

L'interruption volontaire de grossesse sous anesthésie locale

First trimester surgical abortion under local anesthesia

● M. Hatchuel*

L' interruption volontaire de grossesse (IVG) est pratiquée en France depuis 1975, date du vote de la loi Veil, dans les établissements de santé publics ou privés. La légalisation de l'avortement a permis la disparition des décès et des complications graves de l'avortement non médicalisé.

Les techniques se sont diversifiées et perfectionnées depuis 1975.

Actuellement, l'IVG peut être réalisée soit par méthode médicamenteuse, soit par méthode instrumentale (aspiration endométriale), sous anesthésie générale (AG) ou sous anesthésie locale (AL).

De plus en plus d'interventions gynécologiques simples se pratiquent sous anesthésie locale, mais l'IVG reste majoritairement pratiquée en France sous AG, à l'inverse d'autres pays développés où l'AL est majoritaire : en 1995, 58 % des IVG étaient réalisées sous AG en France (1).

Pourtant, l'IVG instrumentale est un acte simple, de courte durée, idéal pour une pratique ambulatoire. Une bonne connaissance de la technique d'anesthésie locale et un accompagnement de qualité sont essentiels : ils participent au bon déroulement de l'intervention.

EN FRANCE

Le nombre d'IVG est de 200 000 à 220 000 chaque année, stable depuis le vote de la loi en 1975

• En 2002 : on estime que 40 % des femmes auront recours dans leur vie à une IVG. Le taux d'IVG annuel est de 14 IVG/1 000 femmes de 15 à 49 ans, soit environ 200 000 IVG chaque année (2). Depuis 1975, on constate que ce chiffre est stable : si la proportion de grossesses non prévues a diminué (de 46 % en 1975 à 33 % aujourd'hui), la fréquence du recours à l'IVG en cas de grossesse non prévue a augmenté (de 41 % en 1975 à 62 % aujourd'hui) (3). Cela témoigne de l'évolution du statut des femmes (scolarité et activité professionnelle en augmentation), et du désir d'une maternité choisie et non obligée, comme autrefois.

• Pour la majorité des femmes, le recours à l'IVG reste unique et accidentel (4).

Les méthodes d'IVG

• En 1998, les données de la SAE (statistique annuelle des établissements de santé) étaient les suivantes :

- voie chirurgicale : 80 % des IVG ;
- voie médicamenteuse : 20 % des IVG.

• En 2004, les chiffres (concernant les IVG de 2002) montrent une évolution notable liée à la diffusion et à la meilleure connaissance des méthodes médicamenteuses :

- IVG par méthode chirurgicale : 65 % ;
- IVG par méthode médicamenteuse : 35 %.

Le mode d'anesthésie pour les IVG chirurgicales est variable

• Selon le statut de l'établissement :

- dans le secteur privé, la proportion d'AG est nettement plus importante que dans le public ;
 - dans le secteur public : le taux d'AG est variable selon la structure dans laquelle ont lieu les IVG ;
- Rappelons les trois types de structures où sont réalisées les IVG dans le secteur public (5).

Les centres autonomes ou CIVG

Ils sont 66 sur 455 établissements publics pratiquant des IVG en France. Ces centres ont été mis en place après le vote de la loi en 1975, sous la responsabilité de médecins volontaires, afin de faire appliquer la loi dans les établissements de santé. On y pratique l'IVG, la contraception et la planification, avec un personnel spécifique, volontaire et formé : conseillères, psychologues, assistantes sociales, infirmières, médecins spécialistes ou généralistes.

Ces 66 centres autonomes pratiquent le tiers des IVG de France. En Île-de-France : 6 centres autonomes font 62 % des IVG d'Île-de-France. La pratique de l'AL y est majoritaire.

Les centres intégrés dans un service de gynécologie obstétrique ou une maternité

Disposant rarement de locaux et de personnel spécifiques, l'AG y est majoritaire.

Des "activités IVG" dans des établissements de soins

Les IVG y sont assurées par un ou plusieurs services de l'établissement de soins, sans locaux ni personnel spécifique. Très peu de données sont disponibles sur le mode d'anesthésie.

• Selon les régions : il existe de très grandes disparités : de 15 à 95 % d'AG.

* Médecin référent du Centre de planification et d'IVG de l'hôpital des Bluets Pierre-Rouquès, 9, rue des Bluets, 75011 Paris.

DANS LE MONDE

- Aux Pays-Bas, en Belgique, **l'AL est majoritaire**. Les structures réalisant les IVG sont très différentes de la France puisqu'il s'agit de structures extrahospitalières où les IVG sont réalisées en ambulatoire (même pour les anesthésies générales). Ces structures sont en convention avec un hôpital disposant d'un plateau technique.
- Aux États-Unis (6) : **58 % d'AL** ; 32 % d'AL + sédation intraveineuse ; 10 % d'AG.

INTÉRÊT DES ANESTHÉSIES LOCALES POUR LES IVG PAR ASPIRATION

Les complications sont moindres

Même si les études validées sont anciennes, avant les recommandations de surveillance anesthésiques pré- et postopératoires, et avant l'arrivée des dilatateurs médicamenteux, les chiffres témoignent d'une diminution de la morbidité et de la mortalité sous anesthésie locale :

• La mortalité liée au mode d'anesthésie

Les décès sont essentiellement liés à l'anesthésie générale (7) :

- sous AG : 0,58 /100 000 IVG ;
- sous AL : 0,15 /100 000 IVG.

• Les complications spécifiques de l'intervention

L'AG augmente les risques de complications (8, 9). Ces études concernent des IVG jusqu'à 14 SA :

- sous AG : risque d'hémorragie utérine augmenté (RR : 1,7), ainsi que de perforation utérine (RR : 2,2), d'hémorragie intra-abdominale (RR : 8,8), de blessure cervicale (RR : 2,9) ;
- sous AL : risque augmenté d'hyperthermie supérieur à 24 heures et de rétention utérine (non significatif).

Les complications mécaniques de l'intervention sont diminuées sous AL en raison de la persistance de la sensation perçue par la femme, obligeant à une plus grande douceur lors de l'intervention, et avertissant des risques, ce qui n'est pas le cas sous AG.

Toutes les études soulignent l'importance de l'expérience de l'opérateur : le nombre de complications diminue avec l'expérience de l'opérateur (10).

Respecter le choix des patientes

L'expérience montre que lorsque les femmes ont le choix, elles optent volontiers pour ce type de pratique.

Le moindre coût

Il est moindre pour une intervention sous AL que sous AG : courte durée d'hospitalisation (entre 1 et 2 heures au plus), pas d'acte anesthésique.

TECHNIQUE DE L'ANESTHÉSIE LOCALE (11, 12)

Matériel

- Une seringue de 20 CC.
- Une aiguille IM longue (à monter en vissant sur la seringue).

Produits

- Lidocaïne (xylocaïne à 1 %, soit 10 mg/ml). On réalise un mélange extemporané de xylocaïne simple à 1 % (20 CC), et de xylocaïne adrénalinée à 1 % (20 CC) : on obtient une solution de xylocaïne adrénalinée à 1/200 000. On utilise 20 CC de ce mélange. La dose maximale théorique : 3 mg/kilo, 20 ml au maximum. L'adrénaline, par son effet vasoconstricteur local, prolonge la durée d'action de la xylocaïne, réduit sa diffusion générale, et l'importance des saignements.

Techniques d'injection

Après la pose du spéculum, on procède à une asepsie soignée du col et des culs-de-sac vaginaux.

On réalise ensuite l'anesthésie locale, quel que soit le site d'injection, il faut tirer sur le piston pour éviter une injection intravasculaire.

Deux techniques sont possibles, seules ou en association :

L'injection intracervicale

- On commence par une injection sur la lèvre antérieure du col, à midi, permettant de poser la pince à griffes.
- L'injection intracervicale se fait directement dans le col, parallèlement au canal cervical, assez profondément (4 à 5 cm de profondeur), en 2 à 4 sites d'injection (3, 5, 7, 9 heures, par exemple, au total 12 à 14 ml).
- Au mieux, l'injection se fait en retirant l'aiguille, ce qui limite le risque d'injection intravasculaire. On peut aussi arrêter l'aiguille deux ou trois fois en la retirant et tirer sur le piston avant d'injecter.

Le bloc paracervical :

- Une traction légère sur le col avec la pince fait apparaître la jonction col vagin dans les culs-de-sac.
- Injection lente, à 4 et 8 heures (pour éviter l'artère utérine), de 3 à 4 CC, à une profondeur maximale de 0,5 cm, en vérifiant avant l'injection l'absence de vaisseau par traction sur le piston. Si sensation de résistance, il faut retirer doucement l'aiguille, jusqu'à une injection facile.

Ces deux techniques sont possibles, soit seules, soit en association : la plus réalisée est le bloc paracervical, mais notre expérience, ainsi que celle de la Hollande dont nous avons tiré notre pratique incitent à **recommander l'association des deux**.

Des effets secondaires témoignant de la diffusion du produit se manifestent pratiquement toujours : **il est souhaitable de prévenir la patiente de leur caractère bénin et passager**. On peut observer : tachycardie, pâleur, sueurs, tremblements, voire légère sensation d'angoisse. Ces sensations sont d'autant plus réversibles que l'accompagnement est rassurant (13).

Il est souhaitable d'attendre 2 à 3 minutes après l'AL pour obtenir une bonne analgésie (13).

La technique de dilatation et aspiration est la même que sous AG. Rappelons que l'aspiration simple est suffisante, le curetage en fin d'aspiration n'apporte aucun bénéfice.

De nombreuses études témoignent de l'efficacité et de l'innocuité de la méthode d'anesthésie locale (13, 14). Aucune consultation anesthésique préalable n'est requise. Il n'est pas souhaitable que la patiente soit à jeun.

Le temps de séjour de la patiente après l'intervention est en général de 30 minutes à 1 heure. Au mieux, un accompagnant de l'équipe, ou l'accompagnant de la patiente, l'entourera chaleureusement, ce temps postintervention étant quelquefois difficile, même si souvent vécu comme un soulagement.

CONDITIONS REQUISES POUR LA PRATIQUE DES IVG SOUS AL

- La femme sera informée de la méthode avec des explications claires :
Elle doit avoir le choix de la méthode d'anesthésie. La possibilité du choix d'un autre mode d'anesthésie est importante pour le bon déroulement de l'intervention (13).
- L'équipe médicale et l'opérateur doivent être formés à la méthode et y adhérer.
- L'examen pré-IVG permet de récuser les femmes (11) :
 - difficiles à examiner ;
 - présentant un état d'angoisse irréductible ;
 - avec lesquelles la communication est impossible ;
 - femmes ayant subi des violences sexuelles.
- Connaissance préalable par la femme de l'équipe et de l'opérateur. L'intervention se déroulera au mieux s'il y a une continuité dans le soin dispensé, le même médecin fait la consultation pré-IVG, l'IVG, et la consultation post-IVG. Cela demande une organisation difficile à mettre en place, mais elle est possible comme notre expérience le démontre. Cette organisation existe d'ailleurs pour les interventions chirurgicales quelles qu'elles soient : le chirurgien voit sa patiente préalablement à toute intervention ; cela participe à diminuer l'anxiété de la femme.
- Accompagnement par une personne de l'équipe non médicale aux côtés de la femme, rassurante et à l'écoute.
- Opérateur à l'écoute de la patiente, autorisée à s'exprimer, même si l'expression de la souffrance, psychique ou physique, est difficile à entendre.
- Possibilité d'un (ou une) accompagnant aux côtés de la femme (amie, compagnon, mari) si elle le souhaite.
- Lieu d'intervention convivial, ou rendu convivial : "salle d'intervention", plutôt que bloc opératoire.

FACTEURS INFLUANT SUR LA DOULEUR (13)

- Le degré de la douleur au cours de l'IVG sous AL dépend de plusieurs facteurs :
Les études (15) montrent que le jeune âge, l'utilisation des canules les plus fines (grossesses de moins de 8 SA) ou les plus grosses (grossesses de plus de 12 SA), ainsi que l'anxiété, augmentent la douleur. Ces facteurs, s'ils doivent être connus et pris en compte, ne sont cependant en rien une contre-indication à la pratique de l'AL.
- Facteurs pouvant augmenter la douleur (16) :
 - intervalle de moins de 2 minutes entre l'administration de l'AL et le début de l'intervention ;
 - absence de choix entre AL et AG ;
 - utilisation fréquente d'analgésiques.
- Facteurs contribuant à diminuer la douleur (17) :
 - attitude "compassionnelle" de l'équipe pour la femme ;
 - présence d'un membre rassurant de l'équipe aux côtés de la femme ;

– ami(e) ou personne choisie par la femme à ses côtés.
L'expérience des centres autonomes montre que le cadre de prise en charge des patientes pour les IVG est fondamental : l'accueil par un personnel formé, familiarisé avec les difficultés des femmes dans leur contraception et leur choix de grossesse, doit être non culpabilisant. Cette attitude de la part de l'équipe soignante est essentielle pour la mise en confiance de la femme et son acceptation des méthodes d'IVG proposées. La culpabilité souvent ressentie peut augmenter le désir "de ne rien voir et de tout oublier", donc le choix de l'AG.

La douleur est redoutée par les patientes comme par les médecins

• Cependant la douleur exprimée par la femme au cours de l'IVG n'est pas forcément l'expression d'une douleur physique. Elle peut être l'expression d'une douleur psychique liée à l'IVG. Le médecin doit le savoir et l'accepter : l'AG ne supprime pas la douleur de l'IVG, et l'on connaît les réveils d'AG parfois très difficiles.

L'AL demande une plus forte implication du médecin, mais c'est l'occasion de souligner son rôle de soignant et d'accompagnement, fondamental lors d'une IVG.

• Le médecin doit accepter de l'entendre sans se sentir culpabilisé : l'exemple des interruptions médicales de grossesse montre que l'expérience a fait évoluer nos pratiques. L'AG, préconisée systématiquement autrefois, est remplacée par l'anesthésie loco-régionale, le vécu de la patiente étant nécessaire au processus de deuil.

• L'IVG sous AL est effectivement source de douleurs chez 97% des patientes, mais cette douleur est jugée modérée et elle est bien tolérée par 60% des patientes (Anaes, mars 2001).

PRÉPARATION AVANT L'IVG

Les dilatateurs médicamenteux

Ils sont recommandés (13) après 9 SA pour les nullipares, pour les femmes de moins de 18 ans, et au-delà de 12 SA. Cependant, notre expérience nous les fait utiliser systématiquement car ils facilitent la dilatation du col et la rendent plus rapide :

- soit mifépristone : 1 comprimé à 200 mg 36 heures avant ;
- soit misoprostol : 400 à 600 mg en 1 ou 2 prises, 3 à 4 heures avant l'intervention. Il faut prévenir la patiente de la possibilité de saignements et de douleurs minimes après la prise (qui sera faite à domicile, avant l'arrivée à l'hôpital, donc à délivrer lors de la consultation pré-IVG).

Les médicaments pour la douleur ou l'anxiété

- AINS : efficaces (13) ;
- paracétamol : inefficace (13) ;
- benzodiazépines : inefficaces sur la douleur, efficaces sur l'anxiété (5).

CONTRE-INDICATIONS DE L'AL

Elles sont rares chez les femmes demandant une IVG, en général jeunes et en bonne santé.

- Contre-indications à la xylocaïne :
 - l'allergie à la xylocaïne est exceptionnelle, voire discutée ;
 - la comitialité non traitée ;

– les troubles de la conduction auriculoventriculaire, les traitements par digitaliques.

• Contre-indications à l'adrénaline :

- HTA non contrôlée ;
- hyperthyroïdie non traitée ;
- traitement par IMAO ou antidépresseurs tricycliques.

COMPLICATIONS

Elles sont exceptionnelles si on respecte les doses, si on prend garde à ne pas injecter en intravasculaire, et si on sait attendre quelques minutes lorsqu'apparaissent les effets secondaires décrits précédemment.

Incidents

- Simple tachycardie passagère due à l'adrénaline. La régression est spontanée en quelques minutes, sinon on peut avoir recours aux bêtabloquants.
- Malaise vagal dû au passage du col : prévenu par atropine 0,5 mg sublingual avant l'IVG.

Accidents

Ils sont liés au surdosage ; il ne faut pas dépasser 3 mg/kg, soit environ 20 CC pour une femme de 60 kg.

- Symptômes prémonitoires : bourdonnements d'oreille, nausées, troubles de l'élocution, vertiges, qui doivent faire arrêter l'injection, et patienter quelques minutes. Ces symptômes, témoins d'une injection intravasculaire, sont fréquents et passagers : l'injection pourra reprendre dès leur disparition.
- Des complications exceptionnelles et semblant théoriques, car jamais constatées depuis 15 ans dans notre pratique d'anesthésie locale et dans celles des centres autonomes :
 - convulsions, à traiter par valium IV lente ;
 - choc anaphylactique exceptionnel, à traiter par adrénaline 1 mg en IV avec réanimation adaptée.

CONCLUSION

L'IVG est un acte simple, sans risque, lorsqu'il est réalisé par des opérateurs entraînés. L'anesthésie locale, même si elle suppose une plus forte implication du médecin, doit être proposée : la formation des médecins à cette technique est souhaitable, dans les services hospitaliers et dans le cursus des études de médecine.

Le choix doit toujours rester entre l'AL et L'AG. L'"accompagnement" lors d'une AL est indispensable : les structures de soins pour les femmes en demande d'IVG, insuffisantes, doivent donc évoluer et proposer un accueil personnalisé avec un personnel

formé et volontaire au sein de la structure de soins, quelle qu'elle soit (18).

Cette pratique existe dans les centres autonomes depuis bientôt trente ans : de nouvelles structures "légères", avec une pratique ambulatoire devraient être mises en place en France, comme chez nos voisins européens où les IVG ont lieu dans des structures extrahospitalières, en réseau avec l'hôpital le plus proche, avec un protocole d'urgence préétabli.

Ces structures spécifiques permettraient de faire progresser les techniques et la recherche dans le domaine de l'avortement médicalisé, dévalorisé jusqu'à présent alors qu'il est une donnée constante en santé publique, concernant l'ensemble de la population. ■

R É F É R E N C E S B I B L I O G R A P H I Q U E S

1. Kalinski M, Crost M. Interruption volontaire de grossesse: des caractéristiques stables. *INSERM U 149. Solidarité Santé* 1997;2.
2. DREES Études et Résultats n°348, octobre 2004. Les IVG en 2002.
3. Bajos N, Moreau C, Leridon H, Ferrand M. Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans? *Population et Sociétés* 2004;407.
4. Nisand I. L'IVG en France. Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes. Rapport au ministère de l'Emploi et de la Solidarité, droit des femmes.
5. ANAES. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 SA. Paris, ANAES, mars 2001.
6. Lichtenberg ES, Paul M, Jones H. First trimester surgical abortion practices: a survey of National Abortion Federation members.
7. Peterson HB, Grims DA, Cates W Jr et al. Comparative risk of death from induced abortion at 10 weeks gestation performed with local versus general anesthesia. *Am J Obstetric* 1981;141:763.
8. Grimes DA, Cates W Jr. Complications from legally induced abortion: a review. *Obstetrical and Gynecological Survey* 1979;34:177-91.
9. Lawson et al. Abortion mortality, United States, 1972 through 1987. *Am J Obst* 1994;171:1365-72.
10. Schultze KF et al. Measures to prevent injury during suction curettage abortion. *Lancet* 1983;1:1182-5.
11. Cesbron P. L'interruption volontaire de grossesse depuis la loi Veil. Bilan et perspectives, Flammarion, Médecine-Sciences, 1997.
12. Cesbron P, Bureau A, Hassoun D, Plateaux D. L'anesthésie locale au cours des interruptions volontaires de grossesse. Brochure de l'ANCIC, 1999.
13. Safe Abortion. Technical and Policy Guidance for Health Systems: WHO, 2003.
14. Thonneau P et al. Complications de l'avortement pratiqué sous AL. *European J Obst and Gyn and Reproductive Biol* 1998;81:59-63.
15. Smith et al. Pain of first trimester abortion. *Am J Obst Gyn* 1979;133:489-98.
16. Donati et al. *European J of Gyn and Obst and Reproductive Biology* 1996;70:145-9.
17. Solo J. *Reproductive Health Matters* 2000;8:45-51.
18. Rapport d'activité du groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi du 04/07/2001 relative à l'IVG et à la contraception, décembre 2002.

