

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITÉ ABOUBEKR BELKAÏD
ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER SPÉCIALISÉ
SERVICE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE



INTERRUPTION THERAPEUTIQUE DE LA GROSSESSE

* Thème Réalisé par : D' Nadhir BASSAÏD
D' Amina KHELLOUFI
D' Sarra ATTAR
D' Jihane AYAD

* Encadré par : PR. Riad BENHABIB
Médecin Chef de service

DR. RIAD BENHABIB
Gynécologue
Chef de Service

Promotion Octobre 2010

Remerciements

"Mes remerciements les plus sincères à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire ainsi qu'à la réussite de mon stage d'internat !"

Je remercie vivement mon professeur BENHABIB Riad pour son précieux enseignement, et qu'il veuille bien trouver dans ce travail l'expression de mon sincère dévouement.

J'exprime également ma profonde et sincère gratitude à tous les maîtres-assistants et les assistants, ainsi à tous les résidents en particulier : D^r Brixi-Reguig, D^r Rostane, D^r Seladji, D^r Dali Youcef et D^r Nigro; qui m'ont prodigué des encouragements et se sont donné la peine de me soutenir durant mon stage d'internat, et bien sûr sans oublier mes collègues et le personnel du service de la maternité.

Etude Théorique

PLAN :

INTRODUCTION- DEFINITION

TERMINOLOGIE – AVORTEMENT

TERMINOLOGIE- NOTION DE VIABILITE

ASPECTS LEGAUX

INDICATIONS DE L'ITG

FACTEURS DECISIONNELS DE L'ITG

TECHNIQUE DE L'ITG (Aperçu Historique)

PHASE D'EVALUATION D'UNE GROSSESSE à INTERROMPRE

ITG AU COURS DU 1^{er} TRIMESTRE

ITG AU COURS DU 2^{ème} & 3^{ème} TRIMESTRE

Contraception post-ITG

CONCLUSION

REFERENCES

I. INTRODUCTION- DEFINITION :

L'interruption médicale de grossesse (IMG), autrefois appelée **avortement thérapeutique**, désigne une interruption de grossesse pratiquée volontairement lorsque la poursuite de la grossesse **met en péril la santé de la femme** ou lorsque **le fœtus est atteint d'une malformation grave et non curable**. Il peut s'agir d'une malformation cardiaque, d'une agénésie des reins (ils sont absents), d'une trisomie...

La décision de recourir à l'ITG appartient aux médecins et au couple concerné. Contrairement à l'IVG, l'ITG peut être pratiquée au-delà de la **12^{ème} semaine** de grossesse **sans limite d'âge**.

Les parents sont informés de la maladie de leur enfant ou bien du risque qui peut être engendrée par la grossesse (pour la santé de la mère) ; par une équipe **pluridisciplinaire** de diagnostic prénatal (obstétricien, échographiste, généticien, pédiatre, radiologue, psychiatre...). Avec l'aide de ces professionnels, ils prennent la décision d'avoir recours ou non à une ITG.

A **l'étranger**, On leur accorde le temps de la réflexion (en cas d'**ITG** pour motif de malformation fœtale non curable) cette intervention pouvant être pratiquée à tout moment. S'ils décident de **ne pas interrompre** la grossesse, ils pourront accompagner leur enfant en **soins palliatifs** après sa naissance.

II. TERMINOLOGIE – AVORTEMENT :

Dans la documentation étudiée, on retrouve plusieurs définitions de l'avortement et la sémantique va souvent de pair avec la position des auteurs quant à la libéralisation de cette pratique. On définit **l'avortement**, ou **l'avortement provoqué**, ou encore **l'interruption volontaire de grossesse (IVG)** comme étant une « *expulsion du fœtus avant que ce dernier soit suffisamment développé pour survivre au dehors de la matrice.* ». Parmi ces termes, celui d'IVG serait davantage utilisé en raison d'une charge émotionnelle moindre que pour le terme « avortement ».

Ce type d'avortement, l'IVG, est « *...causé par un **recours délibéré** à des moyens mécaniques, pharmacologiques ou autres.* » Il se différencie de la *fausse-couche* ou de l'avortement « *spontané* », ce dernier faisant suite à des complications qui provoquent, en cours de grossesse, une expulsion spontanée du contenu utérin, et ce, avant le stade de viabilité extra-utérine.

Le terme « **avortement thérapeutique de grossesse** » (ITG) est plus complexe. Certains l'utilisent lorsque la grossesse est interrompue pour des raisons médicales, qui tiennent soit à la femme enceinte soit au fœtus.

D'autres utilisent ce terme uniquement lorsque la santé de la femme enceinte est compromise, c'est-à-dire lorsqu'elle est « *...atteinte d'une affection grave, pour laquelle la poursuite de la gestation pourrait signifier une moindre chance de succès des traitements disponibles, une survie plus brève, ou une atteinte sérieuse à sa santé.* »

Dans l'étude de **DEHAN et Al.** (2001), les auteurs soulignent que le terme « **ITG** » est aussi synonyme d'interruption médicale de grossesse (IMG). Pour plusieurs, l'IMG est une interruption volontaire de grossesse pour **motif thérapeutique** concernant uniquement *le fœtus*. De plus, dans la documentation, le terme IMG n'est pas propre au troisième trimestre. Enfin, il y a l'expression « *avortement eugénique* » que l'on réserve à « *...l'élimination de l'embryon (du fœtus) atteint (ou présentant de fortes probabilités d'être atteint) d'une tare sévère.* »

III. TERMINOLOGIE- NOTION DE VIABILITE :

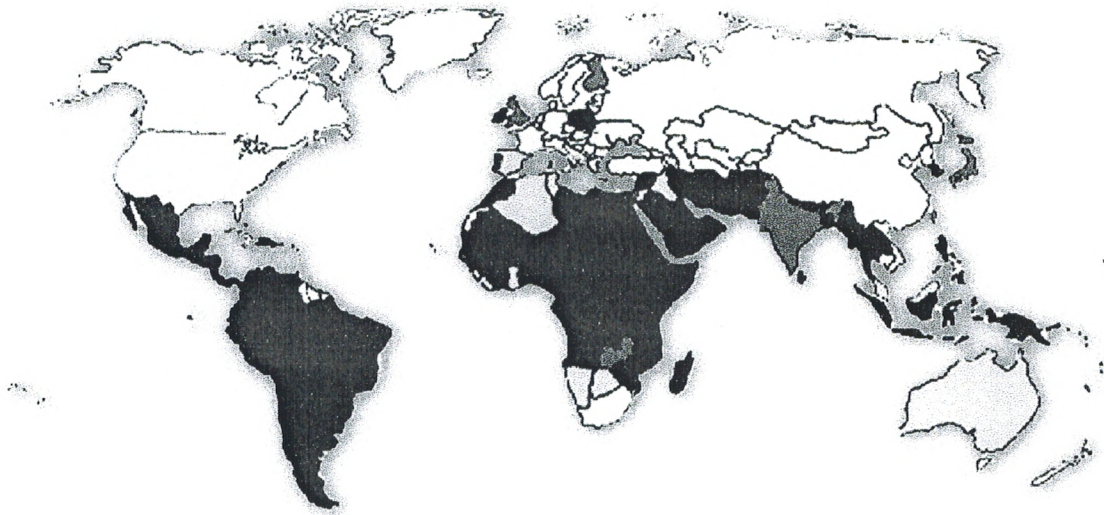
Un fœtus est considéré comme étant **viable** à partir du moment où il a le **potentiel de survivre** à l'extérieur du corps de sa mère, avec ou sans l'aide d'un soutien néonatal intensif.

Dans notre société, on effectue des interruptions de grossesse du *troisième trimestre* même lorsque le fœtus **n'est pas viable**, ce qui soulève certaines préoccupations. Pour la prise en charge de bébés aux limites de la viabilité, les organisations professionnelles médicales établissent des recommandations de pratique qui tiennent compte de la durée de gestation ou du poids du fœtus.

Ces recommandations laissent une certaine marge de manœuvre aux médecins qui décident d'une prise en charge en tenant compte des discussions préalables avec les parents et de la culture de l'établissement où ils pratiquent.

La viabilité est également un **concept mouvant**, car son seuil varie non seulement d'un pays à l'autre, en fonction des offres en matière de médecine périnatale, mais aussi d'une période à l'autre. Il change au cours du temps en fonction du perfectionnement de la médecine néonatale et selon l'amélioration du taux de survie et du devenir des bébés prématurés ou de très petit poids.

* Interruption de la Grossesse & Législation Dans Le Monde *

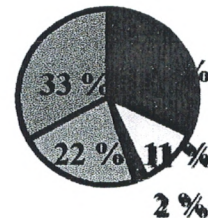
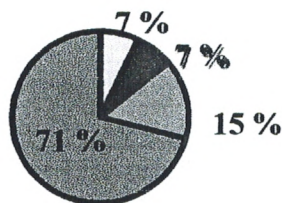
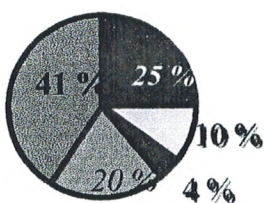


- Illégal en toutes circonstances sauf pour sauver la vie d'une femme
 - Uniquement pour sauver la vie d'une femme + Protéger sa santé physique
 - Sauver la vie d'une femme + Protéger sa santé physique + sa santé mentale
 - Sauver la vie + Protéger sa santé physique + sa santé mentale + raisons socio-économiques
 - Aucune restriction ; sur simple demande
- *****

MONDE

Pays développés

Pays en développement



- Interdit ou permis pour sauver la vie d'une femme
- Permis pour protéger la vie d'une femme ou sa santé physique
- Permis pour protéger la vie d'une femme ou sa santé physique ou sa santé mentale
- Permis pour protéger la vie d'une femme ou sa santé physique ou sa santé mentale ou sur des critères socio-économiques
- Autorisé sans restriction

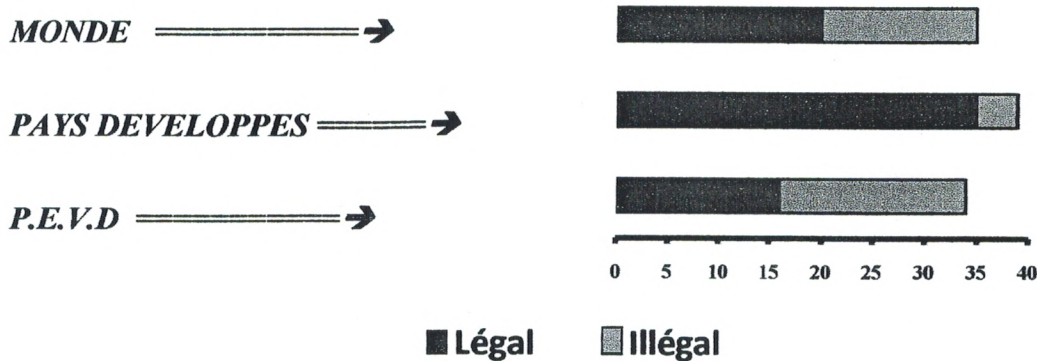
New York: AGI, 1999, pp. 21-22.

IV. ASPECTS LEGAUX :

En France, "La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie" (art. L2211-1 du code de la santé publique). En revanche, le fœtus n'a, aux yeux de la loi française, pas d'existence en tant que **personne légale**..

Les modalités pratiques de « l'interruption médicale de grossesse » ont été précisées, entre autres, par l'article 13 de la loi 94-654 du **29 juillet 1994**, qui précise que : « *En outre, si l'interruption de grossesse est envisagée au motif qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic, l'un de ces deux médecins doit exercer son activité dans un centre de diagnostic prénatal pluridisciplinaire* ».

Interruption de grossesse par an pour 1000 femmes 15-44 ans



V. INDICATIONS DE L'ITG :

⇒ *Indications maternelles :*

Toute maladie maternelle, dont l'évolution peut être **gravement perturbée** par une grossesse, même normale, peut être indication à une ITG. Ces indications sont **rare**s aujourd'hui.

- Pathologie **cardiaque** grave, avec risque de décompensation cardiaque durant la grossesse
- Pathologie **cancéreuse**, où le retard de traitement occasionné par la grossesse peut être gravement préjudiciable à la survie maternelle.
- Pathologie **psychiatrique** et **névrotique**, lorsque la grossesse entraîne la décompensation d'une névrose préexistante avec risque suicidaire.
- **Néphropathie** grave avec risque de décompensation.
- **Coma**, **acidocétose** et diabète grave.
- **Infections graves** (HIV, toxoplasmose, rubéole...)
- **Dysimmunité** (Lupus...)
- Antécédents de **rupture utérine** sur utérus cicatriciel contre-indiquant une nouvelle grossesse.

Dans ces cas de pathologies maternelles, l'avis de **deux médecins experts**, dont l'un expert de la pathologie maternelle et l'autre, si possible, membre d'un centre de diagnostic anténatal, est requis.

⇒ *Indications obstétricales :*

- Ruptures prématurées des membranes à un terme précoce (moyenne de 20,8 SA, extrêmes de 17 et 24 SA)
- Retards de croissance in utero (RCIU) majeurs < 5e percentile ; précoces et/ou dysharmonieux (20-31 SA) avec altération des flux fœto-placentaires,

- Oligoamnios sévère ou anamnios.
- SFC précoce et grave.
- Troubles du rythme cardiaque (de 23 à 30 SA).
- HRP, PP, Crises d'éclampsie & HELLP syndrome.

⇒ *Pathologie fœtale :*

Tout risque important de pathologie fœtale grave, reconnue comme **incurable** au moment du diagnostic.

- *Malformation d'un organe fonctionnel létale à plus ou moins brève échéance (agénésie rénale, hypoplasie pulmonaire, extrême prématurité inéluctable)*
- *Atteinte cérébrale ou nerveuse risquant d'entraîner un déficit neurologique grave (hydrocéphalie, agénésie de diverses régions cérébrales, atteinte infectieuse cérébrale)*
- *Anomalie chromosomique avec déficit intellectuel*
- *Autres malformations ou maladies fœtales entraînant une qualité de vie gravement perturbée*

Dans ces situations, l'avis des parents est prépondérant. Après consultations auprès de plusieurs spécialistes concernés (obstétricien, chirurgien infantile, neuro-pédiatre, cardio-pédiatre, généticien, psychiatre...), le couple formule une demande, qui est examinée par un centre de diagnostic anténatal pluridisciplinaire. Le centre de diagnostic anténatal rend alors un avis (favorable ou défavorable) sur l'IMG.

VI. FACTEURS DECISIONNELS DE L'ITG :

Les facteurs influençant une prise de décision sont multiples et variés. Ils dépendent de la nature exacte du motif, des possibilités thérapeutiques, du terme, du caractère évolutif, du désir des parents, mais aussi des considérations familiales, économiques... Ils ne peuvent être tous détaillés, et dépendent fortement du vécu de chacun, de l'expérience professionnelle, de la spécialité exercée, de l'éducation, des convictions morales ou religieuses... Tous ces paramètres, qu'il est impossible de mesurer, ont une influence certaine mais non démontrable.

Parmi les quelques facteurs décisionnels que nous pouvons citer, la lourdeur de la prise en charge thérapeutique et la demande parentale, sont les deux plus importants. Le positionnement du médecin, et celui des parents par rapport à la société, sont aussi déterminants.

VII. TECHNIQUE DE L'ITG (Aperçu Historique) :

1970 : Remplacement du curetage par l'aspiration manuelle ou électrique aux USA

1980 : Remplacement du curetage par l'aspiration manuelle ou électrique en Europe de l'Ouest

1986 : Commercialisation de l'avortement médicamenteux en France

1997 : Commercialisation de l'avortement médicamenteux dans l'union européenne

* Les techniques utilisées sont fonction du terme de la grossesse et si possible du choix de la femme

VIII. PHASE D'EVALUATION D'UNE GROSSESSE à INTERROMPRE :

Le diagnostic de grossesse et l'estimation précise de l'âge gestationnel sont des facteurs qui font partie intégrante des soins abortifs. Les options appropriées ne peuvent faire l'objet de discussions et les complications associées à l'avortement ne peuvent être minimisées que lorsque ces facteurs ont été déterminés. La détermination précise de l'âge gestationnel contribue également au diagnostic et à la prise en charge des grossesses anormales.

⇒ Examen physique et anamnèse avant l'intervention :

- ✚ Confirmation du diagnostic de grossesse par l'entremise du taux urinaire ou sérique de β HCG.
- ✚ Détermination de l'âge gestationnel au moyen :

- d'un examen pelvien bimanuel visant à s'assurer que la taille de l'utérus est conforme aux dates;
 - d'une échographie lorsque l'AG semble douteux ou que la présence d'une gestation intra-utérine demeure incertaine, ainsi que dans tous les cas d'interventions se déroulant au deuxième trimestre.
- ✦ Identification de toutes les pathologies préexistantes, p. ex. hyperthermie maligne, trouble de la coagulation, maladie cardiorespiratoire.
 - ✦ Détermination de tous les facteurs pouvant influencer le choix du mode d'intervention, d'anesthésie ou de prise en charge préopératoire ou postopératoire.

IX. ITG AU COURS DU 1^{er} TRIMESTRE :

Déterminez, en fonction des facteurs médicaux et autres, les modes **d'avortement précoce** pour lesquels la patiente s'avère **admissible**. Ensuite, après avoir expliqué à la patiente les différentes options (tant leurs **avantages** que leurs **désavantages**) de façon objective et exhaustive, aidez-la à choisir un mode d'intervention. Une fois que la patiente a bénéficié de suffisamment de renseignements pour prendre une **décision éclairée**, vous pouvez lui offrir un avortement **chirurgical** ou **médical**.

A. Avortement Médical :

Des recherches menées au Canada, au Royaume-Uni et en France indiquent que plus de la **moitié** des femmes admissibles choisissent, lorsqu'on leur en offre le loisir, d'avoir recours à un mode d'intervention **médical**. Puisqu'aucun médicament n'est indiqué aux fins de l'interruption de grossesse au Canada, ce mode d'intervention fait appel à l'emploi non conforme de **méthotrexate** suivi de **misoprostol** ou de **misoprostol seul**.

Le succès signalé dans le cas de l'utilisation du méthotrexate dans la prise en charge des grossesses ectopiques a mené Creinin et Darney, en 1993, à utiliser du méthotrexate (**50 mg/m²**) et du misoprostol (**800 µg**) en vue de provoquer l'avortement d'une **gestation intra-utérine précoce**. De nombreux essais ont démontré l'innocuité et l'efficacité de ce mode d'intervention, bien qu'il s'avère **moins efficace** que les modes d'intervention chirurgicaux. La mise en place d'un suivi inconditionnel s'avère requise pour assurer la réussite de ce mode d'intervention;

De plus, un mode d'intervention de **rechange** doit être disponible en cas **d'échec**. Le taux d'avortement complet est d'environ 90 % ou plus dans le cas des gestations allant **jusqu'à 49 jours**. Pour les gestations de durée supérieure, le taux de réussite semble connaître une baisse.

Dans les **24 heures** suivant la première ou la deuxième dose de misoprostol, **78 %** des patientes **expulsent** les produits de conception (PDC). Chez le reste des patientes qui connaissent en bout de ligne une interruption médicale de grossesse réussie, l'interruption est différée et peut s'étendre sur plusieurs jours. Lorsque l'interruption médicale de grossesse échoue, l'échec est principalement attribuable à l'expulsion incomplète des PDC.

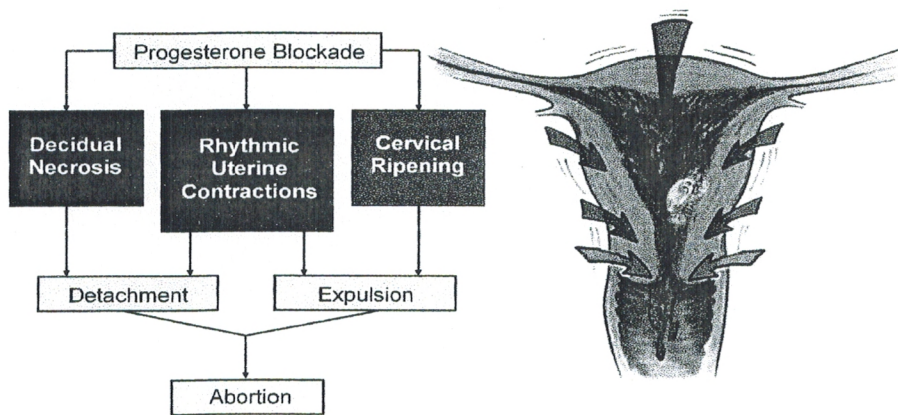
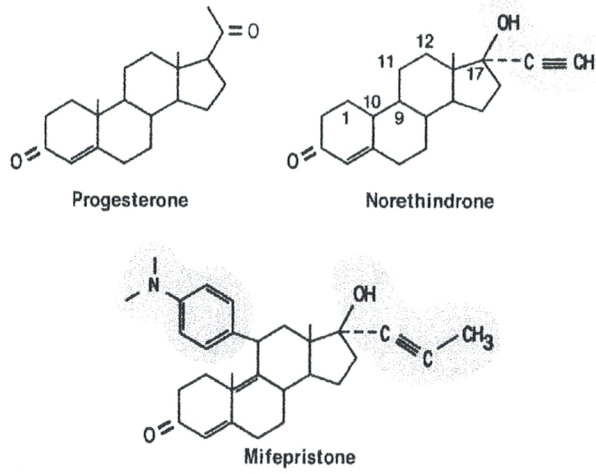
Environ **1 %** des patientes présenteront une gestation continue viable qui nécessitera une **évacuation chirurgicale**, et ce, en raison des effets potentiellement **tératogènes** du misoprostol.

Il n'a pas été clairement établi que l'administration de doses non chimio thérapeutiques de méthotrexate causait des anomalies congénitales.

L'administration de misoprostol seul peut provoquer un avortement aux débuts du premier trimestre; toutefois, l'administration de doses répétées peut s'avérer nécessaire.

Dans le cadre d'une étude, l'administration **vaginale** de **misoprostol** à raison de **800 µg** toutes les 48 heures (jusqu'à concurrence de trois doses) a obtenu **un taux d'avortement complet de 93 %**.

La mifépristone est une anti-progesterone qui se lie aux récepteurs de la progesterone et empêche la progesterone d'exercer ses effets



Mifépristone Autorisé (2003)



■ Autorisé
□ Pas d'accès

Population Council

Gynatry Health Projects

1) Sélection des patientes :

Les candidates à l'interruption médicale de grossesse doivent se soumettre à un dépistage exhaustif afin d'assurer leur engagement envers le suivi. La patiente doit être en mesure de participer au processus, de tolérer un délai potentiel quant à l'interruption de grossesse et de comprendre les instructions, et se doit d'être stable sur le plan émotionnel. De plus, la patiente doit être disposée à subir une intervention chirurgicale si l'interruption médicale de grossesse échoue. Des données semblent indiquer que l'efficacité de l'avortement médical est inversement proportionnelle à l'âge gestationnel; néanmoins, ce mode d'intervention peut être offert jusqu'au 56^{ème} jour de gestation.

2) Indications :

1. Une femme enceinte demandant un avortement et souhaitant un avortement médicamenteux.
2. Une grossesse inférieure ou égale à 49 jours d'aménorrhée.
3. Une Patiente bien informée
4. Une patiente chez qui un avortement chirurgical peut être difficile :
 - Malformations Utérines
 - Grossesse avec Hymen intact

3) Contre-indications :

- ✚ Sensibilité aux médicaments
- ✚ Coagulopathie connue ou troubles hémorragiques
- ✚ Grossesse ectopique confirmée ou suspectée
- ✚ Stérilet en place.
- ✚ Maladie hépatique ou rénale évolutive
- ✚ Anémie grave
- ✚ Maladie intestinale inflammatoire aiguë
- ✚ Insuffisance Surrénale Chronique et Porphyrie Pour la Mifépristone
- ✚ Asthme Sévère Pour le Misoprostol
- ✚ Contre-indication psychologiques

4) Précautions d'emploi non validés scientifiquement :

- Pathologies cardio- vasculaires chroniques (valves, ATCD d'endocardite infectieuse....)
- Allaitement
- Fumeuses de plus de 35 ans
- Utilisation des AINS

5) Effets indésirables :

- | | |
|----------------------|--------------------|
| ✓ Douleurs | ✓ Fièvre, frissons |
| ✓ Saignements | ✓ Malaise |
| ✓ Troubles digestifs | |

6) Protocole :

✚ Méthotrexate et misoprostol :

- ✚ Administrer du méthotrexate à raison de 50 mg/m² IM (l'administration dans le deltoïde permet d'en assurer la mise en place musculaire) ou de 50 mg par voie orale (20 comprimés de 2,5 mg), ainsi que de l'immunoglobuline Rh si la patiente est Rh-négative. Prescrire des analgésiques (non AINS), un antiémétique et huit comprimés de misoprostol 200 µg. Demander à la patiente de s'abstenir de relations sexuelles et d'éviter les aliments contenant de l'acide folique, p. ex. les légumes verts, les légumineuses et les oranges.
- ✚ Le cinquième, le sixième ou le septième jour à la suite de l'administration de méthotrexate, la patiente place quatre comprimés de misoprostol profondément dans le vagin. Lorsqu'aucun

saignement ni aucune expulsion de tissus ne survient après 24 heures, quatre autres comprimés devraient être insérés.

- ✚ Le **troisième jour** à la suite de la première application de **misoprostol**, une mesure quantitative du taux sérique de **βhCG** devrait être effectuée.
- ✚ Après **sept jours**, une mesure quantitative du taux sérique de **βhCG** devrait être effectuée et suivie d'une consultation avec le médecin. Si le taux de **βhCG** a chuté de plus de 80 % sur sept jours, l'intervention est réussie. Lorsque la baisse du taux de **βhCG** s'avère inférieure à 80 % après sept jours, une mesure quantitative hebdomadaire du taux sérique de **βhCG** devrait être effectuée jusqu'à ce que ce taux approche zéro ou que la baisse s'avère enfin supérieure à 80 %.
- ✚ Lorsque le taux de **βhCG** atteint un plateau ou s'accroît, cela indique la présence d'un **avortement incomplet** ou d'une **gestation viable continue**; une **aspiration sous vide** devrait alors être mise en œuvre immédiatement.
- ✚ Une fois l'interruption de grossesse complétée, confirmer la présence d'un utérus exempt de grossesse et de douleur par examen bimanuel et entamer la contraception.

✚ Misoprostol seul :

- ✚ À la suite de la mesure quantitative de la **βhCG**, **800 µg** de **misoprostol** sont placés profondément dans le vagin par la patiente toutes les 24 ou 48 heures (jours 1–5), jusqu'à ce que survienne un avortement ou qu'un total de trois applications ait été atteint (2 400 µg). De l'immunoglobuline Rh est administrée au cours des jours 1 à 7 inclusivement, lorsque la patiente est Rh-négative.
- ✚ Au cours du **sixième** ou du **septième** jour, une mesure quantitative du taux sérique de **βhCG** devrait être effectuée et suivie d'une consultation avec le médecin.
- ✚ Si le taux de **βhCG** a chuté de plus de 80 % sur sept jours, l'intervention est réussie; cependant, l'exécution d'une autre mesure quantitative du taux sérique de **βhCG** après sept autres jours est recommandée afin de s'assurer de la poursuite de la baisse. Lorsque la baisse du taux de **βhCG** s'avère inférieure à 80 % après sept jours, une mesure quantitative hebdomadaire du taux sérique de **βhCG** devrait être effectuée jusqu'à ce que ce taux approche zéro ou que la baisse s'avère enfin supérieure à 80 %. Lorsque le taux de **βhCG** atteint un plateau ou s'accroît, cela indique la présence d'un avortement incomplet ou d'une gestation viable continue; une aspiration sous vide devrait alors être mise en œuvre immédiatement.
- ✚ Une fois l'interruption de grossesse complétée, confirmer la présence d'un utérus exempt de grossesse et de douleur par examen bimanuel et entamer la contraception.
- ✚ On peut avoir recours à l'échographie (au sein des établissements où il est possible d'y avoir accès rapidement), plutôt qu'à un dosage sérique quantitatif de la **βhCG**, pour déterminer si l'utérus a été vidé et si l'interruption de grossesse a été complétée. Dans les nombreuses régions du Canada où l'accès à l'échographie fait l'objet de longues listes d'attente, il est préférable d'avoir recours au dosage sérique quantitatif de la **βhCG** afin de déterminer l'issue de l'interruption médicale de grossesse.

7) Avantages :

(Par comparaison avec l'interruption chirurgicale de grossesse):

- ✚ Non effractive
- ✚ Autonomie de la patiente : La patiente a le sentiment d'avoir une plus grande influence sur la situation et le processus en devient moins intimidant
- ✚ Confidentiel
- ✚ Peu coûteux
- ✚ Simple sur le plan technique

- ✚ Intervention menée en cabinet
- ✚ Application immédiate possible
- ✚ Mesure de rechange face à l'échec d'un avortement chirurgical, particulièrement lorsque le problème découle de la difficulté à avoir accès à l'utérus en raison d'un léiomyome utérin ou d'une anomalie congénitale

8) Désavantages :

- ✚ Engagement envers un suivi tant de la part de la patiente que du médecin
- ✚ Délai prolongé entre le début et la fin du processus
- ✚ Malaise gastro-intestinal (GI) associé aux médicaments
- ✚ Jusqu'à 10 % des patientes peuvent connaître une expulsion différée (de plusieurs jours à plusieurs semaines) des PDC
- ✚ Des saignements abondants et des crampes peuvent accompagner l'évacuation des PDC; la patiente devrait être avisée que ces manifestations se produiront à la maison.
- ✚ L'échec de l'interruption de grossesse, définie comme la nécessité d'avoir recours à une évacuation chirurgicale, peut survenir chez jusqu'à 5 % des Les chances de réussite de l'interruption médicale de grossesse peuvent être accrues si la patiente est bien renseignée et si elle entretient des attentes réalistes envers le processus. Face à une réaction différée, la patiente bien renseignée attendra plus longtemps avant de se tourner vers une intervention chirurgicale.

9) Complications :

Méta analyse de Kahn :54 études publiées entre 1991 et 1998

The efficacy of medical abortion: a meta-analysis

Contraception. 2000 Jan;61(1):29-40

⇒ Résultats :

- Curetage hémostatique : 0.36 % à 0.54 % (miso)
- Transfusion pour anémie : 0.18% à 0.26 % (miso)
- Pas de cas d'hystérectomie rapportés
- Endométrite : 0.01 % à 0.03 % (miso)
- 5 infarctus du myocarde rapportés (autre prostaglandine que le misoprostol ++)
- Aucun décès dans cette méta analyse
- 1 décès rapporté en 1991 avec l'utilisation de *Sulprostone* (Lancet 1991;337:969-70)
- **5 GEU (0.006%)** avec 1 décès (refus de soins ++)
- **13 cas d'hémorragie grave avec transfusion (0.016%)**
 - 2 cas de GEU
 - 11 cas de GIU : 1 transfusion 5 j après le miso
10 transfusions 7 – 20 j après le miso
- 117 aspirations dont **50 faites pour hémorragie importante (0.06%)**
- la majorité des aspirations ont été faites 10 jours ou plus après le misoprostol
- **10 cas d'infections traités par antibiothérapie (0.006%)** dont 1 cas grave

B. Avortement chirurgical : Aspiration sous vide manuelle (12 semaines) :

L'évacuation des gestations précoces, dans un délai d'une semaine à la suite d'une absence de règles (au moyen d'une canule sous vide de petit calibre) peut être effectuée en cabinet par un médecin disposant d'une formation appropriée.

Les instruments requis sont un spéculum, un tenaculum, une canule Karman et une seringue de 50 ml modifiée (IPAS ou Milex). Certaines femmes, particulièrement les femmes multipares, ne nécessitent pas de dilatation.

Toutes les femmes devraient bénéficier d'un **bloc para cervical** au moyen de 10 à 20ml de lidocaïne 1%.

À la suite de l'intervention, les tissus devraient être examinés en les mettant en suspension dans une boîte de plastique transparent placée au-dessus d'une source lumineuse, et ce, afin de confirmer la présence de villosités choriales ou d'un sac gestationnel.

Lorsque l'intervention est effectuée par un médecin expérimenté utilisant une canule dont le diamètre en mm équivaut à l'âge gestationnel en semaines, son taux d'échec (nécessité d'avoir recours à une réaspiration) est de 0,25 %.

Lorsqu'une canule dont le diamètre en mm est inférieur à l'âge gestationnel en semaines, le taux d'échec passe à 1,5 %.

Avantages :

- ✚ Intervention effectuée en cabinet.
- ✚ Peut être effectuée sans que le soulagement des symptômes indésirables de grossesse n'en soit différé.
- ✚ Seuls des anesthésiques locaux sont requis dans la plupart des cas.
- ✚ Confidentiel.
- ✚ Détection précoce d'une grossesse ectopique.
- ✚ Rentable.

Exceptions :

- ✚ Réactions allergiques connues certaines en ce qui a trait aux anesthésiques locaux
- ✚ Contre-indication en ce qui concerne les anesthésiques locaux ou les agents utilisés aux fins de la prémédication
- ✚ Patiente ne respectant pas les consignes ou difficile
- ✚ Patiente nullipare très jeune chez laquelle l'examen s'avère difficile
- ✚ Toute patiente n'étant pas psychologiquement ou physiquement en mesure de supporter l'intervention sous anesthésie locale nécessitera une sédation consciente, p. ex. Fentanyl (50–100 µg) avec Midazolam (1–3 mg).

C. Avortement chirurgical : Aspiration sous vide (13 semaines) :

L'aspiration sous vide peut être effectuée (facilement, en toute sûreté et en n'occasionnant que peu d'inconfort) au cours du **premier trimestre**, sous anesthésie locale et à la suite d'une prémédication, ainsi qu'au moyen de narcotiques ou d'une sédation, au besoin.

Avantages :

- ✚ Baisse du risque de connaître des complications attribuables à l'anesthésie générale.
- ✚ Baisse de l'incidence de la perte sanguine, de la perforation, de la lacération du col utérin.
- ✚ Accélération de la récupération à la suite de l'anesthésie, moins de désorientation
- ✚ Roulement accéléré au sein de la salle de réveil
- ✚ Accélération du retour à la maison et de la reprise des activités normales³⁰
- ✚ Acceptation de la patiente
- ✚ Plus économique.

Exceptions : Les mêmes que pour l'aspiration sous vide manuelle.

Dilatation du col utérin avant l'intervention :

La dilatation du col utérin avant l'intervention a pour avantage l'obtention d'une **dilatation graduelle** et **sûre** du col utérin, par comparaison avec la mise en œuvre d'une dilatation forcée et instrumentale au cours de l'intervention. Ainsi, la dilatation du col utérin avant l'intervention **facilite** l'aspiration sous vide et entraîne une baisse considérable de l'incidence des **lacérations du col utérin** et de la **perforation utérine** pouvant atteindre jusqu'à **80 %**.

➤ Dilatateurs chimiques :

L'administration de **400 µg de misoprostol**, par voie orale ou vaginale de **4 à 12 heures** avant l'exécution d'un avortement chirurgical au cours du premier trimestre, permet efficacement l'obtention d'une dilatation et d'un ramollissement du col utérin, et ce, de façon semblable aux dilatateurs osmotiques.

Avantages :

- ✓ Commodité : la patiente peut s'auto-administrer les comprimés à la maison.
- ✓ Douleur minimale au moment de l'application.
- ✓ Grandement rentable.

Exceptions :

- ✓ Crampes
- ✓ Saignements
- ✓ Avortement incomplet avant l'intervention chirurgicale En présence de l'un ou l'autre de ces désavantages, la patiente doit être incitée à poursuivre l'intervention chirurgicale.

➤ Dilatateurs osmotiques :

Deux types de dilatateurs osmotiques sont disponibles: les dilatateurs osmotiques **laminaires** et un dilatateur osmotique de poly acrylonitrile synthétique (**Dilapan**).

Les dilatateurs osmotiques ont pour désavantage potentiel que s'ils sont mis en place de façon incorrecte, un faux passage peut être dilaté et ainsi compliquer l'accès au canal endocervical.

La mise en place des dilatateurs osmotiques peut s'avérer **difficile** chez les femmes qui ont de la difficulté à se soumettre à des examens vaginaux ou qui sont **primigestes**. De plus, de la douleur est associée à la mise en place du tenaculum et à l'insertion dans le canal cervical.

Les dilatateurs osmotiques **laminaires** nécessitent de **6 à 8 heures** pour procéder à la dilatation, tandis que les dilatateurs osmotiques de poly acrylonitrile n'ont besoin que de **4 heures** et parviennent également à **ramollir** le col utérin.

À la suite de l'insertion de laminaires, la survenue de crampes, de saignements et, chez moins de 5 % des patientes, d'un avortement s'avère possible.

Médicaments administrés avant l'aspiration :

Dans le cadre de ses plus récentes recommandations, **l'American Heart Association** indique que la prophylaxie visant **l'endocardite bactérienne** n'est pas requise, dans le cas de l'avortement ou de la dilatation-curetage, « en l'absence d'infection ».

Une méta-analyse d'un nombre important d'études démontre que l'administration systématique d'une **antibioprophylaxie** constitue un moyen sûr et efficace de prévenir **l'infection post-abortum**.

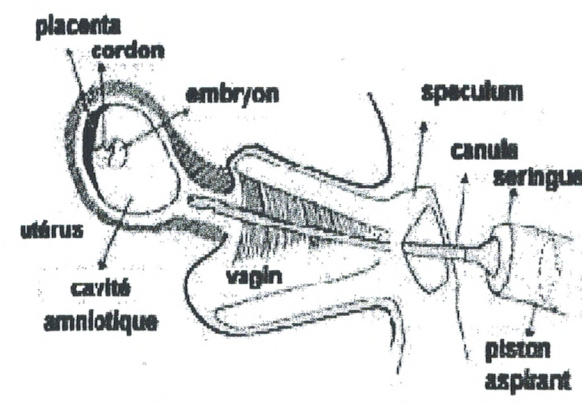
Presque toutes les études ont constaté que l'antibioprophylaxie exerçait un effet bénéfique, qu'elle était peu coûteuse et qu'elle entraînait rarement des réactions allergiques graves.

Parmi les **facteurs de risque** d'infection post-abortum, on trouve :

- les **antécédents de syndrome inflammatoire pelvien ou d'endométrite post-abortum**,
- la **survenue d'une chlamydie ou d'une gonococcie au cours de la dernière année**,
- le **retrait d'un dispositif intra-utérin avant ou au moment de l'avortement**,
- la **présence d'un déficit immunitaire (VIH, lupus, stéroïdes, diabète insulinodépendant)**.

Complications :

- **Choc cervical** : Il s'agit d'une **réaction vaso-vagale** qui survient habituellement au moment de la mise en œuvre du bloc paracervical, mais qui peut également survenir par la suite. Une réaction tonico-clonique peut être confondue avec une crise, mais s'en distingue par la présence de bradycardie, par une récupération rapide de la patiente et par l'absence d'un état postcritique. La réaction se limite habituellement à quelques minutes. La dilatation cervicale préopératoire au moyen de dilateurs osmotiques ou de misoprostol, ou l'utilisation systématique d'atropine au moment de l'anesthésie cervicale, peut prévenir le choc cervical.
- **Perforation** : La présentation clinique de la perforation dépend de l'emplacement de la blessure.
- **Hémorragie** : La présence de saignements excessifs peut indiquer une **atonie utérine**, une implantation basse, un âge gestationnel plus avancé que ce que l'on croyait ou une perforation. Du misoprostol (1 000 µg par voie rectale ou orale) ou de l'ocytocine par voie intraveineuse, seuls ou en combinaison, devraient être administrés et l'avortement devrait être complété. L'utérus doit par la suite faire l'objet d'un massage bimanuel afin d'en assurer la contraction. La présence de saignements post-abortum persistants semble indiquer une rétention de tissus, un hématomètre ou une perforation. Une intervention chirurgicale rapide par répétition du curetage et peut-être par laparoscopie devrait être mise en œuvre. Une embolisation de l'artère utérine et, rarement, une hystérectomie peuvent s'avérer nécessaires.
- **Hématomètre** (syndrome post-abortum) : Une intensification de la douleur dans la partie inférieure de l'abdomen dans les 30 minutes qui suivent l'intervention semble indiquer la formation d'un hématomètre (accumulation de sang et de caillots dans la cavité utérine).



✚ Recommandations ANAES pour le 1^{er} trimestre

Jusqu'à 7 SA (49 jours)

- La technique chirurgicale expose à un risque d'échec inférieur à la technique médicale
- Ce risque d'échec est plus important à cet âge gestationnel que plus tardivement
- La technique médicale est utilisable à domicile ou en hospitalisation
- Le protocole recommandé est:
 - *Mifépristone 200 mg per os*
 - *Misoprostol 400 mcg par voie orale ou vaginale 36 à 48 h plus tard*

8ème et 9ème SA (de 50 à 63 jours)

- La technique chirurgicale est la technique de choix
- La technique médicale doit être utilisée en milieu hospitalier
- Le protocole recommandé est :
 - *Mifépristone 200 mg per os*
 - *Misoprostol 400 mg par voie orale ou vaginale 36 à 48h plus tard*
 - *Si l'expulsion ne s'est pas produite dans les 3 h, une deuxième dose de 400 mcg de misoprostol peut être administrée*
- Les deux techniques sont utilisables selon les disponibilités et le choix de la patiente

De la 10ème à la 12ème SA (de 64 à 84 jours)

- La technique chirurgicale est la technique de choix
- La technique médicale n'est pas recommandée

13ème et 14ème SA (de 85 à 98 jours)

- La technique chirurgicale est la technique de choix
- L'évacuation utérine repose sur une aspiration
- Cette technique requiert une formation spécifique
- La technique médicale n'est pas recommandée, sauf cas particulier
- Dans ce cas, le protocole repose sur:
 - *Mifépristone 200mg per os*
 - *Misoprostol 800 mcg par voie vaginale 36 à 48 h plus tard*
- Une hospitalisation conventionnelle doit être prévue
- Une analgésie péridurale doit pouvoir être disponible à la demande
- Une révision utérine doit être réalisée, soit systématiquement, soit en fonction du contrôle échographique de la vacuité ou non de l'utérus

X. ITG AU COURS DU 2^{ème} & 3^{ème} TRIMESTRE :

Une controverse considérable a entouré la détermination du mode d'avortement au cours du deuxième trimestre étant le plus sûr, le moins stressant pour la patiente et le fournisseur de soins, et le plus rentable.

A. Avortement chirurgical : Dilatation-Evacuation :

Dans le cas des gestations de moins de 18 semaines, plusieurs dilateurs osmotiques devraient être mis en place au cours de la journée précédant l'intervention.

Le misoprostol constitue un agent attrayant puisqu'il est peu coûteux, stable à température ambiante et facilement applicable par voie orale ou vaginale.

Entre la 14^e et la 16^e semaine de gestation, l'administration de misoprostol (600 µg) par voie orale, de deux à quatre heures avant la DE, peut permettre la dilatation et le ramollissement nécessaires à une aspiration sous vide.

Lorsque du misoprostol est administré par voie vaginale plus de 4 h avant l'intervention, un accouchement inattendu est possible (cette possibilité est supérieure à celle qui est associée aux dilateurs osmotiques).

✓ Intervention :

La D-Ev peut être effectuée en toute sûreté sous **anesthésie locale** (bloc paracervical), accompagnée d'une analgésie et d'une sédation consciente par voie intraveineuse;

L'intervention peut également être effectuée sous orientation échographique, afin de tenter de minimiser l'incidence de la perforation.

Les tissus fœtaux ne devraient pas être retirés par la force à travers le col utérin, puisqu'il est possible que des spicules osseux lacèrent ce dernier. La mise en œuvre de techniques de broyage et de rotation amoindrit les traumatismes cervicaux.

À la suite d'une extraction au moyen de forceps, la cavité utérine devrait être explorée en douceur au moyen d'une large curette afin d'en assurer l'évacuation complète. Les produits de conception doivent être examinés afin de déterminer s'ils sont complets.

L'administration d'ocytocine par voie intraveineuse au cours de l'intervention ou après l'évacuation de l'utérus, tout comme l'injection intra cervicale de vasopressine avant l'intervention, peut entraîner une diminution des saignements.

Lorsque les saignements semblent plus abondants que prévu, un bolus d'ocytocine (par IV) ou de la vasopressine (par voie intra cervicale) devraient être administrés seuls ou en combinaison.

B. Avortement Médical : Déclenchement du travail :

La pré-insertion de multiples dilateurs osmotiques, de **6 à 24 heures** avant l'injection intra-amniotique, peut réduire le délai entre le *déclenchement du travail* et la fin de l'intervention, réduire le risque de lacération cervicale et pratiquement éliminer le risque de rupture de la paroi postérieure.

Des prostaglandines (PGF2, PGE1, PGE2) peuvent être utilisées aux fins de la maturation cervicale, mais peuvent également causer un accouchement non supervisé.

✓ Les prostaglandines & technique d'amniocentèse :

Le site optimal pour l'amniocentèse se situe à environ 2,5 cm sous la partie la plus saillante de l'utérus, telle que palpée au travers de la paroi abdominale.

La mesure du pH du liquide en confirmera l'origine amniotique. L'agent de déclenchement est par la suite injecté dans la cavité amniotique. Une orientation échographique peut s'avérer nécessaire dans certaines circonstances (par ex. si la patiente est obèse).

1. Injection intra-amniotique de prostaglandine F2(PGF2) :

L'injection intra-amniotique de PGF₂ constitue une technique efficace, mais peut être associée à la nécessité d'une deuxième injection,

2. Injection extra-amniotique de prostaglandine :

L'injection extra-amniotique de PGF₂ et de PGE₂ s'inscrit de façon sûre et efficace dans le cadre de l'interruption de grossesse au cours du deuxième trimestre. Cette méthode s'avère utile pour les cas d'avortement au cours de la dernière partie du deuxième trimestre ou lorsqu'il est difficile d'obtenir accès à la cavité amniotique.

3. Carboprost IM (15-Méthylprostaglandine F2 , Prostin/15M, Hemabate)

Le Carboprost est une **forme synthétique** 15-méthylée de PGF₂ qui résiste à la dégradation enzymatique. Ainsi, le Carboprost est plus puissant, entraîne une *stimulation accrue des muscles lisses* et présente une durée d'activité plus longue que la PGF₂ et la PGE₂. Il est donc possible de l'administrer par voie intramusculaire.

Le Carboprost IM s'avère efficace chez environ 95 % des patientes qui ne réagissent pas au traitement conventionnel, et ce, dans un délai de **10 à 20 heures**.

La posologie recommandée en cas d'échec de l'interruption de grossesse au cours de la dernière partie du **deuxième trimestre est de 250 µg** par injection intramusculaire profonde, le tout étant répété toutes les deux heures au besoin. La dose totale peut se situer entre 1 250 et 2 500 µg.

On ne devrait pas utiliser de l'ocytocine de façon concomitante avec du Carboprost; de plus, l'on ne devrait pas entamer l'administration d'ocytocine avant au moins 4 h à la suite de l'administration de la dernière dose de Carboprost, à moins que le fœtus n'ait été évacué.

Indications :

- Échec de l'avortement au cours du deuxième trimestre ayant fait appel au traitement conventionnel (PGF₂ intra-amniotique, ocytocine).
- Interruption de grossesse au cours de la **dernière partie du 2^{ème} trimestre ou au cours du 3^{ème} trimestre**, dans les cas où la quantité de liquide amniotique est minime ou même inexistante.
- Saignements post-partum ou post-abortum réfractaires.

Avantages du Carboprost par rapport aux PG et l'ocytocine :

- Une puissance accrue qui permet une plus grande personnalisation de la posologie que ce que permettent les méthodes intra-amniotiques.
- L'administration IM est moins douloureuse, plus facile et moins effractive, ce qui réduit le risque d'infection.
- Le Carboprost peut être utilisé en présence de membranes rompues ou dans d'autres situations où le volume de liquide amniotique est réduit.
- Le Carboprost permet à la patiente d'être ambulatoire pendant une plus longue période.
- L'utérus n'étant pas arrivé à terme réagit au Carboprost; ainsi, le déclenchement du travail accompagné du décès intra-utérin peut survenir avant le travail spontané.

✓ Perfusion d'ocytocine concentrée

L'ocytocine n'a pas été couramment utilisée aux fins de la provocation de l'avortement puisque l'on croyait qu'elle n'était pas efficace dans le cas des gestations de moins de 24 semaines.

Cependant, lorsqu'elle est administrée selon des concentrations croissantes, l'ocytocine s'est avérée efficace en ce qui a trait à l'interruption de grossesse au cours du deuxième trimestre.

✓ Misoprostol

Le misoprostol peut être utilisé, par voie orale ou vaginale, aux fins de l'évacuation utérine en raison d'un décès fœtal ou aux fins de l'interruption de grossesse au cours du 2^{ème} trimestre; cependant, l'administration par voie orale est associée à des effets indésirables gastro-intestinaux accrus, tels que la nausée et la diarrhée.

L'IMG du 3^e trimestre

Elle se caractérise par une fragilité plus grande de l'utérus. Les principes sont les mêmes, mais la préparation du col doit être privilégiée : prise de RU 486 (comme au 2^e trimestre) et pose de Dilapans. Leur pose doit être prudente afin de ne pas provoquer accidentellement une rupture prématurée des membranes ; ils doivent être réservés aux patientes dont le col est peu modifié.

Se méfier des doses trop importantes d'ocytociques et de prostaglandines. La prescription de Cytotec doit être prudente. Après 33 SA il est préférable de débiter avec 1 cp pour tenter d'obtenir un Bishop supérieur à 6, puis de déclencher au Syntocinon (1 ampoule dans 50 cm³ de sérum physiologique à débiter à 1 mL/h).

Comparaison entre la D-Ev et le déclenchement du travail :

Aucune étude randomisée prospective ne compare les modes actuels de déclenchement du travail et de D-Ev. Les études plus anciennes qui comparent ces méthodes et une étude plus récente indiquent que la DE est associée à moins de complications que le déclenchement du travail.

La rétention du placenta constituait la complication la plus fréquemment associée au déclenchement du travail. De tous les modes de déclenchement du travail, le misoprostol a été celui qui s'est avéré le plus efficace; cependant, il entraînait toujours plus de complications que la DE.

Le manque de médecins disposant de l'expérience requise pour effectuer une DE en présence d'une gestation avancée constitue un des facteurs à considérer.

C. Hystérotomie- Hystérectomie :

L'hystérotomie est essentiellement une **césarienne classique précoce**. Compte tenu des agents pharmacologiques actuellement disponibles permettant le déclenchement du travail aux fins de l'interruption de grossesse, cette intervention est rarement indiquée à titre de mode d'avortement primaire.

La morbidité et la mortalité associées à l'hystérotomie dépassent de loin celles qui sont associées à toute autre technique.

Dans la plupart des cas, les avortements manqués sont pris en charge au moyen de prostaglandines administrées par voie parentérale, orale, vaginale ou rectale, même en présence d'une anomalie utérine.

Une hystérotomie ne devrait être pratiquée que pour les ITG du 3^{ème} trimestre (allant 8-9^{ème} mois) et aussi à la suite de l'échec des prostaglandines.

Si la présence d'une grossesse s'accompagne d'une indication distincte d'avoir recours à l'hystérectomie (cancer du col utérin, de l'utérus ou de l'ovaire), le recours à l'hystérectomie gravidique peut s'avérer indiqué.

Cependant, l'emploi de moyens moins complexes d'interruption de grossesse, suivis d'un diagnostic définitif et d'un traitement, s'avère préférable et sera associé à une morbidité et à une mortalité moins élevées que celles qui sont associées à l'hystérectomie gravidique.

D. Complications :

1. *Hémorragie attribuable aux avortements chirurgicaux* :

Au cours d'une interruption de grossesse opératoire (aspiration sous vide ou DE), les anesthésiques généraux utilisés (particulièrement l'halothane ou les agents semblables) semblent accroître la perte sanguine, par comparaison avec les anesthésies locales faisant appel à des narcotiques par voie intraveineuse et à la sédation.

2. *Perforation* :

Il n'est pas rare de constater une perforation complète ou partielle de l'utérus. Parmi les facteurs de risque indépendants de la volonté du médecin, on trouve l'âge gestationnel (risque relatif [RR] de 1,4 pour chaque période additionnelle de deux semaines de gestation) et la parité (RR de départ de 3,4 pour les femmes multipares, par comparaison avec 1,0 pour les femmes nullipares).

3. *Tentative d'avortement soldant par un échec* :

Cette complication survient dans le cadre d'environ deux avortements effectués avant la 12^{ème} semaine de gestation. Plusieurs facteurs favorisent cette complication :

- ✦ *Grossesse précédente : dans les cas présentant plus d'une grossesse précédente*
- ✦ *Âge gestationnel : pour les gestations de moins de six semaines*
- ✦ *Faible diamètre de canule : lorsque le diamètre en mm est inférieur à l'âge gestationnel en semaines, dans le cas des grossesses de moins de six semaines*
- ✦ *Anomalie utérine*
- ✦ *Formation du médecin : pour les résidents Il s'avère donc nécessaire de procéder à l'inspection des tissus dans chacun des cas, et ce, afin d'identifier les produits de conception et de s'assurer de la réussite de l'avortement.*

4. *Infection post-abortum* :

L'infection est une complication relativement fréquente de l'ITG par aspiration. Son taux généralement rapporté est de l'ordre de 5 à 6 % mais peut atteindre 10 % des cas dans certaines séries.

Dans une série de Cameron et al, le taux de patientes recevant des antibiotiques pour suspicion d'endométrite post-abortum était moindre en cas d'IVG médicamenteuse par rapport aux IVG chirurgicales ($p = 0,0001$). D'autres études ne montrent pas de différence dans les taux de fièvre post-partum

5. *Rétention ovulaire* : échec d'ITG, grossesse évolutive.

Ces complications ont été regroupées car, quelle que soit leur présentation clinique, elles aboutissent à la nécessité d'une intervention ou d'une réintervention. Pour les interruptions chirurgicales. Les facteurs qui représentaient un risque accru de réintervention étaient :

- La multiparité ;*
- Les aspirations à des âges gestationnels inférieurs à 13 semaines.*
- La réalisation de l'aspiration par un opérateur en formation.*

E. Conséquences à long terme :

Les effets de l'ITG chirurgicale sur la reproduction ultérieure ont été évalués par Hogue et al. Leur étude montre qu'une aspiration endo-utérine unique n'a pas d'incidence sur la fertilité ultérieure, sur le risque de stérilité, de grossesse extra-utérine, de fausse couche spontanée ou de mort fœtale.

✚ Risque de fausses couches :

Dans une étude de cohorte portant sur près de 5 000 patientes au Danemark, Zhou et al n'ont pas trouvé de relation entre la réalisation d'une ITG et le risque de fausse couche spontanée ultérieure sur l'ensemble de la population de leur étude.

L'odds ratio du risque de fausse couche spontanée lors des grossesses suivant l'ITG par aspiration n'était pas significativement augmenté par rapport à une population témoin sans antécédent d'ITG, même en cas d'ITG multiples.

En revanche, il existait une augmentation du risque de fausse couche ultérieure chez les patientes pour lesquelles l'intervalle entre l'ITG et la grossesse suivante était inférieur à 3 mois.

Ce risque n'était observé que pour la première grossesse suivant l'ITG. Un des faits les plus importants de cette étude est la constatation que les risques de fausse couche à distance sont indépendants de la méthode d'interruption de grossesse.

XI. Contraception post-ITG :

Beaucoup de femmes reprenant une activité sexuelle dans les 2 semaines qui suivent l'IVG, il est indispensable d'avoir discuté de la problématique contraceptive dès la première consultation de demande d'IVG. Toutes les méthodes sont utilisables immédiatement le jour de l'aspiration pour la méthode instrumentale. Pour la méthode **médicamenteuse**, il est préférable, dans un premier temps d'utiliser un moyen hormonal ou local et de revoir la contraception à la consultation de contrôle.

- Contraception orale, patch

Elle peut débuter le jour même ou le lendemain de l'IVG. Il est admis qu'à l'efficacité contraceptive mise en place s'ajoutent des effets de régénération de la muqueuse utérine. La plupart des auteurs prescrivent une association œstroprogestative normodosée bien que sa supériorité sur d'autres formules n'ait pas été démontrée. En cas de contre-indication aux œstrogènes, un progestatif continu faiblement dosé ou séquentiel normodosé peut être prescrit.

- Dispositif intra-utérin

Il est possible d'insérer un DIU le jour de l'intervention, pourvu que cela ait été prévu préalablement et organisé dans le respect des contre-indications. Les suites de l'IVG ne semblent pas significativement affectées par ce geste comparativement aux femmes bénéficiant d'une contraception orale. L'insertion d'un DIU serait susceptible pour certains de diminuer les risques de synéchies. Il est néanmoins utile de contrôler la position du DIU par échographie à la consultation de contrôle car un déplacement secondaire, voire une expulsion ne sont pas exclus. Aux femmes ayant des règles douloureuses et/ou abondantes, il sera proposé de préférence un DIU à la progestérone.

- Implant sous-cutané

Cette méthode hormonale progestative peut être posée en fin d'intervention ou au contrôle. Elle peut exposer au début à des métrorragies plus ou moins bien tolérées et plus ou moins abondantes qui peuvent interférer avec les suites de l'IVG.

- Anneau vaginal œstroprogestatif

Cette méthode hormonale nécessite d'attendre la consultation de contrôle pour être pratiquée après avoir éliminé tout risque infectieux ou hémorragique.

- Contraceptifs locaux

Les moyens mécaniques (préservatifs féminins ou masculins) peuvent être utilisés seuls (avec un risque important d'échec) ou, mieux, associés à la contraception orale, diminuant ainsi le risque infectieux.

- Contraception définitive

Il peut être intéressant de proposer les méthodes féminine ou masculine de stérilisation autorisées après un délai de réflexion de 4 mois (en France).

XII. CONCLUSION :

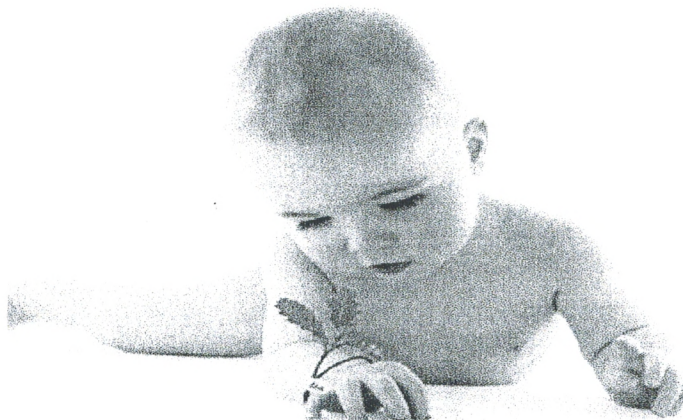
Toutes les techniques d'avortement thérapeutique nécessitent une **formation appropriée**.

Les opérateurs doivent être qualifiés non seulement en ce qui a trait au déclenchement de l'avortement, mais également en ce qui concerne la prise en charge des interventions incomplètes et se soldant par un échec, de la perforation utérine et de complications telles que l'hémorragie, l'infection et la lacération cervicale.

Une formation adéquate et une **expérience continue**, en ce qui a trait à l'emploi de techniques modernes faisant appel à de nouvelles méthodes, mèneront à une baisse significative des taux d'échecs des ITG...

XIII. REFERENCES :

- Impact Internat de Gynécologie-Obstétrique.
- Impact Internat de Pédiatrie.
- Aventis Internat.
- EMC Gynécologie-Obstétrique 2010 (P. Faucher).
- Revue du Praticien Gynécologie-Obstétrique Septembre 2002.
- Dossier FMC 2002, A. BENACHI- Hôpital Necker- Paris.
- Eléments de pédiatrie.
- Conférences de La Collection Hippocrate 2005. (www.laconferencehippocrate.com)
- Épreuves Classantes Nationales 2007.
- Google.fr : Interruption thérapeutique de la grossesse.
- Wikipédia.fr : notion de l'ITG.
- Les IVG en 2003 - Etudes et résultats n°431, octobre 2005 DREES.
- J Gynecol Obstet Biol Reprod / Volume 28, n° 3, Masson Paris 1999.
- L'interruption de grossesse : Dr Philippe Faucher, Hôpital Bichat, Paris.
- Interruption de grossesse du troisième trimestre (Avis) : Comité de Bioéthique, Université de Montréal. Janvier 2007.



Etude Pratique

PLAN:

CONTEXTE

OBJECTIFS

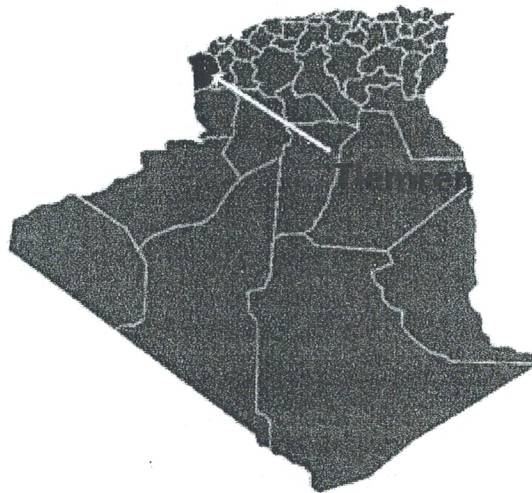
MATERIEL

METHODE

RESULTATS

DISCUSSION & INTERPRETATION

CONCLUSION



I. CONTEXTE :

La fréquence des **interruptions thérapeutiques de grossesse** est en **nette augmentation** ces dernières années du fait de l'amélioration et la disponibilité des moyens de diagnostic précoce "anténatal" et les techniques d'explorations fœtales ; et aussi le suivi strict de l'évolution des grossesses ce qui permet de prendre en charge celles à haut risque tout en dépistant ou confirmant toute anomalie pouvant **mettre en jeu** le pronostic vital **materno-fœtal** et imposant un **sauvetage** maternel, fœtal ou materno-fœtal ...

II. OBJECTIFS :

- ⊕ Décrire les méthodes d'ITG utilisé dans notre service.
- ⊕ Décrire le taux d'ITG.
- ⊕ Connaître les indications actuelles d'ITG sur une période récente dans notre service.

III. MATERIEL :

Il s'agit d'une étude **descriptive rétrospective** concernant toutes les interruptions thérapeutiques de grossesse réalisées au niveau du service de Gynécologie-Obstétrique de l'EHS Tlemcen.

Cette étude a été effectuée sur **92 dossiers** sur une période s'étalant du **1^{er} janvier 2007** au **31 décembre 2009**.

IV. METHODES :

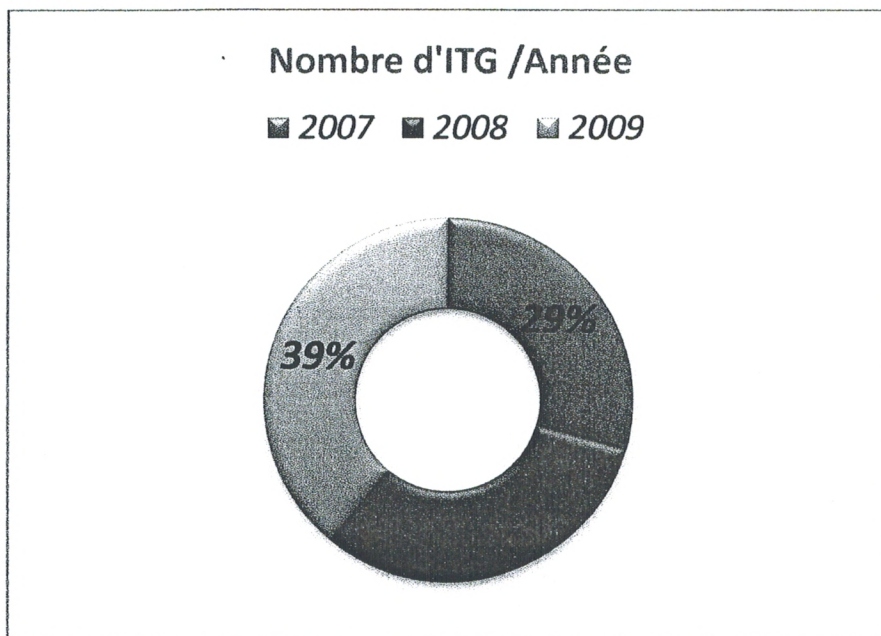
L'enquête consiste à une étude descriptive rétrospective des interruptions thérapeutiques de grossesse.

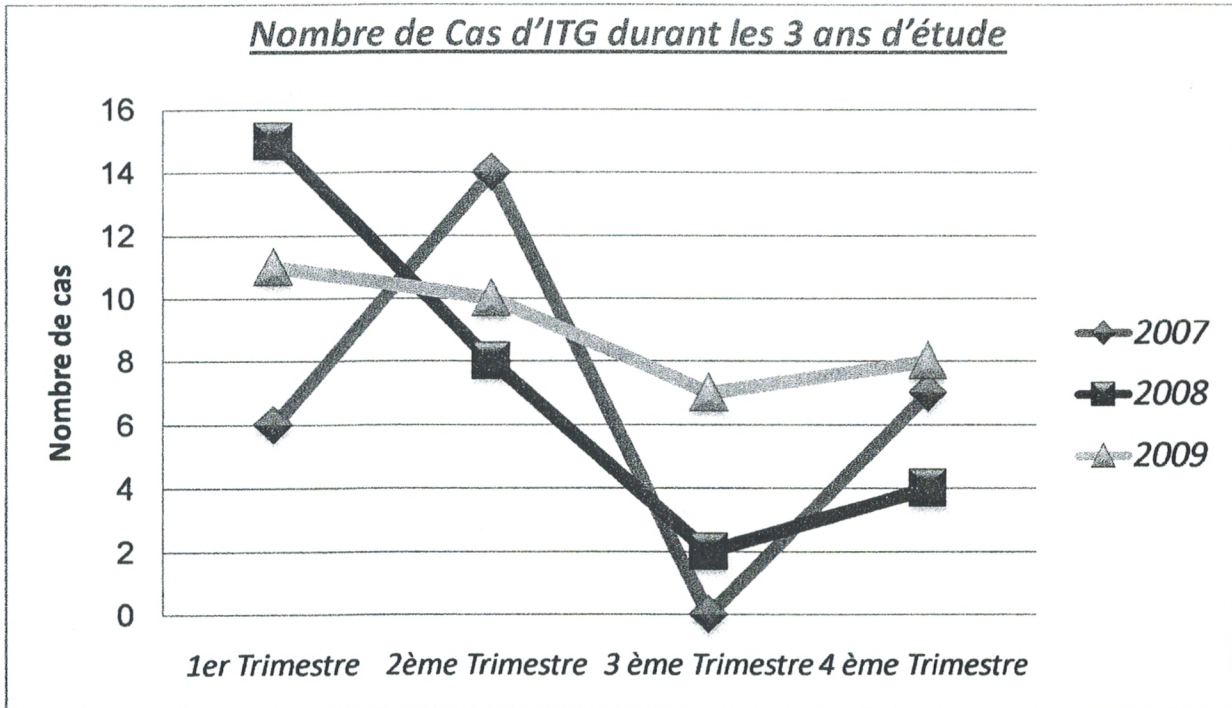
C'est une étude en fonction de plusieurs paramètres :

Fréquence, tranches d'âge, âge gestationnel, geste & parité antérieure, méthode (technique) utilisée, indications et enfin le motif (notion de sauvetage et d'urgence).

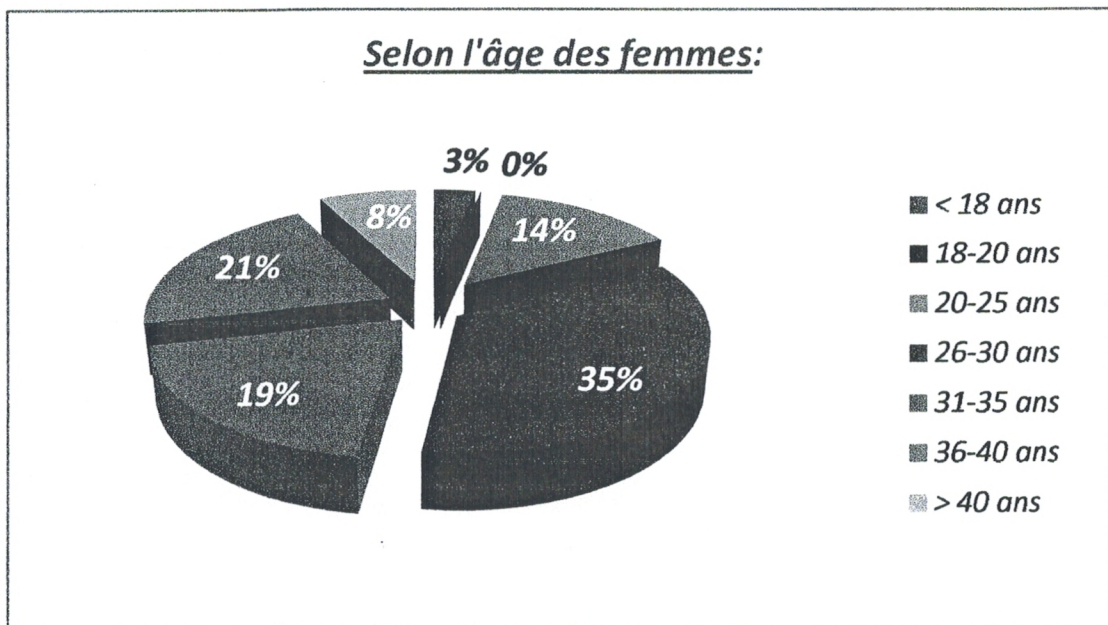
V. RESULTATS :

Fréquence de l'ITG :

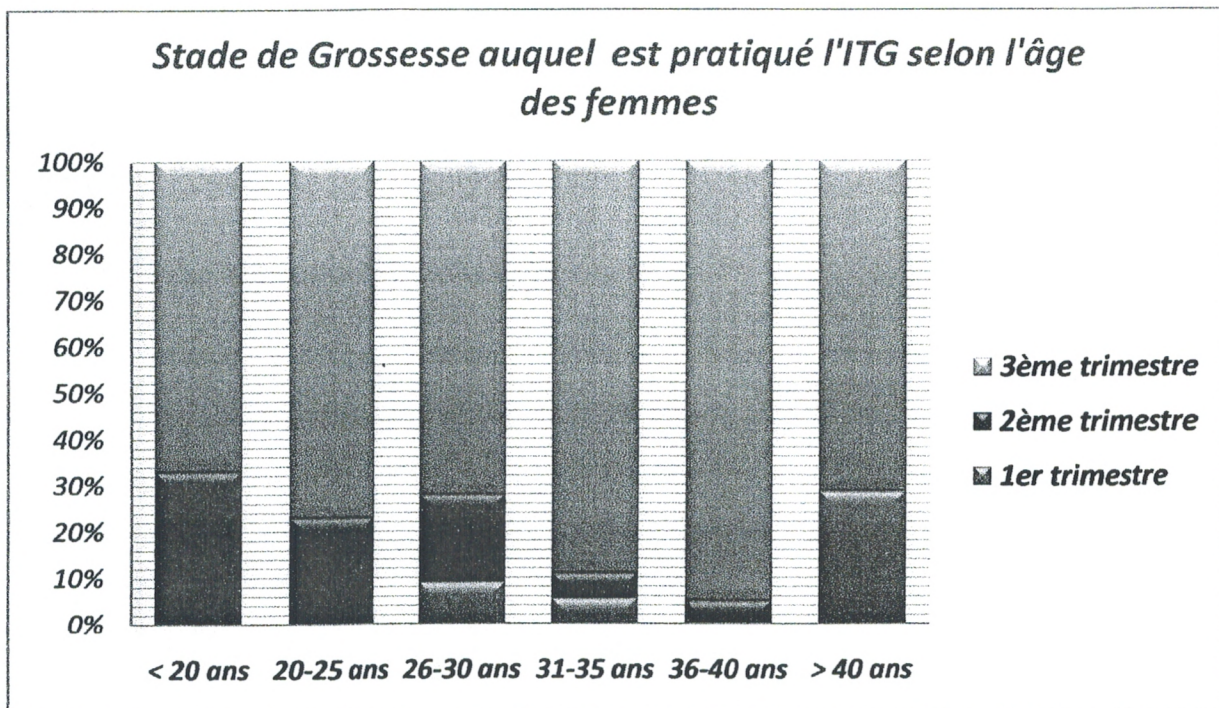
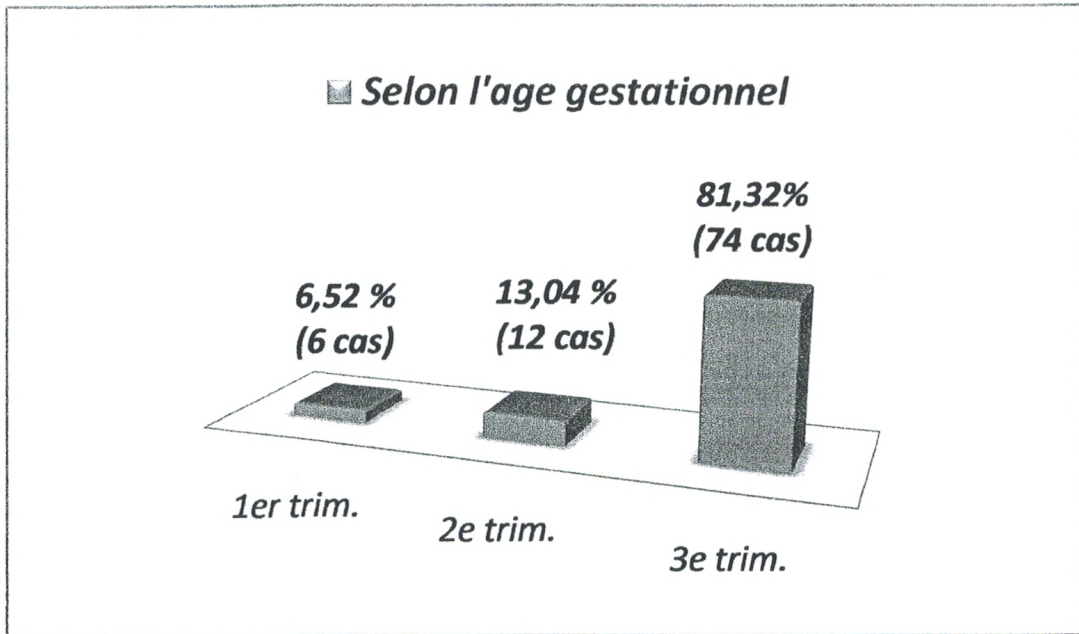




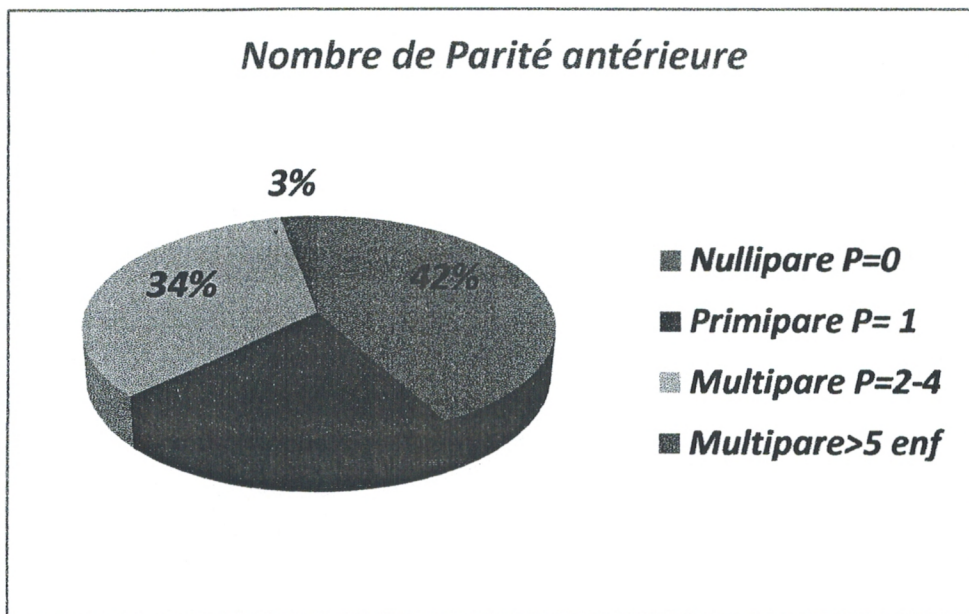
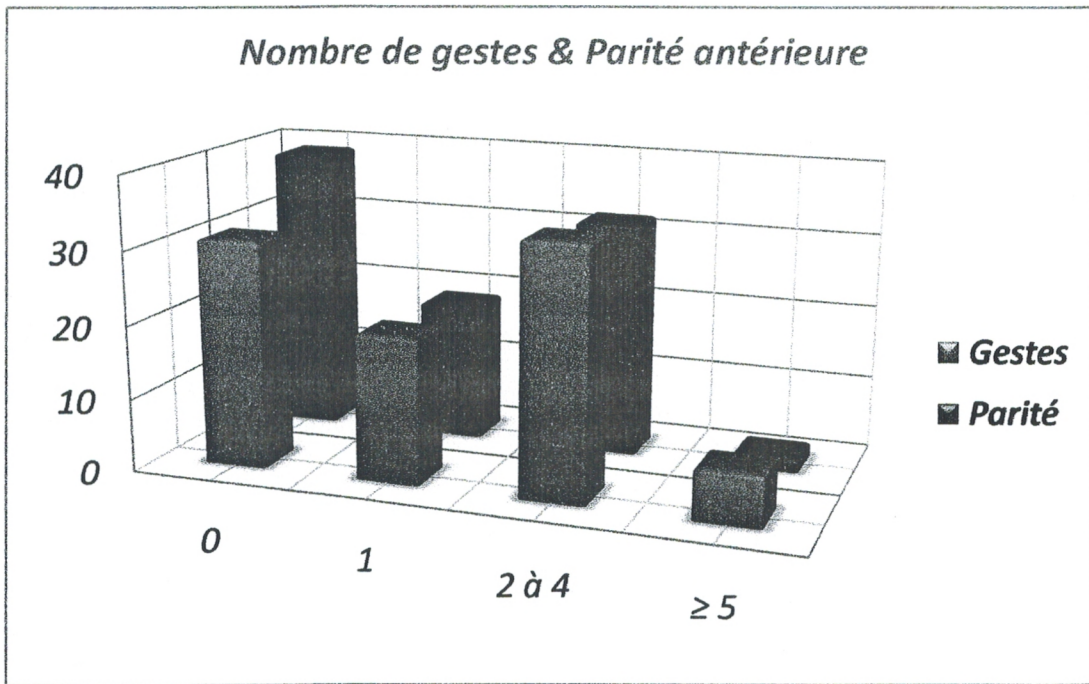
Tranche d'âge des femmes :



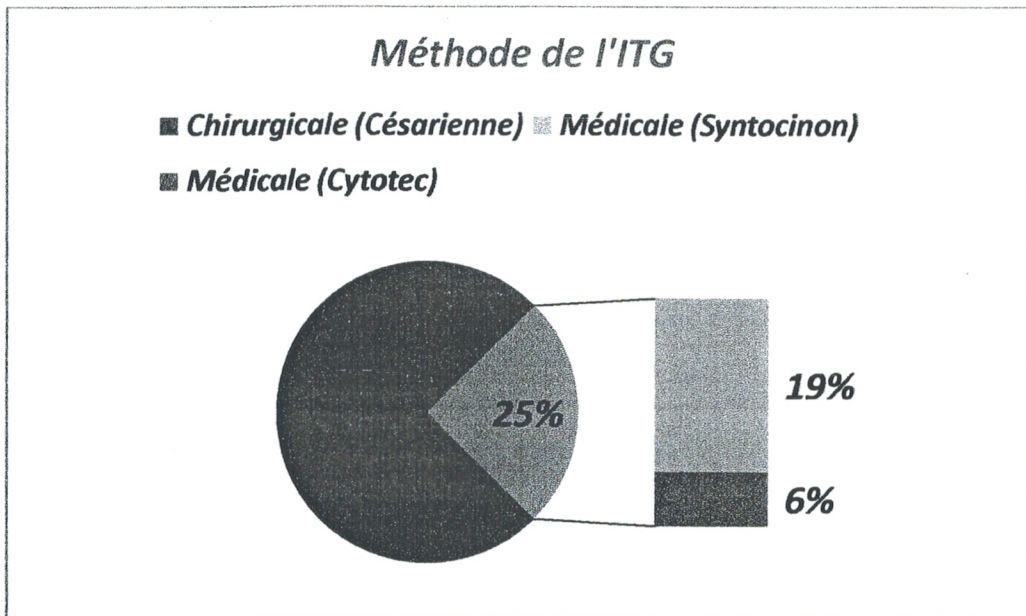
Age Gestationnel :



Gestes & Parité antérieures :



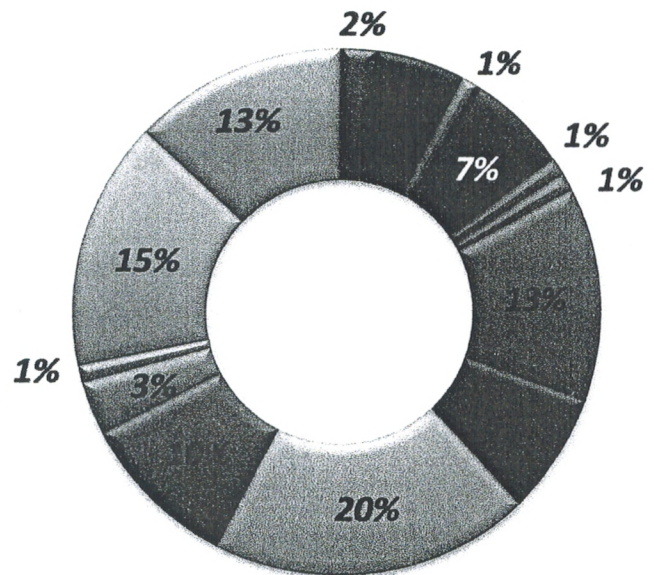
Technique d'ITG :



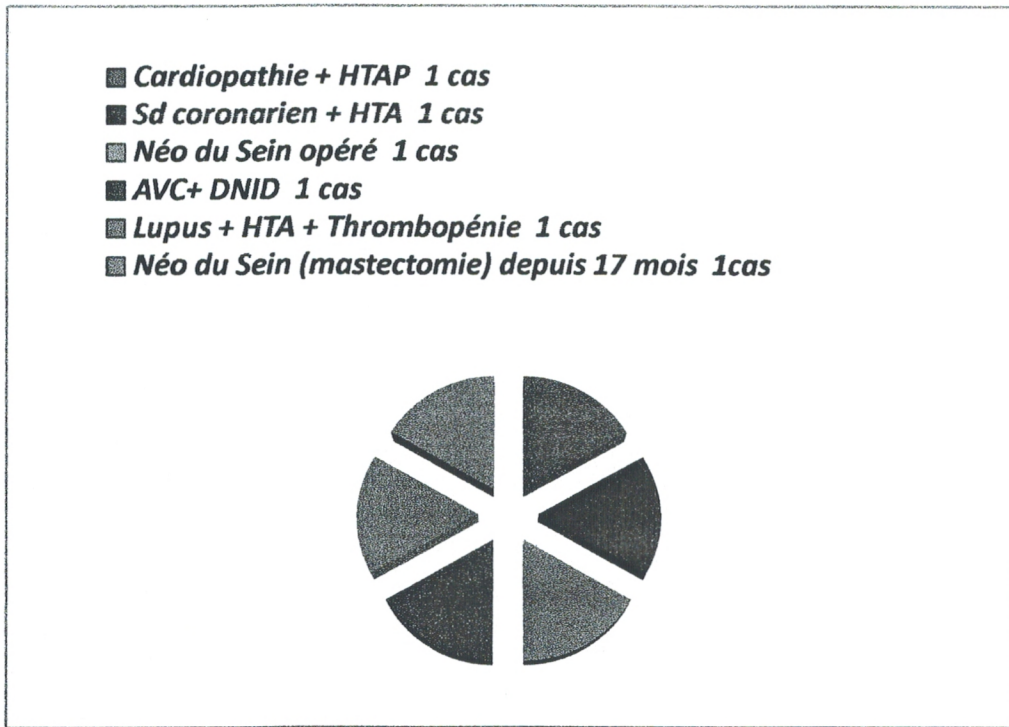
Indications :

Indications des ITG

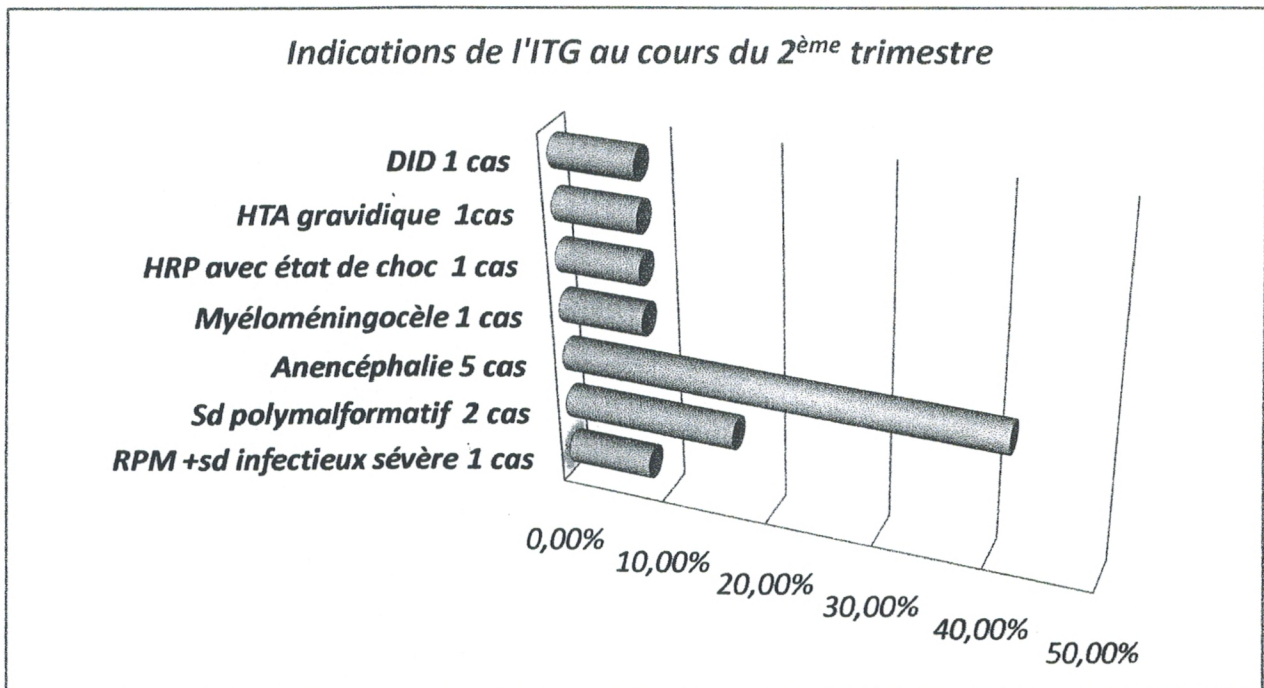
- Néo du Sein opéré 2 cas
- Cardiopathie ± HTA/HTAP 5 cas
- AVC 1 cas
- DID/DNID/Diab Gestationnel 6 cas
- Lupus 1 cas
- RPM ± Sd infectieux 1 cas
- Malformations congénitales 12 cas
- HTA gravidique 7 cas
- Prééclampsie 18 cas
- Crise d'eclampsie 9 cas
- HELLP Sd 3 cas
- Epilepsie 1 cas
- HRP 14 cas
- PP 12 cas



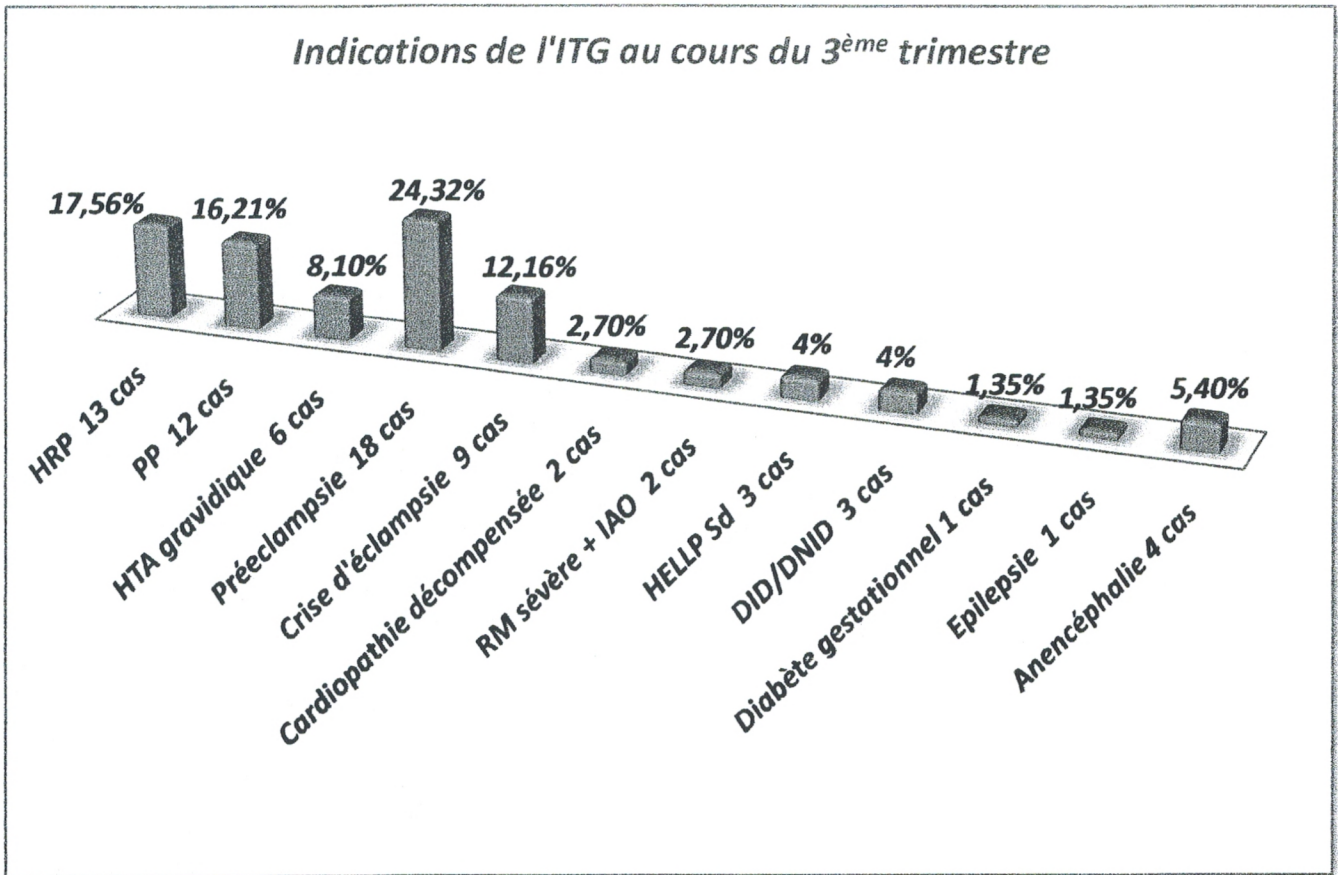
Indications au cours du 1^{er} trimestre :



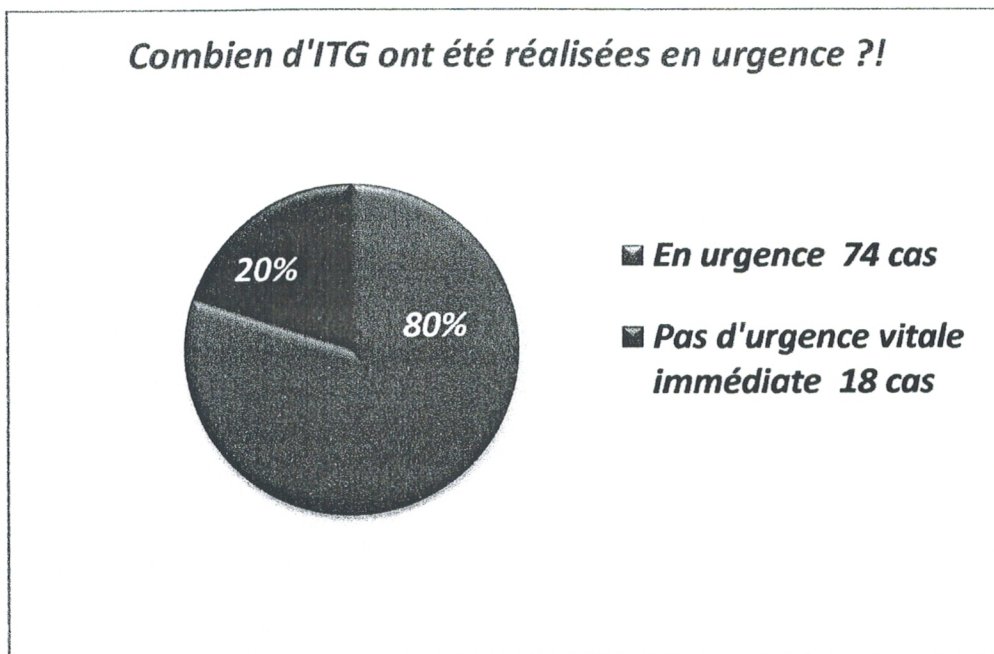
Indications au cours du 2^{ème} trimestre :



Indications au cours du 3^{ème} trimestre :



Motif (notion de l'urgence):



VI. DISCUSSION & INTERPRETATION :

- ✚ Cette étude statistique est consacrée à une période de 03 ans allant de janvier 2007. Et depuis cette date on note une **nette augmentation** du nombre (de la pratique) des interruptions thérapeutiques de grossesse. On est arrivé maintenant à **36 cas d'ITG en 2009**, soit **39%** du nombre total (92 cas durant les trois ans d'étude) pour **32%** (29 cas en 2008) et **29%** en 2007 (27 cas).
- ✚ Ce qui révèle l'attitude du service de maternité de Tlemcen qui vise à mieux prendre en charge les grossesses à haut risque et dépister les dangers mettant en péril *la vie de la mère ou la viabilité du fœtus*. Et aussi cette fréquence confirme l'élargissement des indications (pathologies) nécessitant une ITG...
- ✚ L'ITG a concerné toutes les tranches d'âge de la vie génitale ; de la **puberté** à la **ménopause** avec un **pic** entre **26-30ans** avec **35%** et ceci il peut être lié soit à la **primiparité** ou à une autre cause qu'elle soit *fœtale, maternelle ou placentaire*. En 2^{ème} position viennent les 2 tranches d'âge **31-35ans** et **36-40ans** avec égalité de fréquence estimée à **20%** ; ces catégories (tranches) sont exposées aux différentes pathologies gynécologiques.
- ✚ Mais la fréquence reste non négligeable pour les âges < 20ans (17%) et >40ans (8 %).
- ✚ **Plus de 80%** des ITG sont réalisées au cours du **3^{ème} trimestre** de grossesse, ce qui est expliqué par la largeur du spectre d'indications.
- ✚ On note aussi une **nette prédominance** des ITG au cours du **3^{ème} trimestre** dans les différentes tranches d'âge, quand à la 2^{ème} place est occupée par l'ITG du **2^{ème} trimestre** pour des tranches de moins de 30 ans. Tandis que les ITG du 1^{er} trimestre sont notés dans le reste (tranches de plus de 30 ans).
- ✚ On note que **42% des femmes** qui ont bénéficié d'une ITG sont des **nullipares** ; alors que **37%** représenté par des femmes **multipares** dont 3% ont plus de 5 enfants.
- ✚ Pour la méthode utilisées dans l'interruption thérapeutique de la grossesse, on note que la technique **chirurgicale** est pratiquée dans **75%** des cas ; et cela est expliqué par la fréquence des indications des ITG au cours du **3^{ème} trimestre** (surtout pour le *sauvetage materno-fœtal*) et aussi l'utilisation fréquente de la chirurgie en cas d'**échec** de la technique médicamenteuse.
- ✚ Alors que cette dernière, qui est basée sur l'utilisation du **Synto/Cytotec** (pour le déclenchement du travail) occupe les **25%** restants.
- ✚ L'étude a montré que l'ITG est présente dans **14 indications**. On retrouve que la **pré-éclampsie sévère** constitue l'indication prédominante des ITG avec un pourcentage de **20%**. Puis viennent en 2^{ème} position les cas de **HRP, PP et malformations congénitales** avec **15%, 13% et 13%** respectivement. Et on peut classer en 3^{ème} position les cas suivants : *crise d'éclampsie 10%, HTA gravidique déséquilibrée 8% et les diabètes avec 7%*.
- ✚ Avec un pourcentage non négligeable on retrouve : *cardiopathies/HTA/HTAP 5%, HELLP Sd 3% et Néo du sein opéré 2%*.
- ✚ Les indications des ITG sont majoritairement dominées par les urgences du **3^{ème} trimestre** : **Pré éclampsie, HRP et le placenta prævia** ; qui mettent en péril la vie des patientes et réservent le pronostic materno-fœtal.
- ✚ Alors que les cas que les cardiopathies, diabètes, néoplasies et les maladies auto-immunes (Lupus) occupe 15% qui reste non négligeable par rapport aux autres indications et sont réalisée au cours du **1^{er} trimestre**.
- ✚ Pour les ITG du **2^{ème} trimestre** : on note une légère prédominance des indications des malformations congénitales (7 cas) : anencéphalie 5 cas, Sd poly malformatif 1 cas et myéloméningocèle avec 1 seul cas. Ces ITG ont été réalisées en 2007 par la méthode médicamenteuse. Actuellement, elles sont interdites en Algérie.

- ✚ Le même commentaire fait ci-dessus pour les indications générales des ITG, on le retient pour celles du 3^{ème} trimestre, puisque **80%** des ITG sont faites en 3^{ème} trimestre (24% pré éclampsie, 18% HRP, 16% PP et crise d'éclampsie 12%).
- ✚ Enfin, en prenant en considération que les indications des ITG sont dominées par les urgences du 3^{ème} trimestre avec un pourcentage de **47%**, on note que **80% soit 74 cas** ont été **faites en urgence** pour le sauvetage **materno-foetal**. Alors que 20% soit 18 cas représente des cas qui ne sont pas des urgences vitales immédiates.
- ✚ N.B : tous les cas étudiés ont connu une **bonne évolution** (pas de mortalité post-ITG)
- ✚ N.B : les ITG pour **mort foetale in utero** (MFIU) n'ont pas été prises en compte dans notre étude.

VII. CONCLUSION :

Cette étude nous a permis de contrôler, sur une période de **03 ans**, la fréquence et la réalisation de l'ITG au niveau de l'EHS Tlemcen (service de Gynécologie-Obstétrique).

Plus de 90 dossiers ont été étudiés ; et l'indication principale demeure maternelle et est basée sur les signes d'appel lancés par les différentes pathologies organiques, systémiques et obstétricales qui peuvent mettre en péril la vie maternelle et le pronostic materno-foetal à tout âge de la grossesse. Ce qui impose une prise en charge adéquate et multidisciplinaire (Obstétricien, néonatalogue, anesthésiste-réanimateur, cardiologue...) et un suivi strict et rigoureux des grossesses surtout celles qui sont à haut risque.

Et il est justifié de penser aussi que cette constatation est le reflet du développement actuel et l'attitude du service de maternité de Tlemcen qui vise à mieux prendre en charge les grossesses à haut risque et celles à interrompre pour les indications citées ci-dessus, tout en aboutissant à réduire le terme de la prise en charge.