



HAL
open science

Comment je fais une IVG par méthode instrumentale entre 14 et 16 semaines d'aménorrhée?

Philippe Faucher, Sophie Gaudu

► **To cite this version:**

Philippe Faucher, Sophie Gaudu. Comment je fais une IVG par méthode instrumentale entre 14 et 16 semaines d'aménorrhée?. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie, 2022, 10.1016/j.gofs.2022.04.006 . hal-03657046

HAL Id: hal-03657046

<https://hal.sorbonne-universite.fr/hal-03657046v1>

Submitted on 22 Jul 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Comment je fais une IVG par méthode instrumentale entre 14 et 16 semaines d'aménorrhée ?

How I do to perform an abortion by instrumental method between 14 and 16 weeks of amenorrhea?

Philippe Faucher ¹, Sophie Gaudu ²

1. Service de Gynécologie Obstétrique Hôpital Trousseau AP-HP, vice-président du réseau de santé REVHO

2. Service de Gynécologie Obstétrique Hôpital Kremlin Bicêtre AP-HP, présidente du réseau de santé REVHO

- Auteur correspondant : Philippe Faucher

Adresse e-mail : philippe.faucher@aphp.fr

Le mercredi 23 février 2022 a été adoptée de façon définitive la proposition de loi comportant, entre autres mesures, l'extension du délai légal de l'IVG en France à 16 semaines d'aménorrhée (SA). Alors que jusqu'à 14 SA, la technique instrumentale pour évacuer le contenu de l'utérus est une simple aspiration, il est nécessaire de maîtriser jusqu'à 16 SA la méthode dite de Dilatation-Evacuation (D&E). Cette méthode a régulièrement été pratiquée jusque dans les années 90 en France pour les interruptions médicales de grossesse puis a été progressivement remplacée par la méthode médicamenteuse. Aujourd'hui la D&E est peu connue et rarement pratiquée alors qu'il s'agit d'une méthode simple, grevée de peu de complications sous réserve qu'une bonne dilatation du col ait été obtenue au préalable à sa réalisation.

A) La préparation du col

La préparation du col dans le but d'obtenir une dilatation du col est indispensable. Elle permet de faciliter la dilatation et de raccourcir la durée de l'intervention. L'effet de la préparation du col sur la réduction des traumatismes cervicaux et de la perforation utérine est très difficile à mettre en évidence dans la littérature médicale en raison de la grande rareté de ces complications.

La préparation du col repose sur des agents mécaniques (dilatateurs osmotiques naturels ou synthétiques) ou sur des agents pharmacologiques (mifépristone, misoprostol). De nombreux essais cliniques ont comparé entre eux l'efficacité de ces différents agents. Des recommandations du NICE¹ réalisées à partir d'une revue de la littérature ont été publiées en 2019 sur la préparation du col avant un avortement instrumental et sont désormais utilisées comme référence en Angleterre (1). Les études cliniques indiquent qu'il n'y a aucune différence ou des différences peu claires entre les dilatateurs osmotiques et la mifépristone ou le misoprostol en termes de durée de la procédure. Il n'y a également pas de différences cliniquement importantes quant aux traumatismes cervicaux, à la perforation de l'utérus et à l'expulsion préopératoire du fœtus. Il n'y a pas non plus de différence claire sur la dilatation initiale du col obtenue selon qu'on utilise les dilatateurs osmotiques, le misoprostol ou la mifépristone. Les experts du NICE indiquent donc que

¹ National Institute for Health and Care Excellence: organe opérationnel dépendant du ministère de la Santé du Royaume-Uni qui publie des lignes directrices dans le domaine de la pratique médicale

les trois méthodes peuvent être indiquées différemment en fonction de l'âge gestationnel. :

- Concernant la Mifépristone, elle peut être utilisée seule entre 14 et 16 SA à la dose de 200mg 24 heures avant l'intervention. Au-delà de 16 SA, il n'est pas recommandé de l'utiliser seule.
- Concernant le Misoprostol, il peut être administré seul entre 14 et 19 SA par voie buccale, sublinguale ou vaginale. La dose recommandée est de 400 mcg (avec peut-être une meilleure dilatation obtenue avec 600 mcg). L'intervalle entre l'administration du misoprostol et l'intervention n'est pas clairement défini car il varie de 1h à 6h selon les études et il n'y a pas d'études comparatives. Néanmoins dans la plupart des études le misoprostol est administré 2 à 3 h avant l'intervention. Au-delà de 19 SA, le misoprostol seul n'est pas recommandé
- Les dilateurs osmotiques doivent être utilisés après 19 SA

La question de savoir s'il y a un intérêt ou pas d'associer les méthodes de préparation du col entre elle pour obtenir une meilleure dilatation initiale du col est débattue. Notre propos se limitant aux interruptions de grossesse jusqu'à 16 SA, nous ne discuterons pas ici de l'intérêt d'associer les agents mécaniques et les agents pharmacologiques. En effet la mise en place de dilateurs osmotiques n'est généralement pas utilisée jusqu'à 16 SA car l'acceptabilité pour les femmes est moins bonne que celle des agents pharmacologiques (nécessité de passer une nuit à l'hôpital, mise en place des dilateurs parfois douloureuse ou difficilement tolérée psychologiquement). Il y a très peu de preuves de l'efficacité de la mifépristone administrée 24 heures avant l'avortement en association avec le misoprostol par rapport à d'autres protocoles de préparation du col. En revanche il est prouvé que lorsque la mifépristone a été administrée 2 jours avant l'avortement, et 48 heures avant le misoprostol, il y a un plus grand nombre d'expulsions avant l'intervention. C'est pourquoi les experts du NICE ont convenu que les preuves ne sont pas suffisamment solides pour recommander l'administration combinée de la mifépristone et du misoprostol.

B) Le geste technique

- La dilatation du col

La dilatation du col s'effectue mécaniquement par l'introduction progressive de bougies métalliques de Hégar de diamètre croissant. Les bougies doivent atteindre l'orifice cervical interne sans pénétrer plus loin dans l'utérus. Une pince de Pozzi appliquée sur la lèvre antérieure du col permet d'exposer au mieux le col et de contrebalancer la pression exercée par l'introduction des bougies de Hegar. Sauf en cas de difficulté de dilatation nous ne préconisons pas de dilater le col sous contrôle échographique car la dilation est généralement très facile grâce à la préparation antérieure du col. Il est préférable d'évacuer la vessie avant de commencer la dilatation.

Pour une interruption de grossesse entre 14 et 15 SA, le col doit être dilaté au moins jusqu'à la bougie n° 14 ou n° 15

Pour une interruption de grossesse entre 15 et 16SA, le col doit être dilaté au moins jusqu'à la bougie n° 15 ou n° 16

Si le col peut admettre une bougie d'un diamètre supérieur, il ne faut pas hésiter à utiliser des bougies plus grandes sans toutefois avoir besoin de dépasser la bougie n°16.

- **L'évacuation de l'utérus**

La procédure commence par la réalisation d'une aspiration intra-utérine avec la plus grosse canule disponible (12 à 16 mm) et aspirer le liquide amniotique. En France le diamètre le plus grand de canule disponible sur le marché est de 14 mm.

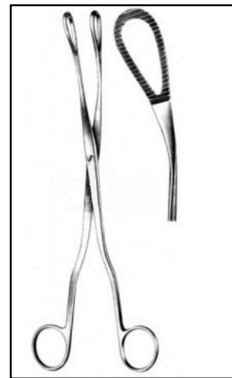
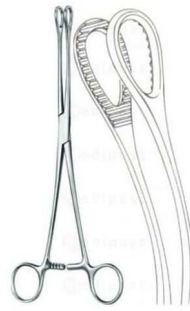
Jusqu'à 15 SA, il est parfois possible de réaliser l'avortement uniquement par aspiration. Après évacuation du liquide amniotique il est fréquent que le trophoblaste soit amené à l'orifice externe par l'aspiration. Il faut donc l'extraire par traction douce avec une pince languette.

L'utilisation complémentaire d'une pince spécifique est le plus souvent nécessaire à partir de 15 SA pour réaliser la procédure de D&E afin d'extraire des fragments fœtaux trop volumineux qui ne peuvent être aspirés (pôle céphalique en général).

Le type de pince recommandée est la pince de Mc Clintok ou la pince de Foerster (Figure 1). Il faut choisir un modèle qui peut être introduit dans l'utérus avec une dilatation de 14. Les pinces à faux germes habituellement disponibles sont trop larges. Il faut également choisir un modèle qui ne se démonte pas.

Figure 1

Exemple de pince adaptée: Pince de Foerster (haut)
Pince de Mc Clintok (bas)



Il est recommandé d'introduire la pince et de la manœuvrer sous contrôle échographique. Une fois introduite dans l'utérus, la pince doit s'ouvrir verticalement et non pas horizontalement pour une meilleure ergonomie (Figure 2). A 15 semaines certains utérus sont toujours médians ou encore retroversés. L'abaissement de la main doit tenir compte de ces particularités éventuelles. Dès que la pince a traversé l'orifice cervical interne, il faut l'ouvrir délicatement aussi largement que possible. Lors de l'ouverture de la pince, il faut abaisser la main et la pince en direction du sol pour amener les mâchoires de celle-ci dans la partie antero-inferieure de l'utérus. (Figure 3). Pour évacuer les tissus, il faut fermer les mâchoires de la pince autour des tissus fœtaux et la faire pivoter de 90° avant de la retirer. Il est impératif de veiller à ne pas saisir le myomètre avec la pince. Pour cela, il faut maintenir la pince dans la partie inférieure à moyenne de l'utérus. Il faut en effet

éviter d'utiliser la pince à proximité du fond de la cavité utérine, ce qui augmente le risque de perforation.

Figure 2

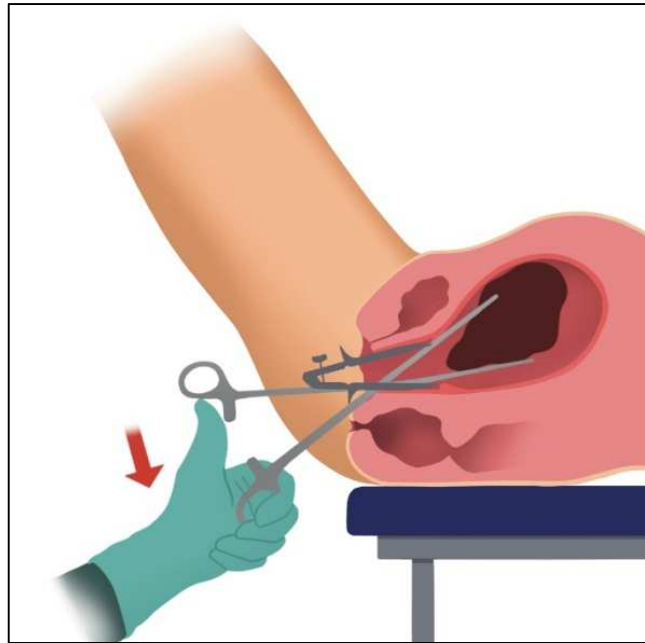
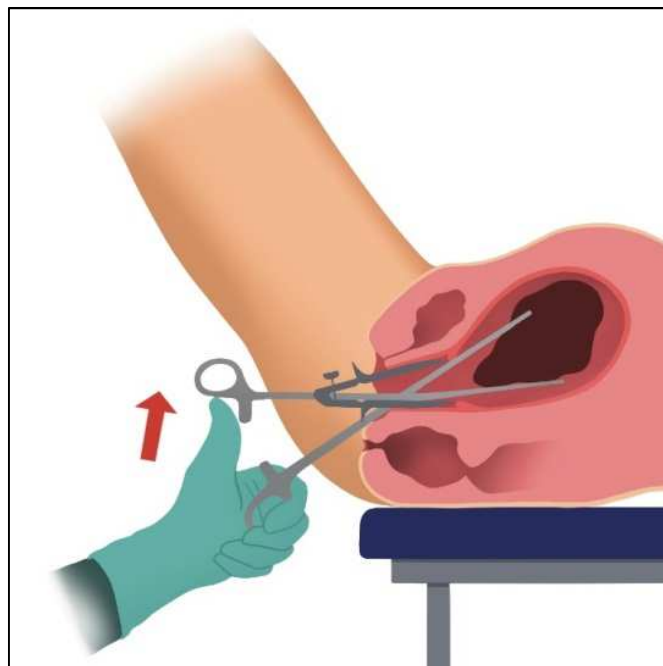


Figure 3



Le geste doit être répété jusqu'à élimination complète du fœtus et de la majeure partie ou de la totalité du placenta.

Si les tissus se sont déplacés de la partie inférieure de l'utérus vers le fond de la cavité utérine, il est très utile de recourir à l'aspiration pour les ramener vers le bas à portée de la pince. L'utilisation d'oxytocine (5 unités en IVD) ou un massage utérin peut permettre de ramener les débris fœtaux vers la partie basse de l'utérus. Nous proposons de réaliser systématiquement 5 unités en IVD après l'évacuation du liquide amniotique puis de mettre en place une perfusion lente de 5 unités d'oxytocine.

Après évacuation de tous les tissus fœtaux, il est nécessaire de pratiquer une aspiration pour s'assurer qu'il ne subsiste plus de tissus résiduels.

Une échographie de contrôle finale par voie sus pubienne s'assurera de la vacuité de l'utérus.

C) Les complications

La mortalité actuelle de l'IVG en France est de 0.5 décès pour 100 000 femmes. D'après les données américaines les plus récentes la mortalité est plus élevée entre 14 SA et 17 SA passant à 2,5 décès pour 100 000 femmes (2). Rappelons par comparaison que la mortalité par accident de la circulation en 2013 en France est de 4.5 pour 100 000.

Le risque hémorragique global avec nécessité de transfusion de la D&E entre 13 et 26 SA est compris entre 0.09% et 0.6% dans cinq études (3). Par comparaison ce risque est de 0.1% lors d'une simple aspiration instrumentale. Dans une étude portant sur 11 747 procédures de D&E de 13 SA à 26 SA le risque de saignement supérieur à 500ml est nul jusqu'à 19 SA (4).

Le risque de déchirure du col lors de la D&E est environ de 1% (4) soit le même chiffre que lors de la pratique d'une aspiration instrumentale.

Le risque de perforation de l'utérus lors de la D&E est de 0.4% (4) alors qu'il est de 0.1% lors d'une aspiration instrumentale.

Le risque d'infection post opératoire lors de la D&E est compris entre 0.09% et 4.1 % dans cinq études tous termes confondus (4). Dans l'étude de Grossman, le risque infectieux entre 14SA et 16 SA est d'environ 1%, soit le même chiffre que celui observé après une aspiration instrumentale (3).

L'antécédent d'utérus cicatriciel augmente le risque de complications peropératoire. Pour Frick, l'antécédent de deux césariennes ou plus multiplie par 7.4 le risque de complications majeures (5)

Conclusion

L'IVG instrumentale par la technique de Dilatation Extraction est une procédure très sûre dans des mains entraînées avec un risque de complications très faibles, identique aux complications de l'aspiration instrumentale sur la période entre 14 SA et 16 SA d'après les données scientifiques publiées. Cette pratique étant nouvelle en France il est nécessaire dans un premier temps de confier sa pratique à des praticiens aguerris ayant déjà une bonne expérience de l'aspiration instrumentale jusqu'à 14 SA. C'est toutefois un geste simple à réaliser jusqu'à 16 SA et la formation de nouveaux acteurs de santé (internes, médecins généralistes, sage femmes) doit rester indispensable pour permettre un accès harmonieux à l'IVG sur tout le territoire.

Bibliographie

1. O'Shea LE, Lohr PA, Lord J, Hasler E, Cameron S. Cervical priming before surgical abortion between 14 and 24 weeks: a systematic review and meta-analyses for the National Institute for Health and Care Excellence-new clinical guidelines for England. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2021 Jan;3(1):100283.
2. Zane S, Creanga AA, Berg CJ, Pazol K, Suchdev DB, Jamieson DJ, Callaghan WM. Abortion-Related Mortality in the United States: 1998-2010. *Obstet Gynecol*. 2015 Aug;126(2):258-265
3. Grossman D, Blanchard K, Blumenthal P. Complications after Second Trimester Surgical and Medical Abortion *Reproductive Health Matters* Volume 16, Issue 31, Supplement, May 2008, Pages 173-182
4. Peterson WF, Berry FN, Grace MR, Gulbranson CL. Second-trimester abortion by dilatation and evacuation: an analysis of 11,747 cases. *Obstet Gynecol*. 1983 Aug;62(2):185-90.
5. Frick AC, Drey EA, Diedrich JT, Steinauer JE. Effect of prior cesarean delivery on risk of second-trimester surgical abortion complications. *Obstet Gynecol*. 2010 Apr;115(4):760-764.

Note : La description de la technique de D&E ainsi que les graphiques de cet article sont inspirés de la publication d'IPAS : Edelman, A. et Kapp, N. (2018). Guide de référence sur la technique de dilatation et évacuation : Interruption volontaire de grossesse et soins après avortement à partir de la treizième semaine de grossesse (« deuxième trimestre »). Chapel Hill, NC