

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS 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*

# Diagnostic et modalités thérapeutiques des complications de l'IVG instrumentale

P. FAUCHER \*  
(Paris)

Les complications de l'IVG instrumentales sont généralement très rares et de gravité variable allant de la simple déchirure cervicale à la plaie intestinale. On peut distinguer assez artificiellement les complications liées à la dilatation du col et les complications liées à l'évacuation de l'utérus. Par ailleurs le risque de complications infectieuses ne doit pas être négligé.

## I. COMPLICATIONS LIÉES À LA DILATATION

### 1.1 Lésions cervicales

La déchirure du col utérin est une des complications les plus fréquentes de l'aspiration chirurgicale avec une fréquence n'excédant pas

\* Service de Chirurgie Gynécologique – Maternité Aline de Crépy – Hôpital Bichat Claude Bernard – 46 rue Henri Huchard – 75018 PARIS

1 % dans les publications revues par les experts de l'ANAES [1]. Elle est provoquée par le lâchage brusque de la pince de traction griffée sur la lèvre antérieure du col pour corriger la flexion de l'utérus au moment de la dilatation. Ainsi plus la dilatation du col est aisée, moins le col risque une déchirure. L'expérience de l'opérateur a également de l'importance. Certaines déchirures particulièrement délabrantes ou hémorragiques nécessitent une suture chirurgicale.

## 1.2 Perforations utérines

Le taux de perforation utérine varie de 0,09 à 19,8 pour mille procédures suivant les séries revues par les experts de l'ANAES [1]. Il est admis que certaines perforations utérines sont méconnues par l'opérateur. Dans l'étude de Kigali, 706 patientes devaient avoir une coelioscopie pour la ligature de trompes immédiatement après l'interruption de grossesse. Le taux de perforations rapportées avant la laparoscopie est de 2,8/1000 et s'élève à 19,8/1000 après la réalisation de la laparoscopie [2]. Pour certains, le risque de perforation utérine augmente sous anesthésie générale, une douceur plus grande étant requise sous anesthésie locale [3]. Les risques d'une perforation utérine sont la blessure d'organes adjacents (intestin, vessie principalement) et l'hémorragie par plaie vasculaire (vaisseaux utérins, épiploïques, mésentériques...). L'indication de la coelioscopie devant le diagnostic d'une perforation utérine est toujours débattue. Si certaines équipes proposent ce geste systématiquement [4], il semble que de nombreuses perforations utérines ne provoquent aucune blessure et ne nécessitent aucun traitement particulier. L'abstention pourrait donc être aussi recommandée en l'absence de signes d'irritation péritonéale, de douleur croissante et de signes de déperdition sanguine [2,5]. Le siège suspecté de la perforation est important à considérer. Si une perforation médiane au niveau du fond utérin a peu de risques d'être hémorragique, une perforation latérale au niveau cervico-isthmique peut blesser la branche ascendante de l'artère utérine dans le ligament large avec constitution d'un hématome et d'un épanchement péritonéal [6]. Le traitement est alors la ligature des vaisseaux et la réparation de la blessure utérine par laparotomie. Parfois la perforation peut atteindre la branche descendante de l'artère utérine au niveau des ligaments cardinaux du col; dans ce cas il n'y a pas d'hémorragie interne mais un saignement extériorisé à travers le canal cervical. Le traitement est l'hystérectomie mais parfois l'embolisation utérine par artériographie peut permettre d'arrêter le saignement [7]. Le risque de blessure intestinale dépend du matériel avec lequel la perforation s'est produite. Si c'est

une perforation par une bougie lors de la dilatation du col, le risque de plaie de l'intestin est faible. En revanche si la perforation s'est produite au moment de l'aspiration, il y a un risque réel de plaie intestinale, pouvant conduire à une péritonite dans les suites immédiates si la perforation est méconnue. Une cœlioscopie s'impose donc pour vérifier l'intégrité des organes intrapéritonéaux.

## 2. COMPLICATIONS LIÉES À L'ÉVACUATION

### 2.1 Hémorragies

Le risque hémorragique au moment de l'interruption de grossesse est faible. Le taux d'hémorragies sévères rapportées sur l'ensemble des publications est d'environ 1,5 pour mille interruptions [1]. Les facteurs de risque de la survenue d'une hémorragie sont l'âge gestationnel >10 SA, l'âge maternel avancé, la multiparité, l'anesthésie générale et les fibromes utérins [8]. La survenue d'un saignement excessif lors de l'évacuation utérine peut témoigner d'un avortement incomplet, d'une grossesse plus avancée que l'âge gestationnel attendu, une atonie utérine, une implantation cervicale ou une blessure de l'utérus (déchirure cervicale, perforation utérine). Dans l'attente d'une prise en charge chirurgicale si l'hémorragie persiste, l'administration de misoprostol ou le gonflement du ballonnet d'une sonde de Foley (30ml) dans la cavité utérine peut permettre de stabiliser la situation. La répétition de l'aspiration permet d'évacuer une rétention de trophoblaste ou de caillots (hématométrie) et la cœlioscopie permet de vérifier l'absence de blessure de l'utérus. L'embolisation sélective de l'artère utérine peut permettre de faire cesser l'hémorragie, rendant la nécessité d'une hystérectomie exceptionnelle [7]. L'hématométrie est une complication particulière caractérisée par la survenue dans les heures suivant l'aspiration d'une douleur pelvienne d'intensité progressivement croissante; à l'examen clinique l'utérus est augmenté de volume, douloureux à la mobilisation. Le traitement est la réaspiration immédiate de la cavité utérine qui permettra l'évacuation de caillots. L'injection d'ocytocine au moment de l'aspiration pourrait permettre de prévenir cette complication [9].

## 2.2 Rétentions ovulaires – Grossesses évolutives

Ces deux complications ont comme point commun le fait d'être la conséquence d'une aspiration incomplète de l'utérus. Le taux d'avortements chirurgicaux complets varie suivant les séries entre 94,6% et 99,5% [10-14]. La fréquence de la persistance d'une grossesse évolutive après une aspiration chirurgicale est comprise entre 1 et 5 pour 1000 [8, 13-15]. L'essentiel des avortements incomplets est donc la rétention de produits ovulaires. La conduite à tenir dépend de l'état clinique et de l'importance de la rétention ovulaire. Si une nouvelle évacuation utérine est décidée, l'identification anatomopathologique de tissus ovulaires dans le matériel aspiré varie de 20% à 71% des cas suivant les études [16-18]. Ceci est un argument pour proposer si l'état clinique le permet un traitement médical de ces rétentions par du misoprostol ou bien attendre une évacuation spontanée sous surveillance. Certains facteurs de risque d'avortement incomplet ont été identifiés: âge gestationnel inférieur à 7 SA [15], réalisation de l'aspiration par un opérateur en formation [14, 15].

**Remarque:** la survenue d'une hémorragie, d'une rétention de produits ovulaires ou d'une grossesse évolutive peut indiquer la pratique d'une nouvelle aspiration. Globalement la fréquence de la pratique d'une réaspiration utérine après une IVG peut être estimée autour de 2% [19].

## 2.3 Infections

Le problème des études sur les complications infectieuses après un avortement chirurgical réside dans le manque de spécificité des symptômes et des signes cliniques utilisés pour porter le diagnostic d'infection génitale haute du post-abortionum: leucorrhées malodorantes ou douleurs pelviennes > 7 jours, saignement anormal après l'avortement, température > 38 °, cervicite purulente à l'examen, douleur à la mobilisation utérine, masse annexielle palpable, prescription d'antibiotiques. Ainsi la prévalence des complications infectieuses après un avortement chirurgical varie entre 5% et 20% suivant les études [20-25]. Les facteurs de risque de développer une infection génitale haute après un avortement sont l'âge inférieur à 20 ans, la nulliparité, les partenaires sexuels multiples, l'antécédent de salpingite ou de gonorrhée, une infection génitale (gonococie, chlamydiae, vaginose bactérienne) non traitée au moment de l'avortement [25].

### 3. MOYENS DE PRÉVENTION

#### 3.1 L'acte chirurgical

Le risque de complications est diminué si l'acte chirurgical est effectué par un opérateur entraîné [14]. Cette notion est particulièrement importante entre 12 et 14 SA [26] puisque certains praticiens renoncent à pratiquer une aspiration chirurgicale à ce terme en France en raison de risques théoriquement plus élevés. Une étude comparative randomisée a montré que la pratique de l'acte chirurgical sous contrôle échographique permet de diminuer le risque de complications opératoires (3,7% *versus* 15,9% RR = 0,23 ; 95% CI: 0,08-0,67) [27]. Il semble que la pratique de l'acte sous anesthésie locale permette de diminuer le risque d'accidents en cours d'intervention [3, 28]. Ainsi deux études françaises effectuées sur des femmes ayant une IVG sous anesthésie locale avant 14 SA par des opérateurs entraînés montrent l'absence de déchirure du col, de perforation utérine et d'hémorragie sévère [29, 30].

#### 3.2 La préparation du col utérin

De nombreuses études ont évalué l'intérêt de différentes méthodes de préparation du col, médicamenteuses (mifépristone, misoprostol) ou mécaniques (laminaires), afin de diminuer les complications de l'avortement chirurgical. Les bénéfices de ces méthodes, démontrés essentiellement pour des âges gestationnels supérieurs à 9 SA, sont la facilitation de la dilatation cervicale et la diminution des saignements per opératoires. Aucune étude prospective n'a recruté un nombre suffisant de patientes pour démontrer un bénéfice en termes de diminution des complications telles que les déchirures cervicales per opératoires ou les rétentions endo-utérines. Après une analyse très complète de la littérature en 2001 les experts de l'ANAES se sont prononcés en faveur de deux protocoles de préparation médicamenteuse du col utérin : mifépristone 200 mg per os 36 à 48 heures avant l'aspiration ou misoprostol 400 mg par voie orale ou vaginale, 3 à 4 heures avant l'aspiration [1].

### 3.3 L'antibioprophylaxie

La méta-analyse de Sawaya portant sur des études randomisées publiées entre 1966 et 1994 comparant l'antibiothérapie au placebo a mis en évidence une diminution du risque relatif de développer une infection du post abortum grâce à l'antibiothérapie de plus de 50 % (RR=0,58; 95% CI: 0,47-0,71) [31]. Une prophylaxie universelle semble préférable à une prophylaxie ciblée sur les femmes dites « à risque » ou sur une politique de dépistage et traitement des infections génitales avant l'avortement [8, 32]. Le type et la dose d'antibiotiques à administrer ne sont pas très clairs car peu d'études ont comparé différents protocoles. En pratique ce sont souvent les tétracyclines seules qui sont utilisées. L'azithromycine administré en monodose avant l'acte chirurgical a un avantage sur les tétracyclines dont la prise pendant 7 jours après l'avortement peut être aléatoire [33]. L'efficacité d'une prescription conjointe d'antibiotiques actifs sur la vaginose bactérienne (clindamycine, métronidazole) n'a pas été retrouvée dans les dernières études [34-36].

## CONCLUSION

L'expérience de l'opérateur est un critère fondamental pour éviter les complications chirurgicales d'une aspiration. Le moment crucial du geste est la dilatation du col utérin. Il est certain que le contrôle échographique du geste peut donner plus de sécurité, particulièrement aux débutants. La préparation médicamenteuse du col utérin devrait être systématique car son action facilite la dilatation du col utérin. L'antibioprophylaxie peropératoire permet de diminuer le risque d'infection (endométrite, salpingite) dans les suites.

## Bibliographie

1. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 SA. ANAES. Mars 2001. [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)
2. Stubblefield PG, Carr-Ellis S, Borgatta L. Methods for induced abortion. *Obstet Gynecol* 2004 Jul; 104(1): 174-85.
3. Grimes DA, Schulz KF, Cates W Jr, Tyler CW Jr. Local versus general anesthesia: which is safer for performing suction curettage abortions? *Am J Obstet Gynecol* 1979 Dec 15; 135(8): 1030-5.
4. Kaali SG, Szigetvari IA, Bartfai GS. The frequency and management of uterine perforations during first-trimester abortions. *Am J Obstet Gynecol* 1989 Aug; 161(2): 406-8.
5. Lindell G, Flam F. Management of uterine perforations in connection with legal abortions. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1995 May; 74(5): 373-5.
6. Stubblefield PG, Borgatta L. Complications after induced abortion. In: Pearlman MD, Tintinalli JE, Dyne PL, editors. *Emergency care of the woman: diagnosis and management*. New York (NY) McGraw Hill 2004, p. 65-86.
7. Borgatta L, Chen AY, Reid SK, Stubblefield PG, Christensen DD, Rashbaum WK. Pelvic embolization for treatment of hemorrhage related to spontaneous and induced abortion. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185: 530-6.
8. Keder LM. Best practices in surgical abortion. *Am J Obstet Gynecol* 2003 Aug; 189(2): 418-22.
9. Sands RX, Burnhill MS, Hakim-Elahi E. Postabortal uterine atony. *Obstet Gynecol* 1974; 43: 595-8.
10. Heisterberg L, Kringelbach M. Early complications after induced first-trimester abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1987; 66(3): 201-4.
11. Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstet Gynecol* 1990 Jul; 76(1): 129-35.
12. Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA. A comparison of medical abortion (using mifepristone and gemeprost) with surgical vacuum aspiration: efficacy and early medical sequelae. *Hum Reprod* 1994 Nov; 9(11): 2167-72.
13. Child TJ, Thomas J, Rees M, MacKenzie IZ. A comparative study of surgical and medical procedures: 932 pregnancy terminations up to 63 days gestation. *Hum Reprod* 2001 Jan; 16(1): 67-71.
14. Child TJ, Thomas J, Rees M, MacKenzie IZ. Morbidity of first trimester aspiration termination and the seniority of the surgeon. *Hum Reprod* 2001 May; 16(5): 875-8.
15. Kaunitz AM, Rovira EZ, Grimes DA, Schultz KF. Abortions that fail. *Obstet Gynecol* 1985; 66: 533-7.
16. Heath V, Chadwick V, Cooke I, Manek S, MacKenzie IZ. Should tissue from pregnancy termination and uterine evacuation routinely be examined histologically? *BJOG* 2000 Jun; 107(6): 727-30.
17. Sykes P. Complications of termination of pregnancy: a retrospective study of admissions to Christchurch Women's Hospital 1989 and 1990. *N Z Med J* 1993 Mar 10; 106(951): 83-5.
18. Sadan O, Golan A, Girtler O, Lurie S, Debby A, Sagiv R, Evron S, Glezerman M. Role of sonography in the diagnosis of retained products of conception. *J Ultrasound Med* 2004 Mar; 23(3): 371-4.
19. Goldberg AB, Dean G, Kang MS, Youssof S, Darney PD. Manual versus electric vacuum aspiration for early first-trimester abortion: a controlled study of complication rates. *Obstet Gynecol* 2004 Jan; 103(1): 101-7.
20. Larsson PG, Platz-Christensen JJ, Thejls H, Forsum U, Pahlson C. Incidence of pelvic inflammatory disease after first-trimester legal abortion in women with bacterial vaginosis after treatment with metronidazole: a double-blind, randomized study. *Am J Obstet Gynecol* 1992 Jan; 166(1 Pt 1): 100-3.
21. Penney GC, Thomson M, Norman J, McKenzie H, Vale L, Smith R, Imrie M. A randomised comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion. *Br J Obstet Gynaecol* 1998 Jun; 105(6): 599-604.
22. Larsson PG, Platz-Christensen JJ, Dalaker K, Eriksson K, Fahraeus L, Irmingier K, Jerve F, Stray-Pedersen B, Wolner-Hanssen P. Treatment with 2% clindamycin vaginal cream prior to first trimester surgical abortion to reduce signs of postoperative infection: a prospective, double-blinded, placebo-controlled, multicenter study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000 May; 79(5): 390-6.
23. Crowley T, Low N, Turner A, Harvey I, Bidgood K, Horner P. Antibiotic prophylaxis to prevent post-abortion upper genital tract infection in women with bacterial vaginosis: randomised controlled trial. *BJOG* 2001 Apr; 108(4): 396-402.
24. Miller L, Thomas K, Hughes JP, Holmes KK, Stout S, Eschenbach DA. Randomised treatment trial of bacterial vaginosis to prevent post-abortion complication. *BJOG* 2004 Sep; 111(9): 982-8.
25. Sawaya GF, Grady D, Kerlikowske K, Grimes DA. Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a



## FAUCHER

- meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1996 May; 87: 884-90.
26. Koskas M, Jerbi M, Boccara J, Trie A, Jannet D, Lejeune V, Brun L, Camagna O, Milliez J, Carbonne B. Operative termination of pregnancy between 12 and 14 weeks' gestation: influence of the operator's experience. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2005 Jun; 34(4): 334-8.
  27. Acharya G, Morgan H, Paramanatham L, Fernando R. A randomized controlled trial comparing surgical termination of pregnancy with and without continuous ultrasound guidance. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004 May 10; 114(1): 69-74.
  28. Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, Zane SB, Green CA, Whitehead S, Atrash HK. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstet Gynecol* 2004 Apr; 103(4): 729-37.
  29. Thonneau P, Fougereyrollas B, Ducot B, Bouvilley D, Dif J, Lalande M, Soulat C. Complications of abortion performed under local anesthesia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998 Oct; 81(1): 59-63.
  30. Bacle F, Boufassa F, Lambert J, Lefebvre P, Soulat C, Meyer L. Pregnancy termination between 12 and 14 weeks gestation: practices and early complications in comparison with termination between 8 and 12 weeks. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2005 Jun; 34(4): 339-45.
  31. Sawaya GF, Grady D, Kerlikowske K, Grimes DA. Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1996 May; 87: 884-90.
  32. Crowley T, Low N, Turner A, Harvey I, Bidgood K, Horner P. Antibiotic prophylaxis to prevent post-abortion upper genital tract infection in women with bacterial vaginosis: randomised controlled trial. *BJOG* 2001 Apr; 108(4): 396-402.
  33. Flett GM, Templeton A. Surgical abortion. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2002 Apr; 16(2): 247-61.
  34. Larsson PG, Platz-Christensen JJ, Dalaker K, Eriksson K, Fahraeus L, Irminger K, Jerve F, Stray-Pedersen B, Wolner-Hanssen P. Treatment with 2% clindamycin vaginal cream prior to first trimester surgical abortion to reduce signs of postoperative infection: a prospective, double-blinded, placebo-controlled, multicenter study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000 May; 79(5): 390-6.
  35. Crowley T, Low N, Turner A, Harvey I, Bidgood K, Horner P. Antibiotic prophylaxis to prevent post-abortion upper genital tract infection in women with bacterial vaginosis: randomised controlled trial. *BJOG* 2001 Apr; 108(4): 396-402.
  36. Miller L, Thomas K, Hughes JP, Holmes KK, Stout S, Eschenbach DA. Randomised treatment trial of bacterial vaginosis to prevent post-abortion complication. *BJOG* 2004 Sep; 111(9): 982-8.