

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
Médicale**

—

**Volume 2006
publié le 29.11.2006**



*TRENTIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2006*

IVG entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée. Quelles techniques?

A. VAUTRAVERS, I. NISAND *
(Strasbourg)

Le contrôle des naissances est un droit fondamental des femmes. *Chaque femme connaît en moyenne dans sa vie une grossesse accidentelle et, une fois sur deux, elle décide de l'interrompre* [24], plus souvent lorsqu'elle vit seule ou n'a pas d'emploi. Bien que les caractéristiques sociodémographiques des femmes qui ont recours à l'IVG soient très proches de celles observées lors de l'instauration de la loi, on peut cependant observer *une légère hausse du nombre des IVG dans notre pays* qui traduit probablement une meilleure utilisation et un meilleur accès à la contraception. Les estimations France entière (avec les DOM) pour 2003 ont été de 216 430 et pour 2004 de 222 000.

Le nombre de femmes qui subiront au moins une fois dans leur vie un avortement est en baisse, sauf pour les femmes jeunes qui sont moins souvent enceintes, mais qui, lorsqu'elles le sont, ont recours plus souvent à l'IVG.

Pour la très grande majorité des femmes (4 sur 5), le recours à l'avortement est accidentel et unique. À un âge donné, et quel que soit cet âge, la probabilité d'avoir un avortement supplémentaire augmente avec le nombre d'avortements déjà subis mais aussi avec l'âge lors du premier avortement. Avoir eu un premier avortement à 15-17 ans, ou 2 avorte-

* Service de gynécologie-obstétrique – CHU de Strasbourg – Hôpital de Hautepierre – 67098 STRASBOURG CEDEX

ments à 20 ans, c'est appartenir à un groupe de femmes plus enclines que d'autres à recourir à ce mode de prévention des naissances. Chez les femmes ayant avorté en 1979, alors qu'elles étaient âgées de 20 à 25 ans, la probabilité de subir un nouvel avortement dans les 12 années qui suivent a été de l'ordre de 20% si l'avortement de 79 était le premier, de 26% si c'était le deuxième et de plus de 40% si c'était le troisième.

Pour les femmes de plus de 27 ans, il y a diminution de la proportion des conceptions terminées par un avortement [16]. Entre 20 et 27 ans on observe dans les cinq dernières années une hausse lente mais constante. Les taux d'avortements aux jeunes âges, comparés à ceux d'autres pays d'Europe occidentale, restent cependant peu élevés en France. *L'IVG en France n'est donc pas un moyen de contraception, même pour les femmes qui y ont recours plusieurs fois dans leur vie. La légalisation de l'avortement n'a pas entraîné sa banalisation, pas plus qu'elle n'a conduit au relâchement de la contraception.* Si la libéralisation de l'avortement n'a pas produit d'augmentation des IVG, la diffusion large, en revanche, d'une contraception médicalisée et efficace n'a pas fait diminuer aussi rapidement qu'on aurait pu l'espérer le nombre d'avortements. « Il ne faut ni opposer contraception et avortement, en pensant que l'un est le substitut automatique de l'autre, ni croire qu'ils vont automatiquement de pair. La décision de recourir à l'IVG n'est pas de même nature que celle d'utiliser la pilule ou le stérilet... *en matière de régulation des naissances, c'est la motivation qui prime sur la technique.* De ce fait, elle l'emporte aussi le plus souvent sur la loi, quand celle-ci se borne à faciliter ou restreindre l'accès aux différentes techniques » [24].

On a ainsi pu calculer de manière très théorique que si on augmentait la prévalence de la contraception de 50% on ne diminuerait que de 32% le nombre d'IVG [26]. L'avortement reste bien l'expression d'une contradiction entre le désir des femmes et les réalités sociales, économiques et familiales. Ces considérations justifient pleinement la vigilance des pouvoirs publics sur l'accès correct à l'IVG dans le secteur public.

La loi de 2001, qui modifie entre autres le délai légal au cours duquel une femme peut demander une IVG, est globalement bien appliquée. Les complications médicales sont des plus réduites, même entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée, mais les complications psychologiques sont encore mal évaluées, en particulier chez les adolescentes. L'allongement du délai a entraîné un léger effet de seuil sur les grossesses plus avancées en âge gestationnel qui, au lieu de se présenter à 12 SA, se présentent désormais plus près de 14 SA.

Le recrutement des professionnels, tout particulièrement pour la pratique des IVG entre 12 et 14 SA, pose un problème complexe dans le contexte médical et hospitalier actuel. La réponse insuffisante du ser-

IVG ENTRE 12 ET 14 SEMAINES D'AMÉNORRHÉE. QUELLES TECHNIQUES?

vice public tant en quantité qu'en qualité, tout particulièrement dans les grandes villes, entraîne une grande difficulté d'accès pour les âges gestationnels élevés. Une enquête de la DHOS menée par la société New Case en 2005 montre que 55% des femmes qui demandent une IVG au-delà de 12 SA font l'objet d'un refus alors que ce chiffre n'est que de 33% pour les femmes de moins de 7 SA. La proportion de refus est deux fois plus importante dans le secteur privé (71%) que dans le secteur public (35%) et, dans le public, un tiers des refus sont motivés par l'âge gestationnel trop élevé. En Ile-de-France, le taux de refus de prise en charge atteint 63% et en Rhône-Alpes 56%.

Le délai légal de 14 semaines d'aménorrhée pèse plus particulièrement sur les femmes en situation de précarité et aggrave les inégalités sociales (les inégalités sont souvent aggravées par les déficits d'application de la loi) dans ce domaine où le recours aux soins est tardif voire impossible chez des femmes isolées à tout point de vue.

La modification de délai a suscité de nombreuses controverses quant à la technique à utiliser. Deux méthodes sont possibles : la méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale. Le but de cette présentation est de faire le point des connaissances sur les avantages et inconvénients de chacune de ces deux méthodes et de permettre à chacun de faire ses choix et de poser clairement ses indications en fonction de ses propres contraintes mais aussi en fonction de la demande de la patiente qui, pour choisir, doit être informée correctement.

LA MÉTHODE CHIRURGICALE ENTRE 12 ET 14 SEMAINES D'AMÉNORRHÉE

La description princeps de la méthode revient à sir James Joung Simpson [21] en 1860 à Edimbourg. Elle est popularisée par Karman, psychologue californien dans les années 1970 [15].

L'IVG doit avoir lieu dans un bloc opératoire disposant de l'équipement anesthésique réglementaire et d'une salle de réveil. Les mesures d'asepsie chirurgicale doivent être appliquées : lavage des mains, préparation du site opératoire, casaque et gants stériles. Les locaux doivent à la fois fournir la meilleure sécurité, tout en respectant l'intimité de la patiente.

La dilatation de l'orifice interne du col doit atteindre Hégar 12 pour obtenir une dilatation suffisante et permettre l'introduction d'une canule d'aspiration de calibre adapté. L'interruption chirurgicale de grossesse

entre 12 et 14 semaines impose une anesthésie générale étant donné l'efficacité peu satisfaisante du bloc paracervical. Un maintien de la ventilation spontanée sans intubation est la technique la plus fréquemment adoptée [25]. La particularité technique tient à l'ossification progressive du fœtus, qui se produit à partir de la douzième semaine et qui exige une certaine patience dans l'aspiration ainsi qu'une vigilance sur la persistance possible et plus fréquente à cet âge gestationnel de restes ovulaires susceptibles de s'infecter.

Dilatation cervicale

La maturation cervicale avant IVG chirurgicale diminue les complications, les traumatismes cervicaux, les perforations utérines, les hémorragies et les évacuations incomplètes [9]. Elle précède l'intervention chirurgicale qui débute par une dilatation mécanique à l'aide de dilateurs (bougies ou mandrins). Elle utilise soit une substance anti-progestérone, soit des analogues de la prostaglandine :

- la mifépristone (Mifégyne®) dont un des mécanismes d'action est le ramollissement et l'ouverture du col utérin. La posologie est de 1 comprimé de 200 mg à prendre 36 à 48 heures per os avant l'interruption chirurgicale de grossesse ;
- les analogues de la prostaglandine E1 : le misoprostol 400 µg (2 comprimés de 200 µg) s'administre per os au mieux 3 heures avant l'intervention (le misoprostol n'a pas l'AMM dans cette indication mais demeure la prostaglandine la plus efficace et la moins chère). Il peut aussi être administré par voie vaginale où il semble légèrement plus efficace.

La dilatation mécanique doit être réalisée prudemment et peut être guidée par l'échographie quand elle est difficile. L'hystérométrie préalable doit être évitée car elle prépare le chemin de la perforation utérine.

Le dilateur est introduit dans le col sans chercher à buter sur le fond utérin. Les bougies sont introduites progressivement et successivement, sans force, et en franchissant l'orifice interne du col, où on sent une résistance caractéristique (petit ressaut).

Aspiration

L'aspiration fait suite à la dilatation, elle doit au mieux être réalisée sous échoguidage. Elle est pratiquée à l'aide de canules d'aspiration transparentes rigides en plastique, unifenêtrées, à usage unique, dont

IVG ENTRE 12 ET 14 SEMAINES D'AMÉNORRHÉE. QUELLES TECHNIQUES?

l'extrémité est courbe et légèrement biseautée. Le diamètre de la canule choisie est de l'ordre de 12 mm. L'utilisation d'une canule supérieure à 12 mm est inutile car le tuyau d'aspiration n'est pas plus large. De plus, un trop grand calibre accroît les risques de déchirure cervicale. La source de vide doit permettre une obtention progressive du vide à une dépression constante et réglable jusqu'à 1 000 mbar.

La canule est introduite jusqu'au fond utérin ; l'opérateur commence par quelques secondes d'attente sous dépression. Cette dépression permet de décoller l'œuf. Il effectue ensuite des mouvements lents de rotation axiale de 180° qui décrochent lentement le contenu utérin. Au fur et à mesure et très lentement, tout en continuant les mouvements de rotation, on retire peu à peu la canule. L'aspiration peut sembler difficile au début pour les IVG tardives. En effet, il faut aspirer et ramener le plus souvent le trophoblaste vers l'orifice externe du col, fermer l'aspiration, enlever le placenta à la pince (en effet, il peut faire clapet dans la canule). On réintroduit ensuite la canule d'aspiration et la suite de l'IVG peut se faire en contrôlant correctement, et le cas échéant à l'échographie, la vacuité utérine. Il peut aussi être nécessaire d'extraire des fragments ovulaires trop volumineux pour être aspirés, à l'aide d'une pince en cœur. La pince est introduite jusqu'au fond utérin puis l'opérateur l'ouvre en réalisant un mouvement de rotation sur l'axe de la pince, permettant de saisir des débris ovulaires, que l'on extrait à travers le col. Enfin, des fragments osseux peuvent venir obstruer la canule, le plus souvent en début de procédure. Un ocytocique est injecté en fin d'intervention, par voie intraveineuse (5 UI de Syntocinon® en IVD).

Suites opératoires

La patiente est ensuite maintenue en salle de réveil sous surveillance pendant deux heures. On y surveille l'importance des saignements et la douleur. La sortie est autorisée 6 heures après une anesthésie générale. La patiente quitte le service le jour même, en l'absence de complication, avec des conseils de surveillance après une échographie qui permet de vérifier la vacuité utérine. Une consultation post-IVG est prévue dans les 15 jours suivant l'intervention, où le thème principal sera bien sûr la contraception ultérieure.

Complications

– *En cours de procédure*

Les complications potentiellement sévères de la technique instrumentale ne semblent pas plus fréquentes après qu'avant 12 SA. L'utérus gravide est mou et sa paroi relativement mince, ce qui favorise la survenue d'une perforation utérine au décours de l'IVG chirurgicale. Le risque de perforation ne semble pas être corrélé au terme pour Heisterberg [12] : 0,04 % avant 9 SA et 0,03 % entre 10 et 12 SA. L'ANAES estime ce risque entre 1 à 4 pour mille [1]. La perforation utérine peut être la cause d'une hémorragie peropératoire et elle peut surtout être, dans de rares cas, à l'origine d'une plaie digestive.

La fréquence des hémorragies compliquant une IVG instrumentale est difficile à quantifier de manière objective. Le taux rapporté d'hémorragies sévères nécessitant une transfusion sanguine sur l'ensemble des publications est d'environ 1,5 pour mille interruptions. Le taux d'hémorragies semble augmenter de manière significative avec le terme, mais surtout pour des âges gestationnels sensiblement plus élevés que ceux autorisés en France : de 0,06 % avant 12 SA à 0,19 % entre 13 et 20 SA pour Hepburn [13]. Pour l'« *Office of National Statistics* » britannique, le taux d'hémorragies graves est de 1,2 pour mille avant 13 SA et 8,5 pour mille au-delà de 20 SA [18]. L'augmentation des hémorragies graves semble donc plus le fait des interruptions très tardives, proches de 20 SA dans les pays qui l'autorisent, que des interruptions entre 12 et 14 SA.

Le risque de déchirure cervicale n'excède pas 1 % et il semble modérément augmenté avec l'âge gestationnel [1]. En fait, les complications anesthésiques représentent en France la première cause des complications liées aux IVG avant 14 SA.

– *Après l'IVG*

La rétention de matériel ovulaire est une complication fréquente. Elle est source de consultation en urgence, de réhospitalisation et surtout d'endométrite. Le risque de nouvelle aspiration est compris entre 0,3 et 5 % selon le terme de l'IVG ; ce risque est plus important chez la nullipare et en cas d'IVG vers 2-14 SA. Le contrôle systématique postopératoire au mieux immédiat alors que la femme est encore endormie permet de réduire considérablement ce risque. Les complications infectieuses sont largement sous-estimées car elles ne conduisent pas forcément à une réhospitalisation.

Une étude récente faite en France (et non encore publiée) pour évaluer la faisabilité de l'IVG instrumentale entre 12 et 14 SA et l'influence de l'opérateur a retrouvé l'absence de différence dans la survenue de

IVG ENTRE 12 ET 14 SEMAINES D'AMÉNORRHÉE. QUELLES TECHNIQUES?

complications opératoires entre les IVG réalisées avant et après 12 SA. La durée opératoire est légèrement plus longue après 12 SA (12,9 +/- 6,7 min versus 11,1 +/- 2,8 min; $p < 0,05$). L'utilisation de pinces est rare avant 12 SA, plus fréquente entre 12 et 13 SA, et plus encore après 13 SA (respectivement 0,7%, 20% et 49%; $p < 0,01$). L'expérience de l'opérateur n'a pas d'effet significatif sur le taux de complications ni sur le taux d'utilisation des pinces.

L'IVG instrumentale entre 12 et 14 SA est une technique accessible avec une durée d'apprentissage relativement courte. Elle a l'avantage sur la méthode médicamenteuse de pouvoir être réalisée dans les mêmes conditions administratives qu'une IVG plus précoce (hospitalisation de jour), ce qui garantit mieux la confidentialité souvent nécessaire dans ce contexte.

LA MÉTHODE MÉDICAMENTEUSE ENTRE 12 ET 14 SEMAINES

L'avortement médical, induction médicamenteuse d'une fausse couche sans geste chirurgical, est une alternative à la méthode chirurgicale. Différents protocoles ont été testés depuis longtemps, faisant varier les molécules et les voies d'administration. Le protocole aujourd'hui recommandé en France est l'association de la mifépristone suivie de misoprostol. Le recul clinique en 2005 sur cette méthode est de l'ordre du million de procédures effectuées en France.

Agents pharmacologiques utilisés

– *La mifépristone*

C'est un stéroïde de synthèse, dérivé de la noréthindrone, à action antiprogestative, agissant par compétition avec la progestérone au niveau de ses récepteurs tissulaires. Elle est disponible en France depuis 1988. La progestérone maintient l'utérus dans un état quiescent en induisant une hyperpolarisation de membrane des cellules du myomètre. Elle antagonise les effets endométriaux et myométriaux de la progestérone. Les contractions utérines commencent 12 heures après son administration, au maximum 36 heures après. Elle augmente la sensibilité de l'utérus aux prostaglandines.

– *Le misoprostol*

C'est un analogue synthétique de la prostaglandine E1. C'est à la base un traitement utilisé dans le traitement de l'ulcère gastrique ou duodéal évolutif et des lésions gastroduodénales induites par les AINS. Son efficacité, son faible coût et sa stabilité à température ambiante par rapport aux autres analogues en font le produit de choix dans cette indication. La voie vaginale est souvent utilisée pour le misoprostol. Les études de pharmacocinétiques montrent que cette administration entraîne une biodisponibilité trois fois supérieure à la voie orale, mais le pic plasmatique est atteint plus lentement.

Protocoles médicamenteux possibles

L'association mifépristone-misoprostol reste le protocole de référence en France. La mifépristone n'a pas l'AMM pour les grossesses de terme supérieur à 7 SA. Elle est cependant très largement utilisée depuis longtemps pour l'IMG pour cause fœtale ou maternelle (quel qu'en soit le terme) ainsi que pour le traitement de la mort fœtale *in utero*.

En pratique

La première consultation est une consultation de confirmation de la grossesse en fonction de la date des dernières règles et de l'échographie. Les patientes reçoivent toutes les informations nécessaires sur les techniques proposées, avantages, inconvénients et risques. Une consultation psychologique est toujours proposée, jamais imposée. Le contexte des IVG tardives est toujours difficile, ce qui explique que la patiente ait consulté si tard.

Lors de la deuxième consultation, une semaine plus tard, si la méthode médicamenteuse a été choisie, la patiente prend un comprimé de mifépristone 200 mg. Quarante-huit heures après, la patiente est hospitalisée pour administrer 4 comprimés en intravaginal de 200 µg de misoprostol. Toutes les études utilisant du misoprostol intravaginal à la dose de 800 µg rapportent un taux de succès de l'IVG proche de 99% [3]. Le nombre moyen de doses de misoprostol pour entraîner l'expulsion entre 12 à 13 SA est de 2,09 +/- 1,0 doses [11]. L'intervalle moyen entre l'induction et l'expulsion est d'environ 4 heures après la première dose de misoprostol. Parfois, si l'expulsion n'a pas eu lieu dans les 4 heures, deux comprimés de misoprostol 200 µg per os sont rajoutés. Ceci toutes les 3 heures jusqu'à expulsion. Les patientes sont mises de façon systématique

IVG ENTRE 12 ET 14 SEMAINES D'AMÉNORRHÉE. QUELLES TECHNIQUES ?

sous doxycycline, deux comprimés de 200 mg, et Primpéran® en suppositoires. Des antalgiques sont utilisés à la demande. Le retour à domicile le soir même après une IVG médicamenteuse est la règle générale. L'échec de la méthode ou une rétention ovulaire obligeant à un geste complémentaire peuvent cependant parfois obérer le retour à domicile le soir même, ce dont les patientes doivent être averties.

Complications

En cas d'échec de la méthode, c'est-à-dire en cas de non-expulsion, l'hospitalisation peut être prolongée 24 heures. La patiente est alors maintenue à jeun le lendemain pour une éventuelle aspiration au bloc opératoire.

La complication de l'IVG médicamenteuse la plus fréquente à ces termes est la rétention trophoblastique (37%) [7], nécessitant un geste chirurgical le plus souvent. Il convient d'installer la patiente en position gynécologique, de mettre un spéculum et d'extraire le trophoblaste à la pince, tout en demandant à une aide d'exercer une pression sus-pubienne afin de le décoller. Ce geste peut être mal vécu par la patiente, après une journée déjà éprouvante, mais il est simple, rapide et moins agressif que l'option chirurgicale ; le col étant dilaté, le succès est fréquent. En cas d'échec, dans un deuxième temps, un curetage à la curette mousse est réalisé au bloc opératoire.

Tang a observé que la quantité moyenne du saignement post-IVG médicamenteuse, avec un protocole mifépristone puis misoprostol, est d'environ 80 à 90 ml de sang sur une durée moyenne de 15 jours, quelles que soient les modalités de doses ou de voie d'administration orale ou vaginale du misoprostol [23].

Dans une récente revue de la littérature analysant 65 études, impliquant 46 421 femmes qui ont subi une IVG médicamenteuse au 1^{er} et au 2^e trimestres, le risque d'infection retrouvé était de moins de 1% [20].

Le risque de rupture utérine en rapport avec l'utilisation de misoprostol est de 0,5%. Ce risque augmente en présence d'un utérus cicatriciel, d'une grande multiparité et avec l'âge gestationnel. Le risque de rupture utérine est quasiment nul pour les grossesses jeunes [17].

COMPARAISON DES TECHNIQUES CHIRURGICALE ET MÉDICAMENTEUSE

Les recommandations de l'ANAES en 2001 [1], réalisées quelques mois avant la modification de la loi et préalablement à sa publication, préconisaient l'utilisation de la méthode instrumentale préférentiellement aux méthodes médicamenteuses. Les arguments déployés par ce groupe de travail ont été les suivants :

- la faisabilité des techniques instrumentales a été éprouvée dans de nombreux pays européens et aux USA ;
- les techniques médicamenteuses ont des délais plus longs, variables à ce terme et souvent imprévisibles ;
- les techniques médicamenteuses nécessitent souvent une analgésie plus sophistiquée voire même une péridurale ;
- seules les techniques instrumentales sont compatibles avec l'assurance d'une réalisation ambulatoire (ou en hôpital de jour).

En dehors de ces considérations pratiques évidentes, peu d'études ont comparé de manière contrôlée les deux méthodes entre 12 et 14 SA. La plupart des études publiées se sont intéressées aux grossesses plus précoces. Ashok s'est intéressé à cette question et a publié deux grandes études comparant les deux méthodes.

La première étude en 2002 compare l'efficacité et l'acceptabilité des deux méthodes médicale et chirurgicale entre 10 et 13 SA, après randomisation partielle. 5,4% des femmes ayant eu une IVG médicamenteuse (mifépristone 200 mg puis misoprostol jusqu'à 3 doses) ont nécessité une aspiration ; 2,1% des femmes du groupe IVG instrumentales ont nécessité un deuxième geste. Avant l'IVG, 72% des femmes avaient une préférence pour l'IVG médicamenteuse, 22% pour l'IVG instrumentale. Après l'IVG, 70% des femmes ayant eu une IVG médicamenteuse et 79% des femmes ayant eu une IVG instrumentale opteraient pour la même méthode en cas de nouvelle demande d'IVG. Cette étude conclut que la méthode médicamenteuse pratiquée entre 10 et 13 SA ne comporte pas de risque accru par rapport à l'aspiration et présente la même efficacité [3].

La seconde, plus récente, en 2005, étudie les préférences des patientes entre les deux méthodes entre 10 et 13 SA [4]. Avant l'IVG, 72% des femmes indiquent une préférence pour l'IVG médicamenteuse contre 28% pour l'IVG chirurgicale ($p < 0,001$). Bien qu'elles aient une préférence pour une certaine méthode, les patientes étaient globalement satisfaites de leurs choix respectifs.

IVG ENTRE 12 ET 14 SEMAINES D'AMÉNORRHÉE. QUELLES TECHNIQUES ?

D'autres études comparent les deux méthodes, mais pour des termes supérieurs à 14 SA. Il s'agit d'Autry en 2002 qui compare le taux de complications des patientes subissant une IVG médicamenteuse à celles subissant une IVG chirurgicale entre 14 et 24 SA [5]. Les résultats montrent que le taux de complications est significativement plus bas pour la méthode chirurgicale 4% versus 29% pour la méthode médicamenteuse ($p < 0,001$). Grimes en 2004 [10] montre que la méthode médicamenteuse entraîne plus de douleurs et d'effets secondaires que la méthode chirurgicale. Mais cette étude est critiquable par sa faible puissance.

AU TOTAL, COMMENT FAIRE SON CHOIX ?

La possibilité offerte aux patientes d'exprimer leurs propres préférences dans ce domaine à la lueur des explications techniques dont elles disposent demeure l'objectif idéal. Chaque fois qu'il est possible à une équipe médicale de laisser la patiente choisir pour elle, c'est-à-dire chaque fois que les deux techniques sont également disponibles dans une structure hospitalière, la qualité de l'offre peut être considérée comme optimale. Cependant, la technique instrumentale n'a pas été d'emblée acceptée par tous les praticiens. Elle est souvent présumée plus risquée entre 12 et 14 SA qu'avant 12 SA, comme le suggère Ashok [2]. Certaines équipes ont d'ailleurs fait le choix de ne pas prendre en charge les IVG tardives pour cette seule raison, alors même que d'autres décidaient de proposer pour cet âge gestationnel une prise en charge médicamenteuse exclusive.

Une considération générale sur le fonctionnement des équipes hospitalières réside dans l'avantage évident d'un choix libre des équipes médicales entre deux techniques qui se valent sur le plan des complications et de la morbidité. Les équipes médicales qui ne souhaitent pas être confrontées aux difficultés potentielles de la technique chirurgicale devraient donner à leurs patientes la possibilité d'une IVG médicamenteuse plutôt que de renoncer totalement à les aider, quitte à signaler aux patientes que le choix entre les différentes techniques n'est alors pas disponible. En effet, dans certaines régions françaises, l'IVG entre 12 et 14 SA n'est pas possible pour cette seule raison, ce qui pose des problèmes difficiles aux patientes obligées de se déplacer pour obtenir une prise en charge adaptée.

La pratique de l'IVG médicamenteuse implique quant à elle une vigilance particulière sur le traitement de la douleur et la fréquence des

restes ovulaires intra-utérins. Les données concernant la douleur sont peu nombreuses mais il est certain que celles-ci augmentent avec l'âge gestationnel [8]. Les anesthésistes doivent prendre en charge de manière organisée la douleur de l'IVG médicamenteuse et, de ce point de vue, l'expérience des IMG pour cause fœtale peut être fort utile.

Le taux d'avortements complets entre 12 et 14 SA est plus faible que pour les IVG plus précoces [7]: 57,9% d'IVG complètes. Le curetage complémentaire n'est donc pas rare, mais diminue avec l'expérience de l'équipe dans l'analyse de l'échographie post-IVG, qui est indispensable. Ce que l'on sait cependant de la tolérance de l'IVG médicamenteuse, par les études randomisées [14, 22] et prospectives [19] peut se résumer à une satisfaction globale des patientes. Les patientes ont recours à la méthode médicamenteuse pour éviter l'anesthésie générale et le geste chirurgical [6]. Elles doivent savoir alors que la durée d'hospitalisation est plus incertaine, et que, dans 10 à 15% des cas, celle-ci peut se prolonger jusqu'au lendemain.

Enfin l'IVG médicamenteuse doit bénéficier, plus encore que l'IVG avant 12 SA, d'un environnement obstétrical vrai (sages-femmes et éventuelle prise en charge en salle de naissance) pour suivre cliniquement la dilatation et apprécier avec compétence l'opportunité d'une analgésie plus efficace. Les problèmes d'organisation des services de gynécologie-obstétrique sont donc au-devant de la scène dans les choix des médecins entre IVG chirurgicale et IVG médicamenteuse au-delà de 12 SA.

Au total, le choix technique des praticiens d'une équipe, la disponibilité des structures obstétricales et anesthésiques et la collaboration des sages-femmes sont des paramètres déterminants dans la proposition de prise en charge des structures hospitalières qui doit s'organiser autour d'un vrai projet hospitalier concerté et raisonné, celui de l'unité fonctionnelle d'orthogénie.

Résumé

La loi de 2001, qui modifie entre autres le délai légal au cours duquel une femme peut demander une IVG, est globalement bien appliquée. Les complications médicales sont des plus réduites, même entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée, mais les complications psychologiques sont encore mal évaluées en particulier chez les adolescentes. L'allongement du délai a entraîné un léger effet de seuil sur les grossesses plus avancées en âge gestationnel qui au lieu de se présenter à 12 SA se présentent désormais plus près de 14 SA.

IVG ENTRE 12 ET 14 SEMAINES D'AMÉNORRHÉE. QUELLES TECHNIQUES?

Le recrutement des professionnels, tout particulièrement pour la pratique des IVG entre 12 et 14 SA, pose un problème complexe dans le contexte médical et hospitalier actuel. La réponse insuffisante du service public tant en quantité qu'en qualité, tout particulièrement dans les grandes villes, entraîne une grande difficulté d'accès pour les âges gestationnels élevés. Une enquête de la DHOS menée par la société New Case en 2005 montre que 55 % des femmes qui demandent une IVG au-delà de 12 SA font l'objet d'un refus alors que ce chiffre n'est que de 33 % pour les femmes de moins de 7 SA. La proportion de refus est deux fois plus importante dans le secteur privé (71 %) que dans le secteur public (35 %) et, dans le public, un tiers des refus sont motivés par l'âge gestationnel trop élevé. En Ile-de-France le taux de refus de prise en charge atteint 63 % et en Rhône-Alpes 56 %.

Le délai légal de 14 semaines d'aménorrhée pèse plus particulièrement sur les femmes en situation de précarité et aggrave les inégalités sociales dans ce domaine où le recours aux soins est tardif voire impossible chez des femmes isolées à tout point de vue.

La modification de délai a suscité de nombreuses controverses quant à la technique à utiliser. Deux méthodes sont possibles : la méthode médicamenteuse et la méthode chirurgicale. Le but de cette présentation est de faire le point des connaissances sur les avantages et inconvénients de chacune de ces deux méthodes et de permettre à chacun de faire ses choix et de poser clairement ses indications en fonctions de ses propres contraintes mais aussi en fonction de la demande de la patiente, qui, pour choisir, doit être informée correctement.

Au total, le choix technique des praticiens d'une équipe, la disponibilité des structures obstétricales et anesthésiques et la collaboration des sages-femmes sont des paramètres déterminants dans la proposition de prise en charge des structures hospitalières qui doit s'organiser autour d'un vrai projet hospitalier concerté et raisonné, celui de l'unité fonctionnelle d'orthogénie.

Bibliographie

1. ANAES. Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge de l'IVG jusqu'à 14 SA. ANAES, Paris, mars 2001.
2. Ashok PW, Templeton A. Nonsurgical mid-trimester termination of pregnancy: a review of 500 consecutive cases. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; 106: 706-10.
3. Ashok PW, Templeton A. A randomized comparison of medical abortion and surgical vacuum aspiration at 10-13 weeks of gestation. *Hum Reprod* 2002; 17(1): 92-8.
4. Ashok PW, Templeton A. Patient preference in a randomized study comparing medical and surgical abortion at 10-13 weeks gestation. *Contraception* 2005; 71: 143-148.
5. Autry AM. A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 393-7.
6. Berer M. Medical Abortion: Issues of Choice and Acceptability. *Reproductive Health Matters* 2005; 13(26): 25-34.
7. Garbin O, Vayssiere C, Bettahar-Lebugle K, Nisand I. Consistency of medical abortion efficacy from 5 through 14 week's gestation. *Eur J Obstet Gynaecol* (in press).
8. Gouk EV. Medical termination of pregnancy at 63 to 83 days gestation. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; 59: 1-6.
9. Grimes DA and Cates W. Complications from legally induced abortion; a review. *Obstet and Gynecol Surv* 1979; 34: 177-91.
10. Grimes DA. Mifepristone and misoprostol versus dilation and evacuation for mid-trimester abortion: a pilot randomised controlled trial. *BJOG* 2004; 111: 148-153.
11. Hamoda H, Templeton A. Medical abortion at 64 to 91 days of gestation: A review of 483 consecutive cases. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 1315-9.
12. Heisterberg L, Kringelbach M. Early complications after induced first trimester abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1987; 66: 201-4.
13. Hepburn S. Complications of induced abortion. *Fam Plann Inf Serv* 1981; 1: 21-8.
14. Howie FL, Henshaw RC, Templeton A. Medical abortion or vacuum aspiration? Two years follow up of a patient preference trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 828-33.
15. Karman H. Very early abortion using a syringe as vacuum source. *Lancet* 1972; 1: 1051-1052.
16. Nisand I. L'IVG en France. Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes. Rapport réalisé à la demande de Madame Martine Aubry ministre de l'emploi et de la solidarité et de Monsieur Bernard Kouchner secrétaire d'Etat à la santé et à l'Action sociale. Février 1999.
17. Norman JE. Uterine rupture during therapeutic abortion in the second trimester using mifepristone and PG. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102: 332-33.
18. Office for National Statistics. Legal abortions in England and Wales. London: HMSO; 1998.
19. Schaff EA. Low dose mifepristone 200 mg and vaginal misoprostol for abortion. *Contraception* 1999; 59: 1-32.
20. Shannon C, Brothers LP, Philip NM. Infection after medical abortion : a review of the literature. *Contraception* 2004; 70: 183-90.
21. Simpson JY. Clinical lectures of the diseases of women. R.Clark, Edinburg, 1872.
22. Slade P, Stewart P. A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105: 1288-95.
23. Tang OS, Lee SW. A prospective randomized study on the measured blood loss in medical termination of early pregnancy by three different misoprostol regimens after pretreatment with mifepristone. *Hum Reprod* 2002; 17: 2865-2868.
24. Toulemon L, Leridon H. Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale: Contraception, grossesses accidentelles et avortements. *Population* 1992; 1: 1-46.
25. West SL, Moore CA, Gillard M. Anaesthesia for suction termination of pregnancy. *Anaesthesia* 1985; 40: 669-72.
26. Westoff C.F. Contraceptive paths toward the reduction of unintended pregnancy and abortion. *Family Planning Perspectives* 1988; 20: 4-13.