

# L'IVG chirurgicale : quel protocole?

Annick LAFFITTE  
CHU Sud Réunion

# Références

- HAS 2001 et décembre 2010
  - Prise en charge de l'IVG jusqu'à 14 sa
- CNGOF 2012
  - Prise en charge des IGH
- Diagnostic et modalités thérapeutiques des complications de l'IVG instrumentale CNGOF 2006

# Prérequis

- Demande d'IVG signée par la patiente
- Délai de réflexion
  - Consultation psycho sociale (obligatoire pour les mineures)
- En établissement de santé
  - En ambulatoire
  - Avec plateau technique chirurgical si > 12 sa (HAS 2001)
- Avant 14 SA (datation échographique)
  - Entre 9 et 14 SA, le traitement médical est moins efficace et moins bien toléré que le traitement chirurgical (NP 2)
  - Technique de choix au delà de 10 SA
- Groupe phénotype, RAI, +/- bilan d'hémostase
- Consultation d'anesthésie
- Information signée sur les risques de complications

# Risques de complications 0,7%

- Complications immédiates
  - Perforation 0,1 à 0,9 %
    - Inaperçues et sans gravité
    - Risque de rupture utérine lors d'une grossesse ultérieure
  - Hémorragie 0,15%
    - < IVG médicamenteuse
  - Déchirure cervicale << 1%
- Rétention
- Infection (antibioprophylaxie)
- Décès
  - Selon les études, les décès varient de 0 à 0,7 pour 100 000.
  - Risque chirurgical > risque anesthésique

# Risque de complications

- Habitude opérateur

- Expérience (nombre d'actes 0,01 et 1,16 %)
- Ancienneté (interne>sénior)

- Mode d'anesthésie

- Anesthésie locale<anesthésie générale

- **Sous AG**

- Hémorragie x 1,7
- Perforation x 2,2
- Hémorragie intra-abdominale x 8,2
- Blessure cervicale x 2,9
- Transfusion x 5

- Préparation cervicale

- Age gestationnel

- **Les décès et complications augmentent avec l'âge gestationnel pour la plupart des auteurs**

# Anesthésie

- Anesthésiste / **patiente** / gynécologue
- Terme de la grossesse
- Risques anesthésiques
  
- Générale
- Loco régionale (rachi anesthésie)
- Locale

# Prise en charge de la douleur

- Pour environ le tiers des patientes, la technique d'anesthésie locale par **bloc para cervical** ne prévient pas la survenue de douleurs considérées comme sévères lors de la pratique de l'aspiration endométriale (grade C).
- L'injection de **Lidocaïne intra cervicale** au niveau de la région isthmique (orifice interne du col) diminue significativement le score de la douleur par comparaison à la technique précédente (grade B).
- Les **Benzodiazépines** sont inefficaces sur la douleur des IVG par aspiration.
- L'efficacité du **Paracétamol** n'est pas prouvée.
- En revanche, l'administration d'**Ibuprofène** (AINS) diminue les scores de douleur per et post opératoire (grade A) ; seul l'ibuprofène a été étudié.

# Choix de l'anesthésie

- Les facteurs de risque de survenue d'une douleur intense
  - Jeune âge,
  - Peur de l'acte,
  - Utérus rétroversé,
  - Antécédents de dysménorrhée,
  - Grossesses les plus précoces et les plus avancées (grade C).
- De telles situations justifient l'utilisation d'antalgiques efficaces en préopératoire en cas d'anesthésie locale ou la proposition d'une **anesthésie générale**.

# Technique

- Préparation cervicale
  - RU
  - Cytotec
  - Dilatateurs osmotiques (laminaire)
- Dilatation cervicale
  - Bougies de Hégar
- Aspiration
- Contrôle de la vacuité utérine
  - Échographie est actuellement la technique de référence et doit être systématique
  - Curette mousse

# Préparation cervicale

- Efficace pour
  - Faciliter la **dilatation cervicale**,
  - Diminuer la **durée opératoire** et le risque de **rétenction utérine** secondaire (NP 1).
- Le Misoprostol, la Mifépristone et les dilatateurs osmotiques ont une efficacité comparable (NP 1)
- Mifépristone
  - 1 prise de 200 mg 36 à 48 heures avant l'IVG (grade A)
  - La dose de 200mg de Mifépristone offre des taux de succès comparables à la dose de 600mg (NP 1)
- Misoprostol 400µg en une prise 3 ou 4 heures avant
  - Les voies vaginale et sublinguale sont plus efficaces que la voie orale pour la dilatation du col au premier trimestre.
- Avant 10 sa : nullipare

# Antibioprophylaxie

- **Doxycycline** ou **Métronidazole**
  - Réduit le risque d'infection pelvienne après IVG chirurgicale (NP1).
  - L'ATBP systématique doit être préférée à une ATBP ciblée (NP1).
  - Pas de différence d'efficacité entre ces deux antibiotiques
  - Pas d'argument pour associer plusieurs antibiotiques.
- Une ATBP doit être réalisée systématiquement avant l'IVG chirurgicale (grade A).
  - Cette ATBP doit utiliser la **Doxycycline** ou le **Métronidazole** selon les protocoles retenus (grade A).
  - Chez la femme de moins de 25 ans, étant donnée la prévalence élevée de *Chlamydiae trachomatis* la **Doxycycline** doit être privilégiée (grade C).
- Les posologies recommandées sont les suivantes :
  - Patientes de moins de 25 ans ou autre groupe à risque de MST :
    - **Doxycycline** 100 mg per os 1 heure avant l'IVG suivie de 200 mg juste après la procédure (grade A).
    - L'**azithromycine** per os 1 g constitue une alternative intéressante et notamment en cas d'intolérance à la Doxycycline (accord professionnel) ;
  - Patientes de plus de 25 ans :
    - **Métronidazole** 500 mg per os au moment de l'IVG puis 500 mg per os 4 et 8 h après (grade A).

# Technique en fonction du terme

- Le calibre de la canule correspond au nombre de SA
- Au delà de 12 sa
  - Aspiration à l'aide d'une canule
  - Utilisation de pinces spécifique le cas échéant
  - Formation spécifique
  - L'utilisation éventuelle de l'anesthésie locale demande une très bonne maîtrise de la technique de dilatation et évacuation
- Bénéfice de l'association Mifépristone/Misoprostol dans les IVG > 12 sa ???

# Mesures spécifiques

- Possibilité de mettre en place un DIU à la fin du geste chirurgical
- Remise à la patiente d'une fiche d'information et de conseils avec un numéro de téléphone d'urgence

# Prise en charge des complications

- Hémorragies
  - Syntocynon diminue les pertes sanguines grade B
  - Misoprostol / Nalador
  - Embolisation
- Perforation
  - Abstention / surveillance
  - Coelioscopie
    - Plaie par aspiration
    - Risque de plaie digestive
- Déchirure cervicale
  - Suture si hémorragique
- Rétention
  - Misoprostol 400 µg
  - Curetage

# Conclusion

- Expérience de l'opérateur
  - Maîtrise du geste
  - Bonne connaissance des risques
- Antibioprophylaxie
- Préparation médicamenteuse du col utérin
- Dilatation du col utérin prudente
- Contrôle échographique du geste
  - Débutants +++
- Attention particulière IVG > 12 sa