



HAL
open science

Audit des pratiques d'interruption volontaire de grossesse sur les utérus cicatriciels au CHU de Grenoble

Maria Leo

► **To cite this version:**

Maria Leo. Audit des pratiques d'interruption volontaire de grossesse sur les utérus cicatriciels au CHU de Grenoble. Gynécologie et obstétrique. 2011. dumas-00617770

HAL Id: dumas-00617770

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00617770v1>

Submitted on 30 Aug 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE

**AUDIT DES PRATIQUES
D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE
GROSSESSE SUR LES UTERUS
CICATRICIELS AU CHU DE
GRENOBLE**

Mémoire soutenu le 18 mai 2011

Par LEO Maria

Née le 28 septembre 1987

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année 2011

Remerciements

Je remercie les membres du Jury :

Mr le Professeur Jean-Claude PONS, PU-PH en Gynécologie-Obstétrique au CHU de Grenoble, Président du Jury ;

Mme le Dr Danielle TOURNADRE, Praticien Hospitalier en Gynécologie-Obstétrique au CHU de Grenoble ;

Mme Chantal SEGUIN, Directrice de l'Ecole de Sages-Femmes de Grenoble ;

Mme Laurence COMBET BLANC, Sage-Femme Cadre Enseignante à l'Ecole de Sages-Femmes de Grenoble ;

Mme Laurence PERRU, Sage-Femme Cadre au CH d'Annecy ;

Je remercie plus particulièrement,

Mme Joëlle TERRY, Sage-Femme Cadre au CHU de Grenoble, directrice de ce mémoire, *pour son aide précieuse et sa disponibilité ;*

L'ensemble de l'équipe du Centre d'Orthogénie du CHU de Grenoble,
pour leur aide lors de mon recueil de données ;

Mr Ludovic LAZARETH, technicien en développement,
pour son soutien et son aide en informatique ;

Mes parents, mes frères et ma sœur,
pour leurs encouragements.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS.....	1
I) INTRODUCTION.....	2
II) MATERIEL ET METHODES.....	4
III) RESULTATS.....	6
1. GENERAL	6
2 ANTECEDENTS DE CESARIENNE.....	9
<i>Tableau 1 : Antécédents de césarienne et méthode d'IVG utilisée.</i>	<i>9</i>
3 TERME	10
<i>Figure 1 : Histogramme représentant le nombre d'IVG réalisée avec la méthode médicale ou chirurgicale en fonction du terme.</i>	<i>10</i>
4 MODALITES DE PRISE EN CHARGE	11
<i>Tableau 2 : Nombre de comprimés de mifépristone et de misoprostol pris par les patientes au cours de l'IVG médicale.</i>	<i>11</i>
<i>Tableau 3 : Nombre de comprimés de mifépristone et de misoprostol pris par les patientes au cours de l'IVG chirurgicale.</i>	<i>12</i>
5 COMPLICATIONS	14
<i>Tableau 4 : Les complications suite à l'IVG.</i>	<i>14</i>
<i>Tableau 5 : Les caractéristiques des IVG pour lesquelles il y a eu une complication.</i>	<i>14</i>
IV) DISCUSSION	16
1 LES LIMITES DE L'ETUDE.....	16
2 DISCUSSION	16
V) CONCLUSION	23
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	25

Abréviations

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse.

SA : Semaines d'Aménorrhée.

HCE : Hôpital Couple-Enfant.

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

ANCIC : Association Nationale des Centres d'Interruption de grossesse et de Contraception.

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.

IMC : Indice de Masse Corporelle.

Cp : Comprimé.

AG : Anesthésie Générale.

AL : Anesthésie Locale.

DIU : Dispositif Intra-Utérin.

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

I) Introduction

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) a été autorisée par la loi Veil en France en 1975 [1], elle était alors possible jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée (SA). Ce délai a été repoussé à 14 SA par la loi du 4 juillet 2001 [2]. Depuis les années 2000, le nombre d'IVG en France est stable, il est évalué à 213 380 en 2007 [3].

Deux techniques sont utilisées en fonction de l'âge gestationnel : la méthode médicale et la méthode chirurgicale [4]. Quand cela est possible, la patiente peut avoir recours à la technique de son choix.

La méthode chirurgicale peut être pratiquée jusqu'à 14 SA, elle est réalisée en deux temps : la dilatation du col et l'aspiration du contenu utérin. La dilatation du col peut se faire de manière chimique par l'utilisation de mifépristone et/ou de misoprostol ou bien mécanique avec des bougies d'Hegar ou avec des dilatateurs progressifs. L'aspiration peut être réalisée à l'aide de deux types de canules, les canules de Karman, souples, ou bien les vacuètes de Berkeley qui sont rigides.

La méthode médicale n'est pas recommandée à partir de 10 SA [4], elle repose sur l'association de mifépristone (mifégyne, RU 486) et de misoprostol (cytotec ou gymiso). Une étude américaine [5] et une étude suisse [6] ont montré que l'association de mifépristone et de misoprostol est plus efficace que le misoprostol utilisé seul, ce dernier étant plus efficace par voie vaginale. La méthode médicale est de plus en plus utilisée et représentait 49% de l'ensemble des IVG réalisées en France en 2007 [3].

Les complications immédiates des IVG par la méthode chirurgicale sont notamment les déchirures cervicales, les perforations utérines, les hémorragies, les infections et les rétentions [7]. Le taux global de complications varie entre 0.01% et 1.16% et elles ne sont pas plus nombreuses avec la méthode chirurgicale qu'avec la méthode médicale [8]. Une étude française de 1994 a même montré que le taux de saignement est moins élevé avec la méthode chirurgicale [9]. Les complications diminuent avec l'expérience de l'opérateur [10] mais elles augmentent avec l'âge gestationnel [4, 11].

Par ailleurs, le taux de césariennes augmente, il est passé de 14% en 1991 à 20,2% en 2009 [12], il y a par conséquent plus de femmes avec un utérus cicatriciel qui ont recours à une IVG.

Un utérus cicatriciel est un utérus qui comporte une ou plusieurs cicatrices soit à la suite d'une intervention chirurgicale telle qu'une hystérotomie (dont la césarienne fait partie), une myomectomie ou encore une plastie utérine, soit à la suite d'un traumatisme tel que la rupture utérine. Une des complications des utérus cicatriciels est la rupture utérine, il faut donc être prudent lors d'une IVG sur un utérus cicatriciel. Une étude chinoise de 2001, dans laquelle a été comparée l'utilisation de mifépristone et de misoprostol dans le but d'interrompre une grossesse avant 7SA sur des utérus cicatriciels et sur des utérus non cicatriciels, a montré qu'il n'y avait pas de différence. Cette étude a conclu que l'utilisation de mifépristone et de misoprostol sur un utérus cicatriciel est une méthode sûre et efficace mais que cependant d'autres études doivent être réalisées pour valider son utilisation comme médicament de routine [13].

Cette étude vise à décrire la prise en charge des IVG chez les femmes ayant un utérus cicatriciel suite à une césarienne. Elle a pour objectif principal de décrire quelle méthode est utilisée en fonction du nombre de cicatrice et pour objectifs secondaires de montrer quelle méthode est utilisée en fonction du terme, de décrire les modalités de prise en charge ainsi que d'évaluer le taux et le type de complications post-IVG.

Elle s'appuie sur l'hypothèse que les femmes ayant un utérus multi-cicatriciel (avec pour antécédent au moins deux césariennes) doivent bénéficier de la technique chirurgicale d'IVG et que les femmes ayant un utérus uni-cicatriciel doivent également bénéficier de cette technique à partir de 9 SA. En effet, à partir de 9 SA la technique chirurgicale est la technique de référence puisqu'elle expose à un risque d'échec et de complication inférieur à la technique médicale [4]. Elle s'appuie également sur l'hypothèse que le taux de complications est plus élevé avec l'âge gestationnel [11].

Son but est d'améliorer la prise en charge des IVG chez les patientes porteuses d'un utérus cicatriciel.

II) Matériel et méthodes

L'étude menée afin de répondre à nos objectifs est de type descriptif et monocentrique.

Les données ont été recueillies au centre d'orthogénie de l'Hôpital Couple-Enfant (HCE) de Grenoble. Le recueil de données a été réalisé de façon rétrospective sur dossier médical et a concerné les IVG ayant eu lieu à l'HCE au cours de l'année 2009, qui s'élevaient au nombre de 1519.

Ont été éligibles toutes les patientes avec un utérus cicatriciel dont l'étiologie de la cicatrice était une césarienne ayant eu recours à une IVG en 2009 ; quel que soit leur âge, le type de cicatrice (transversale, verticale ou mixte), la méthode d'interruption de grossesse utilisée et l'âge gestationnel au moment de l'IVG.

Les patientes porteuses d'un utérus cicatriciel dont l'étiologie de la cicatrice était une myomectomie, une plastie utérine ou un traumatisme de l'utérus ont été exclues.

Les dossiers d'IVG n'étant pas informatisés et en l'absence de liste répertoriant les patientes porteuses d'un utérus cicatriciel, l'ensemble des dossiers d'IVG au cours de l'année 2009 a été exploité et seuls les dossiers des patientes répondant aux critères d'éligibilité ont été retenus.

Le critère de jugement principal est la méthode d'IVG utilisée : médicale ou chirurgicale. Les critères de jugement secondaires sont les antécédents de césarienne de la patiente ainsi que l'âge gestationnel lors de l'IVG, le nombre de comprimés de mifépristone et de misoprostol pris, le délai entre la prise de mifépristone et de misoprostol, le mode d'anesthésie, la pose d'un dispositif intra-utérin (DIU) au bloc opératoire et la survenue de complications post-interventionnelles.

Un nombre minimum de 30 patientes répondant aux critères d'éligibilité était requis.

En ce qui concerne l'analyse statistique, les variables qualitatives sont décrites par des pourcentages et les variables quantitatives par des moyennes ou bien des médianes.

L'étude se base sur les protocoles d'IVG chirurgicale et médicale de l'HCE de Grenoble. Il n'y a pas de protocole spécifique à l'IVG en cas d'antécédent d'utérus

cicatriciel donc chaque centre d'orthogénie élabore son propre protocole. Les protocoles de l'HCE ont été rédigés en s'appuyant sur les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), les travaux de l'Association Nationale des Centres d'Interruption de grossesse et de Contraception (ANCIC) et sur les données de la littérature.

A l'HCE, le misoprostol (cytotec), utilisé lors des IVG par la technique médicale, est contre-indiqué en cas d'utérus multi-cicatriciel ou suite à une cicatrice récente de césarienne ayant eu lieu dans les 12 derniers mois. Dans cette situation, l'IVG par la technique chirurgicale est de rigueur.

L'utilisation de misoprostol en cas d'antécédent d'utérus cicatriciel est controversée. Son utilisation est sûre et efficace d'après une étude chinoise de 2001 sur les IVG avant 7SA [13]. Cependant, des ruptures utérines ont été décrites suite à l'emploi de misoprostol lors d'interruption médicale de grossesse au deuxième trimestre [14]. L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) recommande la prudence en cas de fragilité utérine.

III) Résultats

1. Général

Sur les 1519 IVG effectuées à l'HCE en 2009, 1121 (73.8%) ont été réalisées par la méthode chirurgicale et 398 (26.2%) par la méthode médicale.

Sur ces 1519 dossiers, 1490 ont pu être exploités, 29 n'ont pas été retrouvés. Cent trente ont été retenus car ils correspondaient aux critères d'éligibilité.

Parmi les 130 patientes, 23 (17.7%) ont bénéficié de la méthode médicale d'IVG et 107 (82.3%) de la méthode chirurgicale.

a) Age

L'âge des patientes s'étend entre 20 et 47 ans, l'âge moyen étant de 32.9 ans.

Concernant les 23 patientes qui ont bénéficié d'une IVG par la méthode médicale, l'âge moyen des patientes est de 32.3 ans.

Pour les 107 patientes qui ont bénéficié d'une IVG par la méthode chirurgicale, l'âge moyen est de 33 ans.

b) Indice de Masse Corporelle (IMC)

Quatre-vingt-cinq patientes (65.4%) ont un IMC inférieur ou égal à 25, 35 patientes (26.9%) ont un IMC supérieur à 25 et pour 10 patientes (7.7%) l'IMC n'est pas connu.

Concernant les patientes qui ont bénéficié d'une IVG par la méthode médicale, 17 patientes (73.9%) ont un IMC inférieur ou égal à 25, quatre patientes (17.4%) ont un IMC supérieur à 25 et pour deux patientes (8.7%) l'IMC n'est pas connu.

Pour les patientes qui ont bénéficié d'une IVG par la méthode chirurgicale, 68 patientes (63.6%) ont un IMC inférieur ou égal à 25, 31 patientes (29%) ont un IMC supérieur à 25 et pour huit patientes (7.5%) l'IMC n'est pas connu.

c) Gestité et parité

La gestité est comprise entre deux et 10, la médiane est trois. La parité est comprise entre un et cinq, la médiane est deux.

Concernant les patientes qui ont bénéficié d'une IVG par la méthode médicale, la gestité est comprise entre deux et neuf, la médiane est trois. La parité est comprise entre un et quatre, la médiane est un.

Pour les patientes qui ont bénéficié d'une IVG par la méthode chirurgicale, la gestité est comprise entre deux et 10, la médiane est quatre. La parité est comprise entre un et cinq, la médiane est deux.

d) Première grossesse

L'âge des patientes lors de leur première grossesse s'étend entre 15 et 40 ans, l'âge moyen à la première grossesse est de 24.2 ans, 50% des patientes avaient moins de 25 ans.

Concernant les patientes qui ont bénéficié d'une IVG par la méthode médicale, l'âge moyen des patientes lors de leur première grossesse est de 24.9 ans.

Pour les patientes qui ont bénéficié d'une IVG par la méthode chirurgicale, l'âge moyen des patientes lors de leur première grossesse est de 24.1 ans.

e) Antécédents d'IVG

Cinquante-huit patientes (44.6%) ont déjà eu recours à l'IVG dans le passé et 72 patientes n'ont pas d'antécédent d'IVG. Parmi les patientes qui ont déjà eu recours à l'IVG, 35 ont pour antécédent une IVG (26.9%), 14 ont eu deux IVG (10.8%), sept en ont eu trois (5.4%) et deux en ont eu quatre (1.5%).

Concernant les patientes qui ont bénéficié d'une IVG par la méthode médicale, 12 patientes ont un antécédent d'IVG (52.2%), parmi celles-ci cinq ont eu recours à l'IVG une fois, cinq en ont eu deux fois, une seule trois fois et une seule quatre fois.

Pour les patientes qui ont bénéficié d'une IVG par la méthode chirurgicale, 46 patientes ont un antécédent d'IVG (43%), parmi celles-ci 30 ont eu recours à l'IVG une fois, neuf en ont eu deux fois, six en ont eu trois fois et une seule quatre fois.

f) Rhésus

Cent vingt et une patientes sont de rhésus positif et neuf patientes sont de rhésus négatif, les neuf patientes de rhésus négatif ont bénéficié d'une injection de rhophylac.

g) Consentement

Les 130 patientes ont donné leur consentement par écrit pour l'IVG.

h) Echographie

Les 130 patientes ont eu une échographie de datation avant l'IVG.

2 Antécédents de césarienne

Quatre-vingt-treize patientes (71.5%) ont pour antécédent une césarienne, 26 patientes (20%) deux césariennes et 11 patientes (8.5%) trois césariennes.

Tableau 1 : Antécédents de césarienne et méthode d'IVG utilisée.

		IVG Médicale	IVG Chirurgicale
ANTECEDENT	Une césarienne n=93	22 (23.7%)	71 (76.3%)
	Deux césariennes n=26	0	26(100%)
	Trois césariennes n=11	1 (9.1%)	10 (90.9%)

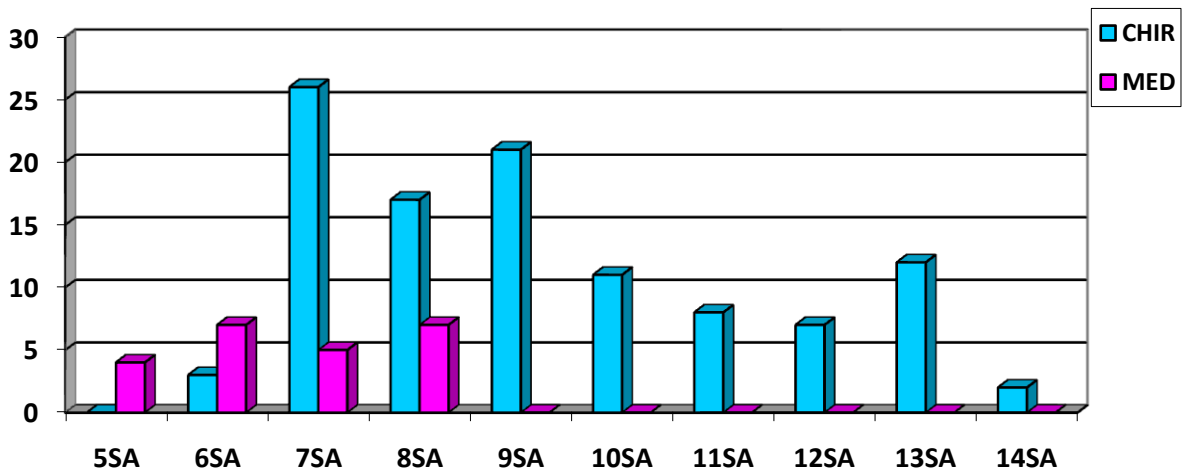
Parmi les 130 patientes, 16 (12.3%) ont eu une césarienne dans les 12 mois précédant l'IVG. Concernant les 23 patientes qui ont bénéficié d'une IVG par la méthode médicale, aucune n'a eu de césarienne dans les 12 mois précédant l'IVG ; alors que 16 patientes parmi les 107 qui ont bénéficié d'une IVG par la méthode chirurgicale ont eu une césarienne dans les 12 mois précédant l'IVG, ce qui représente 15% des IVG réalisées par la méthode chirurgicale.

3 Terme

Le terme auquel l'IVG a été réalisée s'étend entre 5 et 14 SA, le terme moyen étant de 8 SA et six jours.

Concernant les patientes qui ont bénéficié d'une IVG par la méthode médicale, le terme auquel l'IVG a été réalisée s'étend entre 5 et 8 SA et le terme moyen est de 6 SA et cinq jours. Pour les patientes qui ont bénéficié d'une IVG par la méthode chirurgicale, le terme auquel l'IVG a été réalisée s'étend entre 6 et 14 SA et le terme moyen est de 9 SA et deux jours.

Figure 1 : Histogramme représentant le nombre d'IVG réalisée avec la méthode médicale ou chirurgicale en fonction du terme.



Soixante et une IVG ont été réalisées après 9 SA, toutes ont été réalisées par la méthode chirurgicale.

Soixante-neuf IVG ont été réalisées avant 9 SA, 23 (33.3%) ont été réalisées par la méthode médicale et 46 (66.7%) par la méthode chirurgicale.

4 Modalités de prise en charge

a) Utilisation de mifépristone et de misoprostol

Tableau 2 : Nombre de comprimés de mifépristone et de misoprostol pris par les patientes au cours de l'IVG médicale.

		Nombre de patientes sur n=23
MIFEPRISTONE	Un comprimé (200 mg)	10 (43.5%)
	Trois comprimés	13 (56.5%)
MISOPROSTOL	Quatre comprimés (un cp = 200 µg)	22 (95.7%)
	Six comprimés	1 (4.3%)

Le temps écoulé entre la prise de mifépristone et celle du misoprostol est de deux jours pour 13 patientes et de trois jours pour 10 patientes. La posologie du misoprostol est de deux comprimés par prise. Pour toutes les patientes, les prises ont été espacées de deux heures.

Tableau 3 : Nombre de comprimés de mifépristone et de misoprostol pris par les patientes au cours de l'IVG chirurgicale.

		Nombre de patientes sur n=107
MIFEPRISTONE	Aucun comprimé	68 (63.6%)
	Un comprimé	39 (36.4%)
MISOPROSTOL	Aucun comprimé	45 (42.1%)
	Deux comprimés	50 (46.7%)
	Quatre comprimés	12 (11.2%)

Parmi les 16 patientes qui ont eu une césarienne dans les 12 mois qui ont précédé l'IVG, une seule a reçu du misoprostol au cours de l'IVG et parmi les 36 patientes qui ont un utérus multi-cicatriciel, une seule a reçu du misoprostol.

Parmi les 39 patientes qui ont reçu de la mifépristone avant l'intervention, le temps écoulé entre la prise de mifépristone et l'intervention est de 48h pour 25 patientes (64.1%), de 36h pour 13 patientes (33.3%) et de 24h pour une patiente (2.6%).

Aucune patiente ayant subi une IVG par la méthode chirurgicale n'a reçu de la mifépristone associée à du misoprostol.

b) Bougies d'Hegar

Toutes les patientes qui ont bénéficié d'une IVG par la méthode chirurgicale ont eu une dilatation mécanique du col par des bougies d'Hegar au cours de l'intervention.

c) Mode d'anesthésie

Toutes les patientes, qui ont eu une IVG par la méthode chirurgicale, ont bénéficié d'une consultation d'anesthésie avant l'intervention.

Cent trois patientes (96.3%) ont bénéficié d'une IVG sous AG (anesthésie générale) et quatre (3.7%) sous AL (anesthésie locale). 58 patientes (54.2%) ont reçu en prémédication avant l'anesthésie 25 mg d'atarax, 42 patientes (39.3%) ont reçu 50 mg d'atarax, une seule (0.9%) a reçu 75 mg d'atarax et six (5.6%) n'en ont pas reçu.

d) Couverture antibiotique

Concernant les patientes qui ont bénéficié d'une IVG par la méthode chirurgicale, 106 patientes (99%) ont reçu deux comprimés de doxycycline la veille et le soir de l'intervention, une seule n'en a pas reçu.

e) Pose d'un DIU

Parmi les patientes qui ont bénéficié d'une IVG par la méthode chirurgicale, 39 patientes (36.4%) ont eu une pose de DIU au bloc opératoire suite à l'IVG, pour 16 patientes (41%) un DIU au cuivre et pour 23 (59%) au lévonorgestrel.

f) Rendez-vous post-IVG

Quatre-vingt-huit patientes (67.7%) sont revenues à l'HCE pour leur rendez-vous obligatoire post-IVG. 19 patientes (82.6%) parmi celles qui ont bénéficié d'une IVG par la méthode médicale et 69 (64.5%) parmi celles qui ont eu une IVG par la méthode chirurgicale. La durée moyenne de temps entre l'IVG et la consultation post-IVG est de 22,4 jours. Pour les patientes qui ont eu une IVG par la méthode médicale, la durée moyenne entre l'IVG et la consultation est de 16.4 jours et elle est de 25 jours pour celles qui ont eu une IVG par la méthode chirurgicale.

5 Complications

Tableau 4 : Les complications suite à l'IVG.

	Nombre de patientes Sur n=130
Saignement modéré	10 (7.7%)
Hémorragie sévère	0
Infection	0
Perforation utérine	0
Lésion du col	3 (2.3%)
Echec/rétention	3 (2.3%)

Tableau 5 : Les caractéristiques des IVG pour lesquelles il y a eu une complication.

	9 SA ou plus	Utérus multi- cicatriciel	Césarienne de moins de 12 mois	IMC supérieur à 25	Prise de misoprostol	IVG médicale	IVG chirurgicale
Saignement n=10	4 (40%)	2 (20%)	2 (20%)	5 (50%)	7 (70%)	2 (20%)	8 (80%)
Lésion du col n=3	2 (66.7%)	1 (33.3%)	0	1 (33.3%)	2 (66.7%)	0	3 (100%)
Echec n=3	0	1 (33.3%)	0	2 (66.7%)	3 (100%)	3 (100%)	0

Le taux global de complications est de 10%, 23.1% des complications sont survenues sur un utérus multi-cicatriciel et 38.5% après 9 SA. La principale complication retrouvée est le saignement (7.7% des IVG). Pour l'ensemble de ces patientes, le saignement était modéré et aucune hémorragie n'a été retrouvée. Parmi ces 10 patientes qui ont saigné suite à l'IVG, 80% ont bénéficié d'une IVG par la méthode chirurgicale, 70% ont pris des comprimés de misoprostol et 50% ont un IMC supérieur à 25. Trois patientes (30%) ont eu une pose de DIU au bloc opératoire suite à l'IVG. Cependant, pour 60% le saignement s'est produit suite à une IVG avant 9 SA et pour 80% après un seul antécédent de césarienne. En ce qui concerne les saignements suite à une IVG par la méthode médicale, deux ont été retrouvés et dans les deux cas sont associés à une rétention. On note également qu'une des patientes avait un antécédent d'IVG dans les 12 mois qui ont précédé cette IVG.

Il y a eu trois lésions du col après une IVG par méthode chirurgicale ce qui représente 2.8% des IVG par cette méthode. Parmi les trois patientes, une patiente (33.3%) a bénéficié de la pose d'un DIU au bloc opératoire.

Enfin, il y a eu trois échecs survenus après des IVG par la méthode médicale, ce qui représente 13% des IVG par cette méthode. Il faut noter que pour ces trois patientes, le délai entre la prise de mifépristone et de misoprostol était d'au moins 48h. Deux patientes ont reçu 600 mg de mifépristone et une 200 mg.

Toutes les patientes pour qui une complication est survenue suite à une IVG par la méthode chirurgicale ont eu une AG.

IV) Discussion

1 Les limites de l'étude

Cette étude a été réalisée de façon rétrospective pour bénéficier d'un nombre de cas suffisant et pour faciliter le recueil de données puisque le dossier de la patiente la suit tout au long de son parcours d'IVG. Une étude prospective aurait été chronophage pour le personnel du service d'orthogénie et donc difficile à mettre en place avec un risque d'omission d'inclusion pour les patientes avec un antécédent de césarienne.

Toutefois, en réalisant une étude rétrospective, nous nous sommes heurtés à un biais d'information puisque dans les dossiers tous les renseignements concernant la patiente ne sont pas toujours complétés, comme par exemple sa taille ou son poids. Le recueil de données a donc été limité aux informations présentes dans les dossiers.

Qui plus est, le taux de complications doit être interprété avec prudence puisque les complications à court terme ne sont connues que pour 67.7% des patientes, à savoir celles qui sont revenues pour le rendez-vous de contrôle post-IVG et les complications à long terme n'ont pas pu être analysées.

2 Discussion

L'âge moyen des patientes au moment de l'IVG est de 32.9 ans. Cet âge moyen élevé peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit de patientes ayant un utérus cicatriciel suite à une grossesse précédente. D'après des statistiques réalisées par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), les femmes de 20-24 ans représentent la tranche d'âge qui a le plus recours à l'IVG avec une tendance à l'augmentation tandis que la part d'IVG chez les femmes de 30-34 ans tend à diminuer [3].

Une partie des patientes (26.9%) ont un IMC supérieur à 25, ces patientes présentent donc un surpoids. Parmi ces patientes, seulement 11.4% ont bénéficié d'une IVG par la méthode médicale, quatre d'entre elles (50%) ont eu une rétention dont une (25%) a présenté un saignement modéré. Parmi celles qui ont bénéficié d'une IVG par la méthode chirurgicale, quatre (12.9%) ont présenté un saignement modéré suite à

l'IVG et une (3.2%) a eu une lésion du col. Par ailleurs, 53.8% des patientes qui ont présenté une complication suite à l'IVG ont un IMC supérieur à 25. Le surpoids augmenterait donc le risque de complications lors d'une IVG. Aucune donnée dans la littérature n'a été retrouvée pour confirmer ce lien.

Concernant la parité, la médiane dans la population étudiée est deux, les patientes sont donc mères de deux enfants. Dans la population générale, selon les estimations de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), le taux de fécondité en 2010 était de 2.01 [15]. La parité des patientes dans notre étude reflète donc bien ce qui est retrouvé dans la population générale.

L'étude a permis de mettre en évidence le taux élevé de répétition de l'IVG puisque 44.6% des patientes avaient déjà bénéficié d'une IVG antérieure. Selon une étude française sur les IVG répétées [16], les résultats sont moins élevés car parmi les femmes qui ont bénéficié d'une IVG en France en 1990, 22% avaient déjà eu dans le passé au moins une IVG. Cette même étude a décrit un nombre d'IVG répétées plus important chez les femmes qui ont eu une première grossesse précoce notamment avant l'âge de 20 ans. Dans la population étudiée, la moitié des patientes avaient moins de 25 ans lors de leur première grossesse, alors que l'âge moyen lors de la première grossesse en France est d'environ 30 ans dans la population générale. L'étude confirme donc bien le lien entre la répétition des IVG et le jeune âge lors de la première grossesse.

Comme recommandé, toutes les patientes ont bénéficié d'une échographie de datation et d'une prévention par immunoglobulines anti-D suite à l'IVG pour celles qui présentent un Rhésus négatif. Un consentement écrit à l'IVG a été recueilli chez 100% des patientes.

En ce qui concerne les antécédents de césarienne, 71.5% des patientes ont pour antécédent une césarienne, 20% deux césariennes et 8.5% trois césariennes. Parmi les patientes qui ont une seule cicatrice de césarienne, et qui ont eu par conséquent le choix entre les deux méthodes d'IVG, 76.3% ont bénéficié d'une IVG par la méthode chirurgicale. Le choix des patientes porteuses d'un utérus cicatriciel, qui ont recours à l'IVG, s'oriente donc plus vers la technique chirurgicale. Parmi les patientes qui ont pour antécédent deux césariennes, toutes ont bénéficié d'une IVG par la méthode chirurgicale. Enfin, parmi les patientes qui ont pour antécédent trois césariennes, une

seule (9.1%) a bénéficié d'une IVG par la méthode médicale, l'IVG a été suivie d'un curetage pour rétention.

Conformément à la loi du 4 juillet 2001, aucune IVG n'a été réalisée après 14 SA. Les résultats de cette étude vont dans le sens d'une application correcte des recommandations des sociétés savantes et donc du protocole de l'HCE puisqu'ils ont montré qu'après 9 SA toutes les IVG ont été réalisées par la méthode chirurgicale et qu'avant 9 SA, sur les 69 IVG qui ont été réalisées, 23 (33%) ont été réalisées par la méthode médicale et 46 (67%) par la méthode chirurgicale.

Parmi les 69 IVG réalisées avant 9 SA, seules 51 patientes avaient un utérus unicatriciel sans antécédent de césarienne dans les 12 derniers mois donc ces patientes avaient le choix entre une IVG par la méthode médicale ou bien par la méthode chirurgicale. Sur ces 51 patientes, 29 ont eu une IVG par la méthode chirurgicale (56.9%) et 22 par la méthode médicale (43.1%). Les statistiques réalisées par la DREES [3] sur l'année 2007 retrouvent des résultats un peu plus élevés puisque 49% de l'ensemble des IVG ont été réalisées par la méthode médicale. Dans les établissements hospitaliers publics, la part des IVG par la méthode médicale était de 46%. Il a été également souligné que les petits établissements, qui ne réalisent qu'une centaine d'IVG par an, ont un taux d'IVG par méthode médicamenteuse plus élevé que les gros établissements (46% contre 36% pour les gros établissements). Les raisons évoquées sont l'existence d'installations techniques à disposition et la formation des équipes. Une autre explication possible est la présence permanente d'un anesthésiste dans les grands établissements.

A l'HCE, les résultats sont bien inférieurs car sur les 1519 IVG réalisées en 2009, seuls 26.2% ont été réalisées par la méthode médicale, une explication possible est sans doute la présence au bloc opératoire d'installations techniques réservées à l'IVG chirurgicale et donc le fait que les patientes qui souhaitent ce type d'IVG choisissent de se rendre à l'HCE.

La contre-indication du misoprostol après un antécédent de césarienne de moins de 12 mois et sur un utérus multi-catriciel a été respectée à deux exceptions près, dont l'une s'est soldée par un échec. En effet, parmi les IVG réalisées par la méthode médicale, une seule patiente avait un utérus tri-catriciel et a tout de même reçu quatre comprimés de misoprostol, l'intervention a été suivie par des métrorragies

mettant en évidence une rétention et donc un échec de l'IVG. Concernant les IVG réalisées par la méthode chirurgicale, une seule patiente parmi celles qui avaient un antécédent de césarienne dans les 12 mois qui ont précédé l'IVG a reçu deux comprimés de misoprostol. L'IVG n'a été suivie d'aucune complication.

Le temps entre la prise de mifépristone et celle de misoprostol était d'au moins 36h pour l'ensemble des IVG réalisées par la méthode médicale. En ce qui concerne les IVG réalisées par la méthode chirurgicale, aucune patiente n'a reçu en association de la mifépristone et du misoprostol. Pour toutes les patientes qui ont reçu de la mifépristone, le délai entre la prise de mifépristone et l'intervention était d'au moins 24h. Aucun lien n'a été mis en évidence entre la survenue de complications et le délai entre la prise de mifépristone et de misoprostol. Cependant, des études ont montré que la durée entre la prise de mifépristone et de misoprostol joue un rôle sur l'efficacité de l'IVG. Une étude réalisée en 2001 a comparé la prise de misoprostol six à huit heures après la mifépristone et 48h après sur deux groupes de patientes. Dans le groupe des patientes qui ont pris le misoprostol six à huit heures après la mifépristone, le taux d'échec était de 5% contre 2% dans le groupe des patientes qui ont pris le misoprostol 48h après [17]. Dans une autre étude réalisée en 2007, deux groupes ont également été comparés. Dans le premier groupe, les patientes ont pris le misoprostol six heures après la mifépristone et dans le deuxième groupe 36 à 48h après. Le taux d'échec de l'IVG était de 2% pour le premier groupe contre 1% pour le deuxième groupe [18]. L'étude a donc conclu que l'efficacité de l'IVG est supérieure lorsque le délai entre la prise de mifépristone et de misoprostol est d'au moins 36h. Dans notre étude, pour les patientes qui ont présenté un échec de l'IVG, l'intervalle de 36h entre la prise de mifépristone et de misoprostol avait été respecté.

En ce qui concerne la mifépristone, parmi les patientes qui ont subi une IVG par la méthode médicale, 10 en ont reçu 200 mg soit un comprimé, 13 en ont reçu 600 mg soit trois comprimés. Une étude réalisée en 2000 a comparé le taux d'avortement complet avec 200 et 600 mg de mifépristone et a montré un taux de réussite de 89.3% avec 600 mg de mifépristone contre 88.1% avec 200 mg. Les auteurs ont conclu que l'efficacité était similaire avec 200 et 600 mg de mifépristone [19]. Dans notre étude, nous n'avons pas montré plus de rétentions avec 200 mg de mifépristone. En effet, parmi les trois rétentions qui sont survenues suite à l'IVG, deux patientes avaient reçu 600 mg de mifépristone.

Parmi les IVG réalisées par la méthode chirurgicale, 96.3% ont été réalisées sous AG contre 3.7% sous AL. Selon les statistiques de la DREES [3], 69% des IVG chirurgicales en 2007 ont été réalisées sous AG. Une étude de 1989 a montré que la mortalité était quatre fois plus importante lors d'une IVG sous AG avec un taux de 0.15 décès pour 100 000 IVG du fait des risques liés à l'AG [20]. Une autre étude de 1979 a trouvé un taux de complications plus élevé avec une AG, 0.35% sous AG contre 0.30% sous AL. Le risque d'hémorragie, de perforation, de lésion cervicale et de transfusion est augmenté sous AG [21]. Dans notre étude, nous retrouvons cette tendance car l'ensemble des patientes qui ont eu une complication suite à une IVG chirurgicale avaient toutes bénéficié d'une AG. Cependant, cela ne nous permet pas de conclure que le risque de complications est lié au type d'anesthésie puisque seulement 3.7% des IVG chirurgicales ont été réalisées sous AL.

Concernant l'antibioprophylaxie par doxycycline au cours d'une IVG par la méthode chirurgicale, deux comprimés sont pris par les patientes la veille et le soir de l'intervention. Dans cette étude, seule une patiente n'a pas reçu de comprimés de doxycycline pour cause d'allergie, aucune infection n'a été retrouvée chez cette patiente suite à l'IVG. Une méta-analyse réalisée en 1996 a montré que l'utilisation systématique d'antibiotique peut prévenir près de 50% des infections qui surviennent à la suite d'une IVG [22].

Parmi les patientes qui ont eu une IVG par la méthode chirurgicale, 36.4% ont bénéficié de la pose d'un DIU au bloc opératoire immédiatement après l'IVG. Trois d'entre elles ont eu un saignement modéré suite à l'IVG et une seule une lésion du col. Une méta-analyse réalisée en 2007 a montré que la pose d'un DIU suite à une IVG est sans danger, néanmoins le taux d'expulsion est plus élevé que si la pose du stérilet est différée [23]. Toutefois, nous pouvons nous demander si la pose d'un DIU suite à une IVG sur un utérus cicatriciel est également sans danger, aucune étude traitant de ce sujet n'a été trouvée dans la littérature. Pour notre part, nous n'avons pas retrouvé d'expulsion cependant comme 35.5% des patientes ne se sont pas rendues à la consultation post-IVG, nous ne pouvons pas affirmer qu'il n'y en a pas eu.

Seulement 67.7% des patientes sont revenues à l'HCE pour leur rendez-vous obligatoire post-IVG. Pour les autres patientes, nous ne savons pas si elles ont eu une

échographie dans un autre centre ou bien si elles n'ont pas effectué de contrôle suite à l'IVG. Le taux de patientes qui s'est présenté à l'HCE pour la consultation de contrôle est plus élevé pour celles qui ont bénéficié d'une IVG médicamenteuse (82.6% contre 64.5% après une IVG chirurgicale). Cela peut sans doute s'expliquer par le fait qu'un contrôle échographique est réalisé au bloc opératoire suite à une IVG par la méthode chirurgicale et surtout par le fait qu'il est expliqué aux femmes, qui subissent une IVG par la méthode médicale, qu'il existe une possibilité de grossesse évolutive justifiant l'importance du contrôle post-IVG. La durée moyenne entre l'IVG et la visite de contrôle est de 16.4 jours suite à une IVG par la méthode médicamenteuse et de 25 jours suite à une IVG par la méthode chirurgicale, ce qui correspond presque à la durée indiquée dans les recommandations de l'ANAES à savoir 14 à 21 jours après l'IVG.

En ce qui concerne les complications suite à l'IVG, le taux global de complications est de 10%, il y a eu 7.7% de saignement, 2.3% de lésion du col et 2.3% d'échec. Aucune infection, ni perforation utérine n'a été retrouvée. Le taux global de complications est élevé par rapport à la littérature puisque selon une étude il varie entre 0.01 et 1.16% [8]. Aucune cause n'a été retrouvée pour expliquer ce chiffre, en effet les chirurgiens qui pratiquent les IVG à l'HCE sont expérimentés. Cela vient sans doute du fait que les saignements modérés ont été pris en compte dans notre étude, ce qui n'est pas le cas dans la littérature. Le taux de complications s'explique notamment par un taux élevé de lésion du col, 2.3% contre 0.1% selon la même étude. Le taux de saignement modéré est également élevé (7.7%). Toutefois, aucune hémorragie sévère n'a été relevée alors que selon une étude de 2006 [7], le taux d'hémorragie sévère était de 0.15%. Par ailleurs, le taux d'échec c'est-à-dire le taux d'IVG qui ont nécessité une aspiration par la suite s'élève à 2.3%. Bien que 17.4% des patientes, qui ont eu une IVG médicale, ne se soient pas rendues au rendez-vous post-IVG à l'HCE, ce chiffre n'est que légèrement sous-estimé puisqu'avec un risque à 5%, seulement 0.87 patientes sont susceptibles d'avoir été aspirées dans un autre établissement. Il s'agit d'une des complications les plus fréquentes car d'après la littérature 0.3 à 5% des IVG sont suivies d'un curetage pour rétention [24]. Une étude de 2001 réalisée sur 4393 patientes a mis en évidence un taux de curetage de 2.6% suite à une IVG mais la moitié des curetages a été réalisée suite à un saignement persistant pendant plusieurs semaines même après la prise d'un

traitement médicamenteux [25]. 2.3% des patientes ont dans notre étude bénéficié d'un curetage post-IVG, l'ensemble de ces patientes ont eu une IVG par la méthode médicale. Ce résultat peut s'expliquer par le fait qu'une échographie est réalisée au bloc opératoire après une IVG chirurgicale et permet par conséquent de mettre en évidence une éventuelle rétention. Toutefois il n'y a eu aucune perforation utérine alors qu'une étude de 1990 a montré un taux de perforation entre 0.4 et 0.9% des IVG [8]. Il n'y a eu également aucune infection alors que le taux d'infection retrouvé dans la littérature est de 0.5 pour 100 IVG [24]. On peut néanmoins penser que toutes les femmes qui ont eu une infection n'ont pas été hospitalisées et que le taux d'infection est probablement plus élevé. Enfin, dans la littérature on retrouve également des complications thromboemboliques avec un taux de 0.7% [24].

Les saignements ont surtout été mis en évidence après une IVG chirurgicale (80%) alors qu'une étude française de 1994 a montré l'inverse par la comparaison du taux d'hémoglobine chez des patientes suite à une IVG médicale et suite à une IVG chirurgicale. En effet, le taux d'hémoglobine 14 jours après l'IVG était inchangé suite à une IVG chirurgicale alors qu'il avait diminué de 0.71g/dl suite à une IVG médicale [9].

Le taux global de complications avant 9 SA sur l'ensemble des complications est de 61.5%, cela diffère de ce qui est retrouvé dans la littérature [11], en effet aucun lien n'a été retrouvé entre le taux de complications et l'âge gestationnel avancé. De plus, le taux de complications avec un utérus multi-cicatriciel est de 23.1% sur l'ensemble des complications et aucune perforation utérine n'a été retrouvée sur les utérus multi-cicatriciels.

V) Conclusion

Cette étude a montré que la méthode d'IVG utilisée chez les patientes porteuses d'un utérus cicatriciel dépend du nombre de cicatrice utérine. En effet, à l'exception d'une patiente, toutes les patientes porteuses d'un utérus multi-cicatriciel ont bénéficié d'une IVG par la méthode chirurgicale. L'IVG médicale réalisée chez la patiente porteuse d'un utérus multi-cicatriciel a été suivie d'un curetage pour rétention. Parmi les patientes qui n'avaient qu'un seul antécédent de césarienne, 76.3% ont eu une IVG par la méthode chirurgicale.

De plus, la méthode utilisée dépend également du terme puisqu'aucune IVG par la méthode médicale n'a été réalisée après 9 SA.

Nous avons donc pu mettre en évidence une part plus élevée des IVG réalisées par la méthode chirurgicale, au détriment de la méthode médicale, y compris chez les patientes qui avaient le choix entre les deux techniques d'IVG. Cela peut s'expliquer par la présence à l'HCE d'installations techniques facilitant la réalisation d'IVG par la méthode chirurgicale.

Le misoprostol n'a presque jamais été utilisé sur un utérus multi-cicatriciel et suite à un antécédent de césarienne de moins de 12 mois. La seule fois où il a été employé sur un utérus multi-cicatriciel, l'IVG a été suivie d'une complication. De plus, pour toutes les IVG, le délai entre la prise de mifépristone et de misoprostol a été d'au moins 36h.

L'AG est presque toujours utilisée, en effet seul 3.7% des IVG chirurgicales ont été réalisées sous AL.

Pour les IVG chirurgicales, une antibioprophylaxie systématique a été réalisée et aucune infection n'est survenue suite à l'IVG.

Les complications qui ont été retrouvées sont des lésions du col, des saignements modérés et des rétentions. Le taux global de complications est de 10%, il est plus élevé que ce qui a été décrit dans la littérature puisque le taux de saignements modérés a été pris en compte. Toutefois, les complications n'ont pas été plus importantes sur les utérus multi-cicatriciels, ni après 9 SA.

Il n'y a pas de protocole de référence concernant la réalisation d'IVG sur les utérus cicatriciels et les pratiques diffèrent donc d'un établissement à l'autre. Par ailleurs, les études réalisées sur le thème de l'IVG suite à une césarienne sont peu nombreuses. C'est pourquoi il serait sans doute intéressant d'évaluer les pratiques et les taux de complications dans plusieurs centres d'IVG, dans des petits et grands établissements, afin de rédiger un consensus pour améliorer la prise en charge des patientes.

Références bibliographiques

- [1] Loi n°75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.
- [2] Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.
- [3] Vilain A. Les interruptions volontaires de grossesse en 2007. DREES Études et résultats, n° 713, décembre 2009.
- [4] ANAES, recommandations et références professionnelles. Prise en charge de l'IVG jusqu'à 14 semaines. Mars 2001. <http://www.anaes.fr>
- [5] Jain JK, Dutton C, Harwood B, Meckstroth KR, Mishell DR Jr. A prospective randomized, double-blinded, placebo-controlled trial comparing mifepristone and vaginal misoprostol to vaginal misoprostol alone for elective termination of early pregnancy. *Hum Reprod.* 2002 Jun; 17(6):1477-82.
- [6] Kulier R, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng LN, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004; (1):CD002855.
- [7] Soulat C, Gelly M. Complications immédiates de l'IVG chirurgicale. *La revue Sage-femme* Vol 5, n° 3 - septembre 2006 pp. 131-136.
- [8] Hakim-Elahi E, Tovell HM, Burnhill MS. Complications of first-trimester abortion: a report of 170 000 cases. *Obstet. Gynecol.* Jul 1990; 76(1):129-35.
- [9] Thonneau P, Poirel H, Fougeyrollas B, Maria B, Meyer L, Goepp A et al. A comparative analysis of fall in haemoglobin following abortions conducted by mifepristone (600 mg) and vacuum aspiration. *Hum Reprod* 1995; 10: 1512-5.
- [10] Chen LH, Lai SF, Lee WH, Leong KY. Uterine perforation during elective first-trimester abortions: a 13-year revue. *Singapore Med J* 1995; 36: 63-7.

- [11] Ferris LE, McMain-Klein M, Colodny N, Fellows GF, Lamont J. Factors associated with immediate abortion complications. *Can Med Assoc J* 1996; 154: 1677-85.
- [12] Baubeau D, Buisson G. La pratique des césariennes: évolution et variabilité entre 1998 et 2001. *DREES Études et résultats*, n° 275, décembre 2003.
- [13] Xu J, Chen H, Ma T, Wu X. Termination of early pregnancy in the scarred uterus with mifepristone and misoprostol. *Int J Obstet. Gynecol.* 2001 Mar; 72 (3): 245-51.
- [14] Driessen M, Dommergues M, Nizard J. Complications des interruptions médicales de grossesse aux deuxième et troisième trimestres chez les femmes avec un utérus cicatriciel. Thèse, faculté de médecine Paris Descartes. Septembre 2010.
- [15] Pla A, Beaumel C. Bilan démographique 2010. Enquêtes et études démographiques. INSEE première n°1332.
- [16] Kaminsky M, Crost M, Garel M. Les IVG répétées en France: analyse des bulletins statistiques d'IVG. *Contraception. Fertilité. Sexualité.*, 1997, 25, 152-158.
- [17] Creinin MD, Schwartz JL, Pymar HC, Fink W. Efficacy of mifepristone followed on the same day by misoprostol for early termination of pregnancy: report of a randomised trial. *BJOG.* 2001 May; 108(5):469-73.
- [18] Guest J, Chien PF, Thomson MA, Kosseim ML. Randomised controlled trial comparing the efficacy of same-day administration of mifepristone and misoprostol for termination of pregnancy with the standard 36 to 48 hour protocol. *BJOG.* 2007 Feb; 114(2):207-15.
- [19] World Health Organization Task Force on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomized trial. *BJOG* 2000 Apr; 107:524-30.

- [20] Aubeny E, Brunerie J, Cesbron P, Floc J, Irani CH, Padenanom M. Complications des avortements provoqués. Encyclopédie Med. Chir., Paris. Gynécologie, 476a10, 3, 1989, 18.
- [21] Grimes DA, Schultz KF, Cates W, Tyler CW. Local versus general anesthesia: which is safer for performing suction curettage abortions? Am J Obstet. Gynecol. 1979; 135: 1030-5.
- [22] Sawaya GF, Grady D, Kerlikowske K. Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. Obstet. Gynecol. 1996; 87: 884-90.
- [23] Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Stanwood N. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. Cochrane Database Syst Rev. 2007; (4):CD001777.
- [24] Pons JC, Vendittelli F, Lachcar P. L'interruption volontaire de grossesse et sa prévention. Masson, Paris, 2004.
- [25] Allen RH, Westhoff C, De Nonno L, Fielding SL, Schaff EA. Curettage after mifepristone-induced abortion: frequency, timing, and indications. Obstet. Gynecol. 2001 Dec; 98(6):1149-50.

Résumé

Objectifs. – Les objectifs de notre étude ont été de décrire la prise en charge des IVG chez des patientes avec un antécédent de césarienne, d'identifier la méthode utilisée en fonction du nombre de cicatrice et du terme, de décrire les modalités de prise en charge et d'évaluer le taux de complications survenues suite à l'IVG.

Méthode. – Nous avons utilisé les dossiers des patientes avec un utérus cicatriciel qui ont eu recours à une IVG au cours de l'année 2009 à l'Hôpital Couple-Enfant de Grenoble.

Résultats. – Cent trente dossiers ont pu être exploités. 82.3% des IVG ont été réalisées par la méthode chirurgicale et aucune IVG n'a été effectuée par la méthode médicale après 9 SA. Les patientes qui ont pu bénéficier d'une IVG par la méthode médicale avaient, pour 95.6%, une seule cicatrice de césarienne. Le taux global de complications est de 10%. Les complications qui ont été retrouvées sont les lésions du col avec un taux de 2.3%, 7.7% de saignement modéré et 2.3% d'échec de l'IVG.

Conclusion. – L'IVG par la méthode chirurgicale est la plus employée chez les patientes porteuses d'une cicatrice utérine. Elle est pratiquement toujours utilisée sur les utérus multi-cicatriciels et est la seule méthode réalisée après 9 SA. Les complications n'ont pas été plus importantes sur les utérus multi-cicatriciels, ni en fonction d'un âge gestationnel avancé.

Mots clés : Interruption Volontaire de Grossesse, utérus cicatriciel, mifépristone, misoprostol.