguë très grave due à l'exotoxine neurotrope de *Clostridium tetani*, un bacille anaérobie ubiquitaire, dont les spores se trouvent dans le sol. Les spores pénètrent dans l'organisme par blessure traumatique, quelquefois iatrogène telles que la section du cordon, les injections intramusculaires, la chirurgie, l'utilisation de matériel souillé, etc.

Selon l'O.M.S, la situation épidémiologique du tétanos connaît, une forte disparité dans le monde [1]. Quasi disparu dans les pays développés, le tétanos reste un grave problème dans les pays en développement, touchant 0,7 à 1 million de personnes par an. La mortalité due à cette infection est comprise entre 11 et 50 % chez l'adulte [2]. Fléau lié à la mauvaise couverture vaccinale, et surtout au manque d'hygiène, il est parfaitement évitable par la vaccination.

Nous rapportons un cas de tétanos stade II, survenu après un avortement provoqué clandestin chez une patiente séropositive au VIH.

I. Observation

1.1. L'anamnèse

Il s'agissait d'une jeune femme de 19 ans, célibataire, résidant au secteur 10 de la ville de Ouahigouya au Burkina Faso. Elle fut admise le 23 avril 2015 dans le service des urgences gynécologiques et obstétricales de la maternité du Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya (CHUR-OHG) pour une limitation douloureuse de la bouche à son ouverture, associée à une raideur cervicale.

Les antécédents ont été recueillis une fois l'urgence levée : elle n'avait signalé aucun antécédent médico-chirurgical particulier et au plan vaccinal, elle n'aurait jamais été vaccinée contre le tétanos. Quant aux antécédents gynécologiques et obstétricaux, elle aurait eu ses ménarches à 12 ans et n'aurait jamais utilisé une méthode moderne de contraception. Elle affirma avoir été traitée plusieurs fois pour des infections génitales. Elle était porteuse de sa première grossesse dont le terme était 12 semaines d'aménorrhée. Elle avoua spontanément avoir tenté d'interrompre volontairement ladite grossesse il y avait une douzaine de jours. Les instruments utilisés pour l'avortement étaient du matériel non stérile. Des algies pelviennes, pertes malodorantes et fièvre apparurent dès le troisième jour. Ceci motiva une consultation et prise en charge dans un cabinet de soins médicaux de la place sans succès.

1.2. L'examen physique

L'examen clinique a permis de noter un assez bon état général, une conscience claire, des conjonctives normalement colorées, un bon état d'hydratation et de nutrition, la température était égale à 36°9 C, la fréquence cardiaque à 100 battements/min, un pouls à 100 pulsations/min. Il existait

un trismus serré, une contracture des muscles abdominaux, des paroxysmes tonico-cloniques, une raideur cervicale et des contractures des muscles para vertébraux réalisant une attitude en opisthotonos.

L'examen gynéco obstétrical a permis de noter au toucher vaginal un col court, centré, admettant un doigt aux deux orifices, un utérus globuleux et douloureux à la mobilisation, des culs de sac latéraux sensibles et le doigtier souillé de leucorrhées fétides.

1.3. Les examens complémentaires

Une échographie pelvienne a noté un utérus augmenté de volume, contenant des débris ovulaires. La sérologie rétrovirale demandée après un counseling est revenue positive au virus de l'immunodéficience humaine 1 (VIH1).

Un prélèvement cervico vaginale effectué a permis d'isoler à la culture, le *Klebsiella pneumoniae* qui était sensible aux antibiotiques suivants : amoxicilline, amoxicilline+acide clavulanique, ceftriaxone, céfuroxime, acide nalidixique et cotrimoxazole.

Au vu du tableau clinique et du bilan obtenu, le diagnostic retenu était un tétanos stade II à porte d'entrée utérine à la suite d'une manœuvre abortive, associé à une infection à *Klebsiella pneumoniae*, sur un terrain VIH1.

1.4. La prise en charge

La patiente a bénéficié d'une prise en charge multidisciplinaire impliquant le réanimateur, le gynécologue obstétricien, l'infectiologue. La prise en charge a débuté par une mise en condition à l'aide d'une réhydratation hydro-électrolytique à base de solutés physiologiques : ringer lactate 1 litre par jour, sérum glucosé isotonique à 5 %, 1 litre par jour et du sérum salé isotonique à 0,5 %, 500 millilitres par jour, le tout pendant 3 jours. L'antibiothérapie était réalisée avec de la pénicilline G, 2 millions toutes les huit heures pendant 10 jours et le relais pris avec l'amoxicilline + acide clavulanique per os, 1g toutes les huit heures pendant cinq jours. A ce traitement fut associé du diazepam 10 mg, 20 mg toutes les 12 heures pendant 3 jours relayé avec du phénobarbital 80 mg toutes les 12 heures pendant 5 jours. L'évacuation utérine a été faite grâce à l'administration sublinguale de misoprostol comprimé 600 µg en prise unique confirmée par une échographie pelvienne. La patiente a aussi bénéficié d'une dose de vaccin antitétanique et de sérum antitétanique.

1.5. Surveillance

La surveillance clinique a été assurée toutes les 6 heures à l'aide d'une fiche de surveillance portant sur les constantes anthropométriques : température, tension artérielle, pouls, fréquence cardiaque et la fréquence respiratoire.

La surveillance para clinique était l'analyse de la numération formule sanguine et de la C réactive protéine une fois par semaine.

1.6. Evolution

L'évolution a été favorable et la patiente fut libérée le 10 mai 2015 sous contraception oestroprogestative comprimé et des conseils sur la double protection à base de préservatif masculin ou féminin. Un rendez-vous en médecine pour la prise en charge et le suivi pour son infection à VIH.

A la consultation de contrôle au service de gynécologie obstétrique un mois après sa sortie rien de particulier n'avait été trouvé.

II. Discussion

Le tétanos à porte d'entrée gynécologique est devenu rare grâce à l'amélioration de la couverture vaccinale en VAT2 ainsi que l'amélioration des techniques abortives avec les soins après avortement (SAA). Ce vaccin est systématique chez les femmes enceintes (VAT1 et 2) et encouragé chez toute femme en âge de procréer. Le taux de couverture en VAT2 et plus est de 93,5 % chez les femmes en âge de procréer au Burkina Faso [3]. Depuis l'introduction de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) au Burkina Faso en 1998 et du misoprostol dans les soins après avortements (SAA), les complications infectieuses dues aux avortements provoqués clandestins semblent avoir beaucoup régressé : 0,62 % de cas de septicémies reçus en 11 ans de SAA selon OUATTARA [4].

Dans les pays en développement, le tétanos est toujours un problème de santé publique, par sa grande fréquence et sa gravité aussi bien chez les adultes que chez les enfants et les nouveau-nés [5, 6, 7]. En Afrique noire, l'incidence varie de 10 à 50 pour 100 000 habitants selon les pays [7].

Au plan thérapeutique, notre patiente a bénéficié d'une sédation douce des contractures et paroxysmes à base de diazepam et de phénobartal par voie parentérale et d'une antibiothérapie à base de pénicillines G et d'amoxicilline-acide clavulanique. Nous déplorons le fait qu'elle n'ait pu bénéficier d'une assistance respiratoire car un équipement adéquat n'était pas disponible à l'hôpital au moment de son hospitalisation ; des auteurs en Afrique avaient également déploré cet état de fait [5, 8, 9].

Le protocole thérapeutique spécifique recommande l'administration du sérum antitétanique (SAT) ou bien celle de la téta-globuline. Mais, en raison de son inaccessibilité, de sa non disponibilité et de son coût encore prohibitif, nous avons utilisé, outre l'antibiothérapie, le sérum anti tétanique (SAT) associé au vaccin anti tétanique (VAT) qui nous permis d'obtenir un bon résultat.

Sur le plan pronostic, le séjour hospitalier était de 22 jours, sanctionné par une évolution favorable et la patiente autorisée à sortir avec un rendez de contrôle en gynécologie obstétrique et de suivi pour son statut de séropositive au VIH. La létalité du tétanos reste encore élevée dans nos pays et concerne surtout les sujets jeunes (15-59 ans), comme le confirment les études de TENON en Côte d'Ivoire, 31,9 % [10] ; de LITVOC au Brésil, 34,5 % [11], de TONOHOUAN en Côte d'Ivoire, 53,4 % [12] et de OUSSEINI au Niger, 54,4 % [7]. Par contre dans les pays industrialisés, cette létalité est faible, 11 % aux États-Unis et 11 % en Italie [13, 14].

Conclusion

Les grossesses non désirées sont objets d'avortements provoqués clandestins et les complications peuvent être parfois redoutables. Une utilisation effective des méthodes de planification familiale par les femmes en âge de procréer contribuera à les prévenir.

Références bibliographiques

1. OMS/UNICEF - Vaccin et vaccination, situation mondiale. OMS/UNICEF, Genève, 1996, 51, 55-131
2. IFMT-MS-2007- Tétanos : généralités. www.ifmt.auf.org/IMG/pdf/Tetanos-MS-2.pdf, consulté le 2/08/2017
3. MINISTERE DE LA SANTE. Tableau de bord 2015 des indicateurs de santé-Burkina Faso, 2016 : 103
4. OUATTARA A., SOMÉ A. D., OUATTARA S., OUÉDRAOGO A., OUÉDRAOGO C. M., MILLOGO/TRAORÉ F. D., THIÉBA/BONANÉ B., LANKOANDÉ J.. Soins après avortement: bilan de 11 ans de pratique au CHU Yalgado de Ouagadougou au Burkina Faso. Journal de la SAGO 2011 ; 12(2):24-29.
5. AYIVI B., ZOHOUN T., AGOSSOU R., DAN V., HAZOUMA F. A. - Le tétanos chez l'enfant : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. PublMéd Africaines, 1992, 121, 54-56.
6. BISSAGNENE E., DAINGUY E., MOREAU J., ODEHOURI K. P., KADIO A. - Principaux aspects du tétanos de l'enfant : influence du PEV, de la sérothérapie intrathécale et des soins intensifs. PublMéd Africaines, 1987, 86, 47-53.
7. OUSSEINI H., MADRAS R., HASSIMI L. - Le tétanos à l'hôpital national de Niamey (Niger). Etude épidémiologique, clinique et pronostique de 197 cas. InterFac AFR n° 7, 1998, 121p.
8. KAKOU A. R., EHOUE S., EHUI E., BLE O., BISSAGNENE E. *et al.* - Tétanos localisé à Abidjan : particularités cliniques et évolutives (1976-1997). Bull Soc PatholExot, 2001, 94, 308-311
9. SOW S., BADIENES S., COLL SECK A.M., DIOP E. A., SOUMARE M. - Le tétanos après injection intramusculaire dans un service de maladies infectieuses à Dakar. Dakar Méd, 1990, 35, 198- 204.
10. TANON A. K., EHOUE S. P., COULIBALY-DACOURY C., EHUI E., N'DOUMI M., KAKOU A., BISSAGNENE E., KADIO A. - Morbidité et mortalité du tétanos dans le service des maladies infectieuses et tropicales d'Abidjan (1985-1998). Bull SocPatholExot, 2004, 97, 4,283-287.
11. LITVOC J - Epidemiology of tetanus in Sao Paulo State (Brésil). RevInstMéd Trop (Sao Paulo), 1991, 6, 447- 484
12. TONOHOUAN V. - Le tétanos au service de réanimation polyvalente du CHR de Korhogo à propos de 187 cas. Thèse méd n° 1459, Abidjan, 1992, 164p.
13. BARDENHEIER B., PREVOTS D. R., KHETSURIANI N. & WHARTON M. - Tetanus' surveillance in United States 1995-1997. MMWR, 1998, 47, 1-3
14. PROSPERO E., APPIGNANESI R., DERRICO M. & CARLE F. - Epidemiology of tetanus in the marcher region of Italy 1992- 1995. Bull Org Mond Santé, 1998, 76, 47-54.