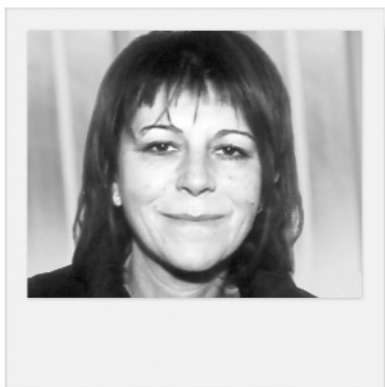


REVUES GÉNÉRALES IVG médicamenteuse

Que doit-on surveiller après une IVG médicamenteuse ?

RÉSUMÉ : Les complications d'une IVG médicamenteuse sont rares et pas plus fréquentes que celles d'une IVG chirurgicale à terme égal. L'avortement médicamenteux est une méthode sûre et efficace à condition de savoir intervenir ni trop tôt ni trop tard et de privilégier la symptomatologie clinique aux examens complémentaires.

Il est très important de bien informer les femmes du déroulement de la méthode, de prendre le temps d'expliquer les signes qui doivent les alerter et de leur donner les adresses nécessaires en cas d'urgence.



→ A. GRINSZTEIN

Service de Gynécologie-Obstétrique,
Hôpital Robert Debré, PARIS.

La visite de contrôle, qui est la 4^e consultation du forfait de l'IVG médicamenteuse, est pratiquée 15 jours à 3 semaines après l'IVG. Elle va permettre :

- de confirmer que l'avortement est complet,
- de diagnostiquer et traiter les éventuelles complications,
- de vérifier que la contraception est adaptée,
- de recueillir le vécu de la patiente si elle le souhaite.

Malgré l'information faite aux patientes sur l'importance de cette consultation, 20 à 30 % des femmes ne reviennent pas, mais quelques-unes ne sont pas totalement perdues de vue dans la mesure où on a des nouvelles d'elles.

Les complications

Elles sont rares. Je ne parlerai pas du risque de grossesse extra-utérine qui aura été éliminé par l'échographie avant l'IVG et qu'il ne faut pas pratiquer trop tôt pour éviter le piège du pseudo-sac. Toujours visualiser la vésicule vitelline qui confirme le diagnostic de GIU, sauf dans les cas exceptionnels de grossesse hétérotopique.

On distingue deux types de complications : l'hémorragie et l'infection.

1. L'hémorragie

Le taux d'hémorragie nécessitant une transfusion est de 0 à 0,2 %. Le taux d'hémorragie nécessitant une aspiration est de 0,3 à 0,6 %. L'abondance du saignement est corrélée au terme de la grossesse après 49 jours.

Les patientes seront informées de la nécessité de consulter aux urgences gynécologiques de l'hôpital référant si elles sont obligées de se changer toutes les demi-heures pendant plus de 2 heures au moment de l'expulsion ou à distance de celle-ci.

L'hospitalisation pour IVG médicamenteuse ne se justifie pas car cette complication est rare et la majorité des hémorragies surviennent à distance de la prise des médicaments. La durée moyenne des saignements est de 13 jours et peut aller jusqu'à 60 jours. Il faut prévenir la patiente de cette éventualité. Les 2/3 des aspirations sont faites pour des saignements prolongés associés à des malaises et des lipothymies.

2. L'infection

Elle est très rare (0,09 à 0,5 %). La présence de leucorrhées fétides, la persistance de douleurs, de température > 38° ou survenant plus de 12 heures après la prise de misoprostol doivent faire rechercher une endométrite et prescrire une antibiothérapie.

Cinq cas de décès par septicémie à *Clostridium Sidelii* ont été rapportés aux Etats-Unis et au Canada. Aucun en Europe. La voie vaginale pour le misoprostol a été incriminée, mais n'a pas été confirmée.

La surveillance après une IVG médicamenteuse privilégie les signes cliniques

POINTS FORTS

La surveillance après une IVG médicamenteuse privilégie les signes cliniques aux examens complémentaires.

Il faut bien informer les patientes, leur expliquer les signes qui doivent les faire consulter et donner l'adresse du centre hospitalier référent en cas d'urgence.

La réussite sera confirmée par la disparition des signes cliniques et le dosage quantitatif des β -HCG plasmatiques ou par l'échographie.

Si le taux résiduel est > 20 % du taux initial, on suspecte une grossesse arrêtée non expulsée ou une rétention trophoblastique. On demande une échographie pelvienne.

Enfin, le médecin délivre à la femme une information complète sur la contraception et les MST.

Signes devant faire consulter aux urgences

Changer de garniture toutes les demi-heures pendant plus de 2 heures.

Malaises, lipothymies.

Douleurs persistantes.

Fièvre > 38° persistante ou apparaissant plus de 6 à 8 heures après la prise de misoprostol.

Aucun saignement survenant dans les 48 heures après la prise de misoprostol.

aux examens complémentaires. Il faut bien informer les patientes, leur expliquer les signes qui doivent les faire consulter et donner l'adresse du centre hospitalier référent en cas d'urgence.

Contrôle du succès de l'IVG médicamenteuse

Le contrôle se fait d'abord par la clinique puis par le dosage quantitatif des β -HCG plasmatiques ou par l'échographie. Le taux de succès est de 95 à 98 %.

1. La clinique

● L'interrogatoire

Il doit rechercher des signes d'expulsion de la grossesse :

- y a-t-il eu des douleurs à type de contraction ? Cependant, certaines femmes expulsent sans douleur,
- le type de saignement : l'absence de saignements signe l'échec, des saignements abondants ne signent pas le succès,
- la patiente a-t-elle visualisé l'œuf ?
- y a-t-il eu disparition des signes sympathiques de grossesse ?

● L'examen clinique

Un volume utérin diminué est en faveur d'une grossesse non évolutive mais est difficile à déterminer dans certains cas et à ce terme. Une patiente qui

va bien, dont les signes sympathiques de grossesse ont disparu, n'ayant ni douleur ni fièvre, qui ne saigne plus ou légèrement, suggère fortement le succès. Celui-ci sera confirmé par le dosage quantitatif des β -HCG plasmatiques ou par l'échographie.

2. Contrôle par le dosage quantitatif des β -HCG plasmatiques.

Après la prise de mifépristone, le taux de β -HCG continue d'augmenter jusqu'à la prise de misoprostol, puis il diminue rapidement dans les 48 heures, puis plus lentement pour être indétectable vers la 8^e semaine. Le contrôle de l'efficacité de l'avortement peut se faire par le taux résiduel de β -HCG plasmatiques à la visite de contrôle (J14) rapporté au taux initial. Il existe trois possibilités :

> Le taux résiduel à J14 est > taux initial : grossesse persistante confirmée par l'échographie. On recommande une aspiration chirurgicale.

> Le taux résiduel à J14 est < 1 % du taux initial. Le succès est quasi certain.

> S'il est < 20 % du taux initial, le succès est hautement probable. Si la patiente va bien, aucun contrôle supplémentaire.

> Le taux résiduel est > 20 % du taux initial. On suspecte une grossesse arrêtée non expulsée ou une rétention trophoblastique. On demande une échographie pelvienne.

3. Contrôle par l'échographie pelvienne

On retrouve cinq situations possibles :

● L'échographie montre une grossesse évolutive (1 à 3 % des cas)

L'IVG par aspiration est proposée, elle doit être pratiquée rapidement pour

REVUES GÉNÉRALES

IVG médicamenteuse

éviter une situation angoissante pour la patiente. Si la patiente souhaite garder la grossesse (ce qui est rare) ou si le diagnostic a été fait tardivement, elle sera informée des données disponibles sur la tératogénicité des produits (fig. 1).

● **L'échographie montre une grossesse arrêtée non expulsée**

Il s'agit d'une rétention d'un sac gestationnel sans activité embryonnaire (fig. 2). Les chances d'évacuation spontanée varient entre 25 et 84 % selon les auteurs. Deux attitudes sont possibles :

- l'aspiration chirurgicale,
- la prise de misoprostol : 600 à 800 µg par voie buccale ou sublinguale. 56 à 95 % de succès suivant les études. Le choix entre ces deux méthodes est celui de la patiente.

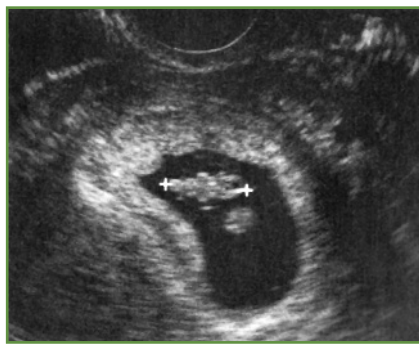


FIG. 1 : Echographie pelvienne montrant une grossesse évolutive persistante.



FIG. 2 : Echographie pelvienne montrant une grossesse arrêtée non expulsée.



FIG. 3 : Echographie pelvienne montrant une ligne de vacuité utérine.

● **L'échographie montre une ligne de vacuité utérine**

Cependant, certaines patientes ont nécessité une aspiration chirurgicale pour métrorragies abondantes malgré cette image de vacuité utérine (fig. 3).

● **L'échographie montre un endomètre épais**

Un endomètre épais avec images hyper- ou hypoéchogènes est un piège de l'échographie de contrôle : il ne faut pas porter le diagnostic de réten-

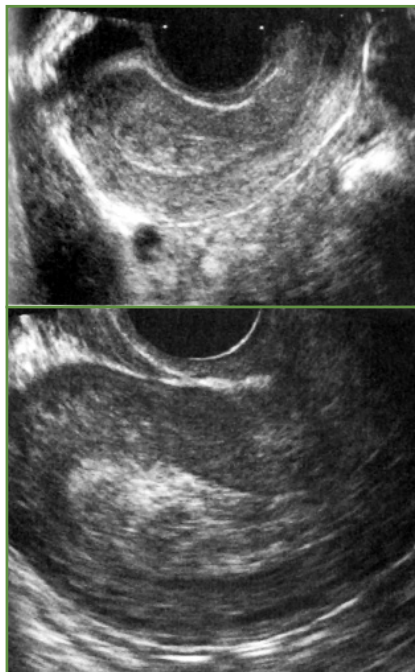


FIG. 4 : Echographies pelviennes montrant un endomètre épais.

tion trophoblastique. Toujours privilégier la clinique (fig. 4).

Une mesure de l'endomètre < 15 mm est considérée comme habituelle dans les suites d'une IVG médicamenteuse, et si la patiente est cliniquement bien, il ne faut pas la reconvoquer pour une nouvelle échographie et surtout éviter une aspiration chirurgicale. La surveillance est clinique. L'épaisseur de l'endomètre diminue avec le temps.

● **L'échographie montre des images de rétention trophoblastique**

C'est une image hyperéchogène antéropostérieure de 15 mm distincte de l'endomètre avec parfois des plages liquidiennes (fig. 5). Il faut attendre les règles si l'état clinique le permet. Réévaluer la mesure antéropostérieure des images hyperéchogènes :

- < 15 mm : succès de la méthode,
- > 15 mm : redonner 600 µg de misoprostol par voie buccale ou sublinguale ou pratiquer une aspiration chi-

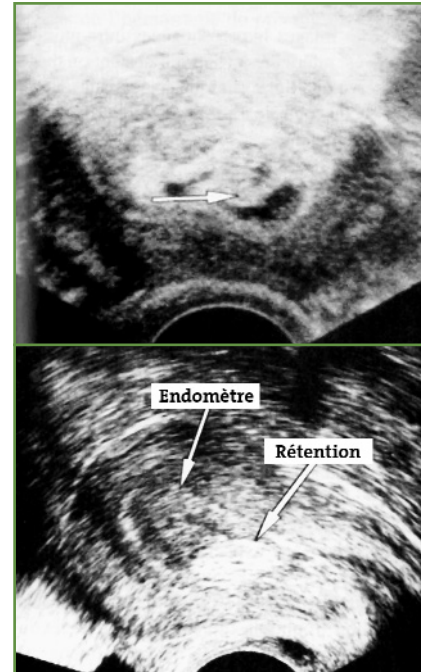


FIG. 5 : Echographies pelviennes montrant des images de rétention trophoblastique.

chirurgicale en fonction de l'état clinique et du souhait de la patiente.

Contraception après une IVG médicamenteuse

Lors d'une demande d'IVG médicamenteuse, la loi prévoit que le médecin délivre à la femme une information complète sur la contraception et les MST. Cette information doit être faite lors de la demande d'IVG, mais doit être rediscutée à la visite de contrôle. Il est important d'analyser avec la patiente les raisons de l'absence ou de l'échec de la contraception, de vérifier qu'elle dispose du moyen contraceptif

qui lui convient et d'évaluer les difficultés qu'elle rencontre dans son utilisation. Il est également nécessaire de rappeler toutes les contraceptions utilisables et la possibilité d'en changer.

>>> **Contraception hormonale :** elle est débutée le jour du misoprostol.

>>> **L'implant :** il est habituellement posé à la visite de contrôle en relais de la pilule estroprogestative ou progestative débutée le jour du misoprostol pour éviter une ovulation immédiate.

>>> **L'anneau vaginal :** du fait des saignements abondants, il sera prescrit au cycle suivant.

>>> **Le stérilet :** il peut être posé à la visite de contrôle après avoir vérifié la vacuité utérine et l'absence de complications infectieuses.

Bibliographie

1. FAUCHER P, HASSOUN D. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. Estem, 2005.
2. Anaes. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée, 2001. <http://www.anaes.fr>
3. Site réseau ville hôpital pour l'IVG médicamenteuse. www.revho.fr

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflit d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.