

B. Évolution naturelle

B L'évolution naturelle de la nidation ectopique est la rupture tubaire par distension excessive avec hémopéritoine, puis choc hémorragique et décès exceptionnel. La GEU, quand elle est évoluée, est donc l'exemple même de l'urgence vitale et reste une cause de mortalité maternelle majeure dans le monde.

L'incidence des grossesses extra-utérines a augmenté dans les pays développés représentant, en France, 2 % des grossesses. La morbimortalité a été très sensiblement diminuée grâce aux possibilités de diagnostic précoce et de traitements efficaces et moins invasifs comme le traitement médicamenteux ou la coelioscopie.

C. Incidence, facteurs de risque

Les grossesses cervicales, les grossesses diverticulaires (en cas d'endométriose), les grossesses angulaires ou les grossesses dans les utérus malformés (exemple de la corne utérine rudimentaire) doivent être connues car, même si elles sont rares, elles risquent d'engager le pronostic vital.

La fréquence de la GEU a doublé au cours des 15 dernières années (2 % des grossesses, soit environ 14 000 par an, en France), coïncidant avec la recrudescence des facteurs favorisants que sont les infections génitales hautes, la chirurgie tubaire, le tabagisme.

Physiologiquement, la fécondation se fait dans le tiers distal de la trompe, puis l'œuf migre dans la cavité utérine et entame sa nidation 7 jours après. Les facteurs de risque de GEU sont donc tous les facteurs altérant la motilité tubaire :

- les **infections génitales hautes** (IGH). Les salpingites et les endométrites peuvent être des infections sexuellement transmissibles. Le risque relatif est de 6 et le germe le plus fréquemment en cause est *Chlamydia trachomatis* ;
- le **tabac** avec une relation effet-dose. Ce deuxième facteur de risque est accessible à la prévention primaire ;
- les antécédents de **chirurgie** tubaire mais aussi abdominopelvienne à risque d'adhérences ;
- les autres causes d'altération de la paroi tubaire : endométriose, tuberculose, bilharziose, malformation utérine ou tubaire ;
- **l'âge maternel élevé (> 35 ans)** ;
- **la fécondation in vitro** (des GEU surviennent dans 4,5 % des FIV). Pour ces patientes, il faut penser aux grossesses hétérotopiques.

II. Diagnostic

Le diagnostic de GEU doit être évoqué chez toute femme en âge de procréer se présentant aux urgences pour des douleurs pelviennes et/ou des métrorragies.

A Il faut réaliser un examen clinique, une échographie pelvienne (par voie endovaginale et par voie abdominale) et un **dosage plasmatique des β -hCG**.

Item 37

Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse, réalisée dans le cadre légal, dans un délai de 16 SA

- I. Pour comprendre
- II. Législation
- III. Structures de prise en charge des IVG
- IV. Déroulement de la prise en charge
- V. Méthodes
- VI. Complications et prévention
- VII. Contraception après une IVG

Situations de départ

- 239 Explication préopératoire et recueil de consentement d'un geste invasif diagnostique ou thérapeutique.
- 250 Prescrire des antalgiques.
- 257 Prescrire une contraception et contraception d'urgence.
- 332 Demande d'interruption volontaire de grossesse.
- 333 Demande d'un certificat médical initial.
- 341 Réaction à un événement potentiellement traumatique.
- 342 Rédaction d'une ordonnance/d'un courrier médical.

Hierarchisation des connaissances

Rang	Rubrique	Intitulé	Descriptif
A	Définition	Connaître l'histoire politique et sociale qui a mené à la loi sur l'IVG de 1975	
A	Étiologies	Connaître les causes de grossesses non désirées	Absence de contraception, changement de méthode, méthode non adaptée Savoir que deux tiers des femmes qui ont eu une IVG utilisaient une méthode contraceptive La grossesse non désirée ne mène pas toujours à l'IVG
B	Prévalence, épidémiologie	Connaître le nombre d'IVG réalisées en France	Le nombre d'IVG varie entre 215 000 et 230 000 par an Savoir qu'il est stable depuis 2006

En France, le délai entre la première demande des femmes auprès d'un professionnel libéral ou hospitalier et la réalisation effective d'une IVG est en moyenne de 7,4 jours. Il peut varier de 3 à 11 jours en moyenne selon les régions.

En 2018, plus de la moitié des IVG ont été réalisées avant la 7^e semaine de grossesse. Selon l'étude de la DREES, seules 5,3 % des IVG ont été réalisées entre 10 et 12 semaines de grossesse, soit les deux dernières semaines où l'IVG est légalement possible en France. Il existe cependant de fortes disparités entre les régions.

En 2018, un quart des IVG ont été réalisées hors d'une structure hospitalière, soit 55 800 IVG. Le nombre d'IVG médicamenteuses est en hausse depuis 2001 et, à l'inverse, le recours à la voie instrumentale ne cesse de diminuer. Ainsi, en 2018, 69 % des IVG ont été réalisées par voie médicamenteuse.

II. Législation

A Depuis la Loi Veil de 1975 jusqu'à la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016, une succession de lois et décrets a fait évoluer le droit et l'accès à l'IVG en France. En 1975, l'avortement est un acte réprimé par la loi et passible de prison. Quelques années plus tôt, la situation a commencé à évoluer avec la Loi Neuwirth (1967), qui autorise la contraception. Mais cette loi n'a réellement été appliquée que vers 1974. Le problème de l'avortement clandestin n'était pas résolu et, chaque année, il était responsable de la mort de plus de 250 femmes.

Le 17 janvier 1975 est une date historique pour toutes les femmes de France. La loi qui dépénalise l'avortement est adoptée. Elle est l'œuvre et le combat d'une femme à l'écoute des femmes, la ministre de la Santé de l'époque, **Simone Veil**. Pendant 3 jours de débats houleux à l'Assemblée nationale pour défendre son projet de loi, Simone Veil fait face à des attaques personnelles et à des réactions hostiles de tous bords politiques. Même si elle est finalement adoptée, la loi sur l'IVG représente un tabou.

Pour permettre aux femmes de recourir à l'avortement dans un lieu approprié, des centres d'IVG sont créés en 1979.

A. Conditions de la pratique des IVG

Elles sont définies par la loi sur l'interruption volontaire de grossesse (article L. 2212-1 du Code de la santé publique) :

- la femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut demander à un médecin ou à une sage-femme l'interruption de sa grossesse ;
- cette interruption doit être pratiquée avant la fin de la 14^e semaine de grossesse (16 SA) ;
- toute personne a le droit d'être informée sur les méthodes abortives et d'en choisir une librement ;
- le médecin ou la sage-femme sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, dès la première visite, informer celle-ci des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques et des effets secondaires potentiels ;
- le médecin ou la sage-femme doit lui remettre un dossier-guide, mis à jour au moins une fois par an ;
- les agences régionales de santé (ARS) assurent la réalisation et la diffusion des dossiers-guides ;
- l'interruption volontaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin ou, pour les seuls cas où elle est réalisée par voie médicamenteuse, par une sage-femme ;

Les statistiques annuelles sur la pratique des IVG en France sont réalisées à partir du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour les données des établissements de santé et les données de consommation inter-régimes (DCIR) de l'assurance maladie qui permettent de disposer d'informations sur les IVG pratiquées hors établissements de santé. Ces deux sources de données ont peu à peu remplacé les bulletins d'interruption de grossesse (BIG).

III. Structures de prise en charge des IVG

Les IVG peuvent être réalisées en établissement de santé, en médecine de ville et en centre de santé.

A. En établissement de santé

Les établissements de santé qui pratiquent des IVG doivent disposer de lits en gynécologie-obstétrique ou en chirurgie et doivent prendre en charge sans délai toute complication liée à cette pratique. Les établissements publics ne peuvent refuser de pratiquer des IVG.

Chaque établissement doit disposer d'une ligne téléphonique dédiée à cette activité. Toute patiente doit obtenir un RDV de consultation dans les 5 jours suivant son appel.

Sauf cas exceptionnel, les IVG doivent être réalisées en hôpital de jour (séjour de moins de 12 heures).

B. Hors établissement de santé

La prise en charge de l'IVG médicamenteuse peut se faire par des médecins ou des sages-femmes jusqu'à 9 SA et dans des centres de planification et d'éducation familiale.

Les médecins et les sages-femmes doivent passer une convention avec un établissement de santé après avoir justifié d'une pratique suffisante et régulière des IVG médicamenteuses en établissement de santé ou être qualifiés en gynécologie médicale ou en gynécologie-obstétrique.

C. Dans les centres de santé

Dans l'optique d'améliorer la prise en charge des patientes en demande d'IVG et suite à la loi de modernisation de notre système de santé promulguée en janvier 2016, l'HAS a établi en mars 2016 un document intitulé « Cahier des charges des conditions nécessaires à la réalisation des IVG instrumentales hors établissement de santé » qui définit les exigences à respecter pour la pratique des IVG instrumentales sous anesthésie locale hors établissement de santé.

IV. Déroulement de la prise en charge

A. Consultation initiale

Lors de la première consultation de demande, la femme doit recevoir des informations claires et précises sur la procédure (méthode médicamenteuse ou chirurgicale) et les choix offerts de recours à l'anesthésie locale ou générale. Cette information, obligatoire, orale, doit être

idéalement complétée par la remise du dossier-guide régulièrement actualisé et délivré par les agences régionales de santé (ARS) et disponible sur internet sur le site ivg.gouv.fr.

À l'occasion de cette consultation médicale, un entretien d'information, de soutien et d'écoute doit pouvoir être proposé systématiquement. Il est obligatoire uniquement pour les mineures. Pour les femmes qui ont souhaité cet entretien et pour les femmes mineures, l'IVG ne pourra être pratiquée que 48 heures après cet entretien. Le professionnel qui a réalisé l'entretien établit pour la femme mineure une attestation.

L'interrogatoire et l'examen clinique estiment l'âge gestationnel de la grossesse.

Le recours à une échographie doit être possible sur place lors de la consultation ou dans un délai rapide chez un échographiste correspondant du médecin ou de la sage-femme.

L'échographie permet de localiser la grossesse, de vérifier son évolutivité et de préciser la datation. La mesure échographique étant fiable à ± 5 jours, l'IVG peut être réalisée lorsque la mesure du BIP est inférieure ou égale à 38 mm.

La consultation pré-IVG est l'occasion de proposer, selon le contexte clinique, un dépistage des IST et de réaliser un frottis cervico-utérin de dépistage. Un bilan biologique peut être prescrit — toutes les patientes doivent disposer d'un groupage ABO + rhésus.

Le médecin ou la sage-femme établit une attestation de première consultation (même si le professionnel refuse de réaliser l'IVG, il est tenu de signer le certificat initial et d'orienter la femme vers un professionnel compétent) (tableau 8.1).

Tableau 8.1. A Étapes d'une demande d'IVG.

1 ^{re} consultation Hors forfait IVG	<ul style="list-style-type: none"> – Formulation de la demande d'IVG – Information par le médecin ou la sage-femme sur les méthodes et remise du dossier guide – Proposition entretien social (obligatoire pour les mineures) – Attestation de 1^{re} consultation – Prescription : groupe sanguin, échographie
2 ^e consultation	<ul style="list-style-type: none"> – Vérification de la datation de la grossesse – Examen général, gynécologique (FCV, ECBV) – Choix de la méthode et information écrite de la programmation – Confirmation écrite de la demande – Prescription : sérum anti-D si Rh-, antalgiques et contraception – RDV consultation anesthésie si anesthésie générale
Réalisation de l'IVG	<ul style="list-style-type: none"> – Médicamenteuse : prise de la mifépristone et remise du misoprostol si domicile – Remise de la fiche de liaison – Instrumentale : après préparation cervicale
Consultation de suivi 14 à 21 jours après IVG	<ul style="list-style-type: none"> – Proposée mais non obligatoire – Recherche des complications – Vérification du succès de la méthode

B. Deuxième consultation : confirmation de l'IVG

Il n'y a plus de délai de réflexion entre la première et la deuxième consultation ++.

À l'occasion de cette consultation, la patiente confirme, par écrit, sa demande d'IVG, remet au médecin ou à la sage-femme son consentement et précise la méthode souhaitée.

Le médecin explique à la patiente l'organisation de l'acte et son déroulement.

En cas d'IVG instrumentale, un rendez-vous de consultation anesthésique sera prévu.

Si le rhésus est négatif, une prévention d'immunisation rhésus par une injection de gammaglobulines anti-D devra être réalisée au moment de l'acte.

Lors de cette consultation, un temps est dédié au choix d'une contraception après l'IVG.

A. Méthode instrumentale

1. Technique

Elle peut être réalisée qu'importe le terme de la grossesse si besoin.

La patiente est installée en position gynécologique. L'opérateur pratique une dilatation cervicale à l'aide de bougies de calibre croissant et l'évacuation du contenu utérin par aspiration à l'aide d'une canule.

Un contrôle échographique, non recommandé en systématique, peut être effectué en peropératoire pour vérifier la vacuité utérine.

2. Préparation du col

La préparation cervicale médicamenteuse est recommandée en systématique avant la dilatation, elle permet de réduire le temps opératoire et les complications rares mais potentiellement graves.

La préparation cervicale repose sur l'auto-administration par la femme d'une dose de 400 µg de misoprostol (hors AMM) :

- par voie vaginale 3 heures avant le geste ;
- ou par voie sublinguale 1 à 3 heures avant le geste.

L'adjonction au misoprostol de 200 mg de mifépristone 24 à 48 heures avant l'intervention est bénéfique pour les grossesses entre 12 et 16 SA.

La préparation cervicale peut être réalisée par 1 cp. à 200 mg de mifépristone (Mifégyne®) délivré 36 à 48 heures avant l'intervention (conformément à l'AMM).

3. Anesthésie

L'intervention est précédée d'une anesthésie locale ou générale.

En cas d'anesthésie locale, l'anesthésie locale paracervicale (ALP) est la technique la plus évaluée par rapport à l'anesthésie intracervicale (fig. 8.1).

L'utilisation de 20 cm³ de ropivacaïne 7,5 mg/ml ou de lidocaïne à 1 % mélangée à 2 cm³ de bicarbonate de sodium à 8,4 % est plus efficace que la lidocaïne seule à 1 % dans l'anesthésie paracervicale.

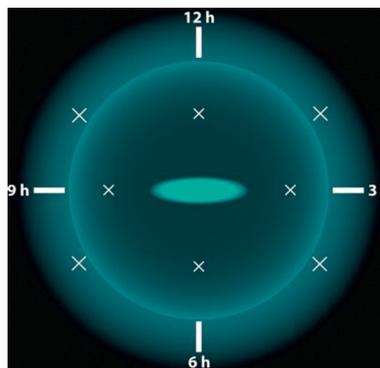


Fig. 8.1. B Points d'injections « classiques » en quatre points d'une anesthésie locale paracervicale (grandes croix). La différence par rapport à une anesthésie locale intracervicale est minime (petites croix).

(Source : extrait de Linet T. Interruption volontaire de grossesse instrumentale. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2016;45(10):1515–35. © 2016)

À la méthode médicamenteuse

La mifépristone est inefficace sur une GEU par absence de récepteurs de la progestérone au niveau des trompes. Devant une grossesse de localisation indéterminée (GLI) à l'échographie endovaginale, on peut ne pas retarder la prise des médicaments dans les cas suivants :

- hCG < 1 500 UI;
- absence de facteurs de risque de GEU ;
- absence de symptômes de GEU ;
- femme informée des signes de GEU, du risque de non-diagnostic de GEU ;
- surveillance possible par dosage des hCG avant et après la procédure : la baisse des hCG d'au moins 50 % à J5 et 80 % à J7 permet de conclure au succès de la procédure.

La méthode médicamenteuse est contre-indiquée dans les situations suivantes :

- troubles de la coagulation, prise d'un traitement anticoagulant (absence de contrôle de l'hémorragie);
- anémie profonde (Hb < 9–10 g/dl);
- DIU en place : il est souhaitable de retirer le DIU si les fils sont accessibles, mais on ne peut contre-indiquer la méthode dans le cas contraire ;
- patiente isolée, ne comprenant pas les informations, visite de contrôle impossible, voyage après la procédure « dans une zone sanitaire risquée ».

Remarque

Allaitement, tabagisme, obésité, grossesse gémellaire et utérus cicatriciel ne sont pas des contre-indications à l'avortement médicamenteux.

3. Protocoles

Pour l'HAS (2021)

 Le protocole est le suivant :

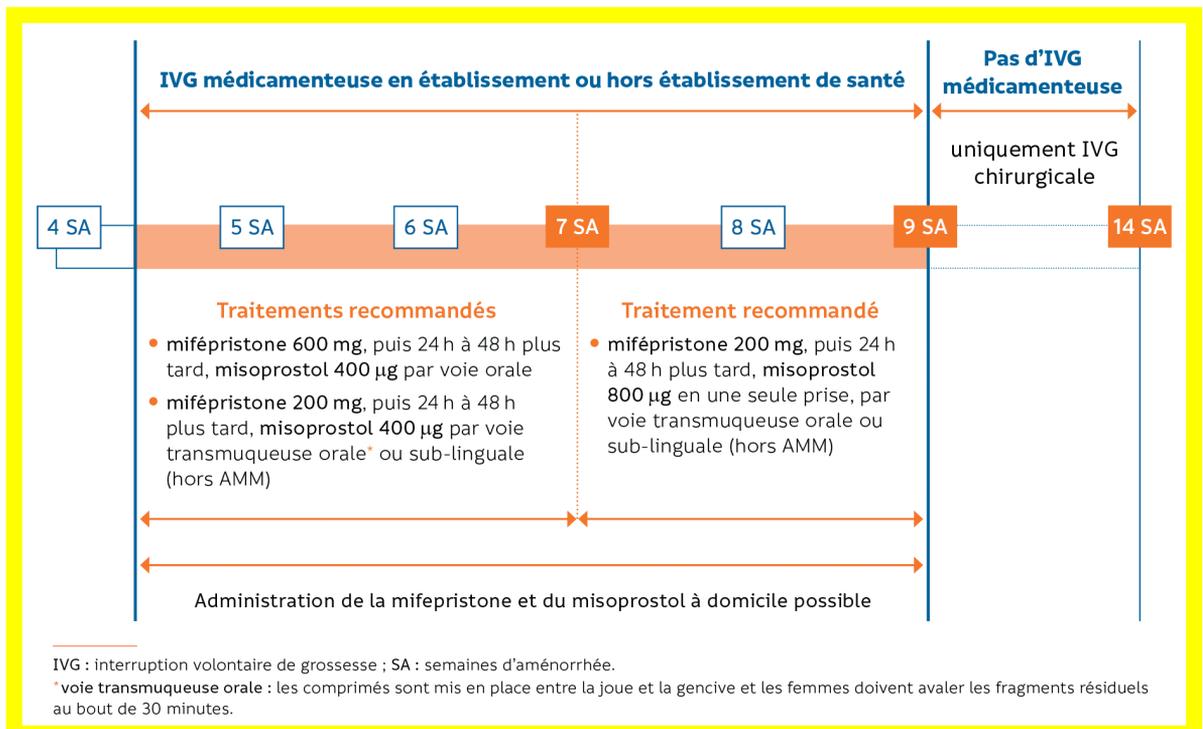


Tableau 8.3. Contraception après une IVG. Suite.

Méthodes	Début
DIU et SIU	<ul style="list-style-type: none"> – Immédiate au décours de l'IVG chirurgicale – Dans les 10 jours après IVG médicamenteuse (après vérification de la vacuité utérine)
Méthodes barrières et naturelles	– Dès la reprise des rapports sexuels

Le choix de la contraception doit tenir compte de :

- de l'efficacité;
- des effets secondaires, des contre-indications;
- des contraintes d'utilisation (mode de vie, contexte familial et culturel);
- du coût.

Les méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action, dispositifs intra-utérins et implant pourraient mieux prévenir la répétition des IVG.

Points clés

- Le délai de réflexion n'est plus obligatoire entre les deux consultations précédant l'IVG.
- À l'occasion de la première consultation médicale, un entretien d'information, de soutien et d'écoute doit pouvoir être proposé systématiquement. Il est obligatoire uniquement pour les mineures.
- Dans tous les cas où cela est possible, les femmes doivent pouvoir choisir la méthode (médicale ou instrumentale, anesthésie générale ou locale) quel que soit l'âge gestationnel.

Notions indispensables (PCZ)

- Toujours proposer une contraception après la réalisation d'une IVG.
- Si le rhésus est négatif, une prévention d'immunisation rhésus par une injection de gammaglobulines anti-D devra être réalisée au moment de l'acte.

Pour en savoir plus

	CNGOF. L'interruption volontaire de grossesse. Recommandations pour la pratique clinique, 2016. http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252FRPC_2016_IVG.pdf&i=7804
	DREES. Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019. Études et Résultats n° 1163, 2020. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/ER%201163.pdf
	Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse hors établissement de santé. Livret d'information à l'attention des médecins et des sages-femmes, 2017. guide_ivg_hors_etablissement_2017-2.pdf

C. Orientation diagnostique

1. En faveur d'un avortement spontané

Les signes cliniques en faveur d'un avortement spontané sont :

- une disparition récente des signes sympathiques de grossesse ;
- des hémorragies franches, de sang rouge, avec caillots et « débris » ;
- des douleurs pelviennes médianes, intermittentes, à type de contractions, « comme des règles » ;
- un col utérin mou, perméable au doigt ;
- alors que les culs-de-sac sont libres et la mobilisation utérine indolore.

À l'échographie, on retrouve :

- un sac ovulaire intra-utérin bien visible, reconnaissable par sa couronne trophoblastique échogène ;
- mais anormal : embryon sans activité cardiaque ou œuf clair, sans écho embryonnaire, souvent aplati, à contours irréguliers, plus petit que ne le voudrait l'âge de la grossesse.

2. En faveur d'une grossesse extra-utérine

Les signes cliniques en faveur d'une grossesse extra-utérine sont :

- des facteurs de risque : tabagisme, antécédents de stérilité, DES, salpingite, chirurgie tubaire, grossesse extra-utérine ; grossesse obtenue par assistance médicale à la procréation ;
- des hémorragies peu abondantes, noirâtres ;
- abdomen douloureux de façon latéralisée avec ou sans défense ;
- des signes de mauvaise tolérance hémodynamique évoquant une GEU rompue ;
- des douleurs pelviennes latéralisées, sourdes, avec des accès plus intenses, parfois des scapulalgies ou des malaises (hémopéritoine) ;
- un utérus moins gros qu'attendu, un col tonique et fermé, une masse latéro-utérine douloureuse ;
- des douleurs provoquées dans un cul-de-sac latéral, dans le cul-de-sac recto-utérin ou à la mobilisation utérine.

À l'échographie on retrouve :

- un utérus vide, anormal si l'âge gestationnel est de plus de 5,5 SA ou si le taux d'hCG est supérieur à 1 000–1 500 UI/l ; un endomètre épaissi ;
- une masse latéro-utérine, inconstante, plus ou moins caractéristique :
 - un sac ovulaire typique avec un embryon et une activité cardiaque ;
 - une image en cocarde (10 à 20 mm) avec une couronne échogène (trophoblaste) et un centre clair ;
 - une masse hétérogène non spécifique ;
 - un épanchement dans le cul-de-sac recto-utérin.

3. En faveur d'une grossesse intra-utérine évolutive

Les signes cliniques en faveur d'une grossesse intra-utérine sont :

- des signes sympathiques de grossesse ;
- des hémorragies isolées, sans douleurs, souvent récidivantes ;