

Interruption volontaire de grossesse compliquée

Professeur Michel Collet
CHRU de Brest

Seules les complications des IVG instrumentales sont envisagées ici.

Les complications des IVG médicamenteuses (principalement : échec ; métrorragies ; infection ; troubles cardiovasculaires ; conséquences psychologiques) ne sont pas abordées.

I – Complications immédiates

1 – Accidents anesthésiques

- Au cours des anesthésies générales, le risque de décès est de 0,58 / 100 000 IVG, contre 0,15 / 100 000 IVG sous anesthésie locale (en rapport avec un arrêt cardiaque réflexe ou un choc allergique).
- Lors de la réalisation d'une anesthésie locale à la Xylocaïne®, un passage vasculaire est possible, passage vasculaire pouvant être à l'origine de :
 - un choc anaphylactique ;
 - d'un collapsus avec bradycardie ;
 - de légers incidents à type de vertiges, ou de bourdonnements d'oreille sont fréquents.
 - des convulsions avec asphyxie sont exceptionnelles.

Il importe donc de toujours aspirer avant d'injecter et de ne jamais administrer de doses trop élevées.

2 – Les hémorragies

Elles surviennent essentiellement pendant et dans l'heure qui suit l'intervention. Leur fréquence est plus importante si l'anesthésie est générale et augmente avec l'âge gestationnel.

Elles restent exceptionnelles avant 8 semaines d'aménorrhée. Elles sont surtout la conséquence d'aspiration incomplète ou d'interruption volontaire de grossesse sur utérus fibromateux. Il faudra éliminer un trouble de l'hémostase. Lorsque le terme est avancé, un contrôle de la vacuité utérine sous échographie est souhaitable, de même que l'injection de 10 Unités de SYNTOCINON® en fin d'intervention.

3 – Les perforations

Leur fréquence est étroitement liée à l'expérience de l'opérateur et à l'utilisation ou non de la préparation cervicale médicamenteuse.

On les suspecte si la bougie de dilatation ou la sonde d'aspiration pénètre trop loin et trop facilement.

En cas de perforation utérine, l'évacuation utérine doit se faire sous contrôle échographique. La vacuité utérine doit être obtenue dans tous les cas pour permettre une bonne hémostase et pour prévenir une surinfection.

Lorsque la perforation utérine s'accompagne d'une aspiration intra-abdominale, il existe un risque de plaie intestinale ; il faut alors obligatoirement et immédiatement réaliser une coelioscopie, éventuellement une laparotomie, pour contrôler l'intégrité des viscères abdominaux et le cas échéant réaliser la réparation de toute(s) blessure(s) traumatique(s) de l'intestin.

4 - Déchirures du col

Elles ne sont pas rares et sont habituellement bénignes, correspondant à des déchirures partielles par les pinces de traction sur le col (Pozzi, Museux). Ces déchirures saignent peu, ne nécessitent aucun traitement et laissent une cicatrice sans conséquence. Une suture hémostatique est rarement nécessaire.

5 – Malaise vagal

Un malaise vagal peut se rencontrer au cours des interruptions volontaires de grossesse sous anesthésie locale, au moment de la dilatation.

Une préparation du col utérin par CYTOTEC® permet d'éviter ce type de malaise.

6 – Hématométrie

Une hématométrie peut survenir dans les heures qui suivent l'intervention avec la survenue de douleurs à type de coliques expulsives.

L'échographie fait le diagnostic. Une simple aspiration permet le traitement.

II – Complications secondaires

1 – Echec de l'interruption volontaire de grossesse

Elles sont rares : moins de 0,5 % pour les interruptions instrumentales et 4 % pour les interruptions médicamenteuses. Ces échecs peuvent être le fait de l'inexpérience de l'opérateur, d'un terme trop précoce, de malformations utérines.

Ils peuvent avoir un impact médico-légal (malformation fœtale suite à l'échec).

2 – Rétention placentaire

Une rétention placentaire est possible dans 0,5 à 0,7 % des cas. Elle se traduit cliniquement par des métrorragies plus ou moins abondantes, et un utérus qui reste gros.

L'échographie retrouve la présence de débris trophoblastiques intra-utérins se traduisant par des images hyperéchogènes. Une aspiration ± curetage secondaire est souvent nécessaire.

3 – Complications infectieuses

Il pourra s'agir :

- d'une simple réaction fébrile post-opératoire,
- d'une endométrite se traduisant par un écoulement malodorant, un utérus gros et sensible à la mobilisation, dans un contexte d'hyperthermie ; la mise en route rapide d'un traitement antibiotique permet d'éviter l'évolution vers des complications plus graves :
- salpingite, abcès ovarien,
- pelvipéritonite,
- septicémie.

4 – Méconnaissance d'une grossesse extra-utérine ou d'une grossesse molaire

Cette éventualité est toujours à redouter, en particulier dans les interruptions médicamenteuses. La généralisation de l'échographie avant interruption volontaire de grossesse et le recours à l'examen anatomopathologique du produit d'aspiration en cas de doute ont diminué le risque.

5 – Iso-immunisation

Elle ne devrait plus se voir si l'on prescrit systématiquement une injection de Gammaglobulines chez les femmes Rhésus négatif.

6 - Retentissement sur la fertilité ultérieure

- Risque de stérilité secondaire, plus fréquente chez les nullipares, essentiellement liée à une infection post-abortum, responsable de :
 - Obstruction tubaire
 - Risque augmenté de grossesse extra-utérine
- Des synéchies post-abortum sont possibles surtout après curetages secondaires dans un contexte fébrile.
- Risque augmenté d'avortements tardifs ou d'accouchements prématurés en relation avec une béance cervico isthmique. Ce risque augmente avec le nombre d'interruptions volontaires de grossesses.

7 – Retentissements psychoaffectifs

- Un sentiment de culpabilité est souvent observé après une interruption volontaire de grossesse.
- Le taux de regrets serait de l'ordre de 5 % dans les statistiques américaines.