

UNIVERSITE PARIS VII DENIS DIDEROT

**FACULTE DE MEDECINE**

Année 2010

**THESE**

POUR LE

**DOCTORAT EN MEDECINE**

*(Diplôme d'Etat)*

PAR

**STYLIANOU-CHRISTIDIS Anna**  
**Née le 28/04/1977 à Zurich- SUISSE**

*Présentée et soutenue publiquement le :*

**LE SYNDROME DU 5<sup>ème</sup> JOUR APRES UNE INTERRUPTION  
VOLONTAIRE DE GROSSESSE : ETUDE PROSPECTIVE SUR 1 AN.**

Président de thèse : Professeur Laurent MANDELBROT

Directrices de thèse : Docteur Françoise BACLE et Docteur Catherine SOULAT

**DES MEDECINE GENERALE**

## REMERCIEMENTS

---

Merci au Professeur L. Mandelbrot pour avoir accepté d'être mon président de thèse. Sans lui, cette thèse n'aurait probablement pas abouti de cette façon, il a su m'adresser à la bonne personne pour pouvoir traiter mes données statistiques.

Un grand merci au Dr Françoise Bâcle et au Dr Catherine Soulat pour leur présence et leur implication dans cette thèse. Merci de m'avoir si bien guidée, d'avoir su allier patience et indulgence. Merci pour vos conseils expérimentés, pour tout ce que vous m'avez appris professionnellement et personnellement.

Merci à J. Warszawski (Inserm U822) pour m'avoir aidée à donner un sens statistique à cette thèse.

Merci à toute l'équipe du CIGV de Louis Mourier pour leur accueil.

Merci à P. Florès pour nous avoir consacré du temps et pour nous avoir aidées dans toutes ces statistiques.

Merci à Caroline Huas, pour tous ces week-ends que tu as passé avec moi et mes chiffres....

Merci au Pr M. Nougairède pour le sens qu'il a su donner à la médecine générale, et pour m'en avoir montré le chemin.

Merci au Pr. François Vrtovsnik pour avoir accepté de faire partie de mon jury.

Merci à Aimery d'être toujours là à mes côtés, de partager ma vie. A tout ce que nous construisons ensemble, merci de me faire croire en nous.

A Mila, avec tout mon amour. Tu remplis notre vie de joie. Tu es la plus belle chose qui me soit arrivée.

Merci à tous ceux et toutes celles qui de près ou de loin m'ont soutenue dans l'élaboration de cette thèse.

A Ana Jocić, pour tout ce qu'elle m'a transmis et appris. Tu as été une pionnière dans le soutien aux femmes et dans la prise en charge de leur IVG, malgré les lois et les interdits existants alors dans ton pays.

## TABLE DES MATIERES

---

<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>2</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>9</b>
<b>BUTS DE L'ETUDE</b>	<b>12</b>
<b>METHODES</b>	<b>13</b>
<b>1 La population</b>	<b>13</b>
<u>1.1 Critères d'inclusion</u>	<u>13</u>
<u>1.2 Critères d'exclusion</u>	<u>13</u>
<b>2 Nature des données</b>	<b>14</b>
<b>3 Questionnaire de recueil de données</b>	<b>16</b>
<b>4 Techniques d'interruption volontaire de grossesse</b>	<b>16</b>
<u>4.1 Interruption volontaire de grossesse par aspiration sous anesthésie locale</u>	<u>16</u>
<u>4.2 Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse</u>	<u>18</u>
<b>5 Visite de suite</b>	<b>19</b>
<b>6 La recherche de Chlamydia trachomatis</b>	<b>19</b>
<b>7 Le syndrome du 5ème jour</b>	<b>19</b>
<b>RESULTATS</b>	<b>21</b>
<b>1 Nombre de patientes de l'étude</b>	<b>21</b>
<b>2 Population totale</b>	<b>23</b>
<u>2.1 Caractéristiques de la population</u>	<u>23</u>
2.1.1 <u>Age</u>	<u>23</u>
2.1.2 <u>Antécédents d'accouchements</u>	<u>23</u>
2.1.3 <u>Antécédents d'interruptions volontaires de grossesse</u>	<u>24</u>
2.1.4 <u>Abondance des règles</u>	<u>25</u>
<u>2.2 Interruption volontaire de grossesse</u>	<u>26</u>

2.2.1	<u>Terme</u>	26
2.2.2	<u>Les complications immédiates</u>	27
2.2.3	<u>Contraception après l'interruption volontaire de grossesse</u>	28
<b>2.3</b>	<b><u>La visite de suite</u></b>	<b>29</b>
2.3.1	<u>Nombre de femmes venues en visite de suite</u>	30
2.3.2	<u>L'échographie en visite de suite</u>	30
2.3.3	<u>Diagnostic à l'issue de la visite de suite</u>	31
2.3.4	<u>Conduite à tenir après la visite de suite</u>	32
<b>2.4</b>	<b><u>Diagnostic final</u></b>	<b>33</b>
<b>2.5</b>	<b><u>Comparaison des diagnostics « à l'issue de la visite de suite » et « final »</u></b>	<b>34</b>
<b>2.6</b>	<b><u>Symptômes après l'interruption volontaire de grossesse</u></b>	<b>34</b>
2.6.1	<u>Les saignements</u>	34
2.6.2	<u>Les douleurs</u>	35
2.6.3	<u>Les caillots</u>	35
2.6.4	<u>La fièvre</u>	36
<b>2.7</b>	<b><u>La recherche de Chlamydia trachomatis</u></b>	<b>36</b>
<b>2.8</b>	<b><u>Le syndrome du 5<sup>ème</sup> jour</u></b>	<b>36</b>
<b>3</b>	<b><u>Groupe des interruptions volontaires de grossesse sous anesthésie locale</u></b>	<b>37</b>
<b>3.1</b>	<b><u>Caractéristiques de la population</u></b>	<b>37</b>
3.1.1	<u>Age</u>	37
3.1.2	<u>Antécédents d'accouchements</u>	37
3.1.3	<u>Antécédents d'interruptions volontaires de grossesse</u>	38
3.1.4	<u>Abondance des règles</u>	39
<b>3.2</b>	<b><u>Interruption volontaire de grossesse</u></b>	<b>40</b>
3.2.1	<u>Terme</u>	40
3.2.2	<u>Les complications immédiates</u>	41
3.2.3	<u>Contraception après l'interruption volontaire de grossesse</u>	44

3.3	<u>La visite de suite</u>	44
3.3.1	<u>Nombre de femmes venues en visite de suite</u>	44
3.3.2	<u>L'échographie en visite de suite</u>	45
3.3.3	<u>Diagnostic à l'issue de la visite de suite</u>	46
3.3.4	<u>Conduite à tenir après la visite de suite</u>	47
3.4	<u>Diagnostic final</u>	47
3.5	<u>Comparaison des diagnostics « à l'issue de la visite de suite » et « final »</u>	49
3.6	<u>Symptômes après l'interruption volontaire de grossesse</u>	49
3.6.1	<u>Les saignements</u>	49
3.6.2	<u>Les douleurs</u>	49
3.6.3	<u>Les caillots</u>	50
3.6.4	<u>La fièvre</u>	50
3.7	<u>La recherche de Chlamydia trachomatis</u>	50
3.8	<u>Le syndrome du 5<sup>ème</sup> jour</u>	50
<b>4</b>	<b>Groupe des interruptions volontaires de grossesse par méthode médicamenteuse</b>	
	<b>51</b>	
4.1	<u>Caractéristiques de la population</u>	51
4.1.1	<u>Age</u>	51
4.1.2	<u>Antécédents d'accouchements</u>	51
4.1.3	<u>Antécédents d'interruptions volontaires de grossesse</u>	52
4.1.4	<u>Abondance des règles</u>	53
4.2	<u>Interruption volontaire de grossesse</u>	54
4.2.1	<u>Terme</u>	54
4.2.2	<u>Les complications immédiates</u>	54
4.2.3	<u>Contraception après l'interruption volontaire de grossesse</u>	55
4.3	<u>La visite de suite</u>	56
4.3.1	<u>Nombre de femmes venues en visite de suite</u>	56

4.3.2	<u>L'échographie en visite de suite</u>	56
4.3.3	<u>Diagnostic à l'issue de la visite de suite</u>	57
4.3.4	<u>Conduite à tenir après la visite de suite</u>	58
4.4	<u>Diagnostic final</u>	59
4.5	<u>Comparaison des diagnostics « à l'issue de la visite de suite » et « final »</u>	60
4.6	<u>Symptômes après l'interruption volontaire de grossesse</u>	61
4.6.1	<u>Les saignements</u>	61
4.6.2	<u>Les douleurs</u>	61
4.6.3	<u>Les caillots</u>	61
4.6.4	<u>La fièvre</u>	62
4.7	<u>La recherche de Chlamydia trachomatis</u>	62
4.8	<u>Le syndrome du 5<sup>ème</sup> jour</u>	62
<b>5</b>	<b>Résultats selon la méthode d'interruption volontaire de grossesse</b>	<b>63</b>
5.1	<u>Les caractéristiques de la population</u>	63
5.2	<u>L'interruption volontaire de grossesse</u>	64
5.3	<u>Les suites de l'interruption volontaire de grossesse</u>	64
5.4	<u>Les symptômes après l'interruption volontaire de grossesse</u>	65
5.5	<u>Le prélèvement de Chlamydia trachomatis</u>	65
5.6	<u>Synthèse des différences</u>	66
	<b>DISCUSSION</b>	<b>67</b>
<b>1</b>	<b>Limites de l'étude</b>	<b>67</b>
1.1	<u>Nombre de patientes selon la technique</u>	67
1.2	<u>Les patientes perdues de vue</u>	68
1.3	<u>Les dysménorrhées</u>	69
<b>2</b>	<b>La population</b>	<b>69</b>
<b>3</b>	<b>L'interruption volontaire de grossesse</b>	<b>70</b>
<b>4</b>	<b>Les complications immédiates</b>	<b>72</b>

<b>5</b>	<b>Les symptômes en visite de suite</b>	<b>74</b>
<b>6</b>	<b>L'échographie en visite de suite</b>	<b>75</b>
<b>7</b>	<b>Les complications à moyen terme (diagnostic final)</b>	<b>76</b>
7.1	<u>Les rétentions</u>	<u>76</u>
7.2	<u>L'infection du post-abortum</u>	<u>79</u>
<b>8</b>	<b>La recherche de Chlamydia trachomatis</b>	<b>81</b>
<b>9</b>	<b>Le syndrome du 5<sup>ème</sup> jour</b>	<b>82</b>
<b>10</b>	<b>Les symptômes après l'interruption volontaire de grossesse (saignements, douleur, fièvre,...)</b>	<b>84</b>
	<b>CONCLUSION</b>	<b>85</b>
	<b>ANNEXES</b>	<b>88</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>92</b>
	<b>PERMIS D'IMPRIMER</b>	<b>96</b>
	<b>RESUME</b>	<b>97</b>

## INTRODUCTION

---

209700 interruptions volontaires de grossesse ont été réalisées en France en 2006. L'interruption volontaire de grossesse est un acte sûr, qu'elle soit chirurgicale (aspiration) ou médicamenteuse.

Lors de leur demande d'IVG, les femmes sont informées des risques et des protocoles de la technique utilisée.

De même, elles doivent être informées des suites normales ou non de leur IVG, afin de connaître les signes devant les faire consulter rapidement un médecin.

Certains centres d'IVG, remettent aux femmes des documents les informant justement des suites de l'IVG. Voici, par exemple, une partie de l'information remise aux patientes au centre d'interruption volontaire de grossesse de l'hôpital Louis Mourier, Colombes, 92 : « Vous pouvez avoir entre le 2<sup>ème</sup> et le 5<sup>ème</sup> jour, des douleurs abdominales, de la température (pouvant aller jusqu'à 39°), et des saignements accompagnés de caillots. Ce n'est pas grave. Ce n'est pas le signe d'une infection. C'est une réaction normale du corps. Mais les douleurs et la fièvre doivent disparaître dans les 24h, en prenant les médicaments contre la douleur prescrits par le médecin ».

Il s'agit là de la description du syndrome du 3<sup>ème</sup> ou 5<sup>ème</sup> jour.

Il y a très peu de données bibliographiques sur ce sujet. On en retrouve deux.

A l'occasion des deuxièmes journées nationales d'études sur l'interruption de grossesse et la contraception [1], en octobre 1981, le centre d'interruption volontaire de grossesse de Bicêtre

a présenté une étude sur 50 consultations post-IVG portant sur le syndrome du 3<sup>ème</sup> jour après interruption volontaire de grossesse.

Il n'y a pas de conclusion statistiquement valable, mais il se dégage un ensemble de symptômes définissant le syndrome du 3<sup>ème</sup> jour :

- des douleurs
- des métrorragies
- une hyperthermie
- un ballonnement abdominal (plus rarement observé)

Ces symptômes apparaissent entre le 3<sup>ème</sup> et le 7<sup>ème</sup> jour après une interruption de grossesse.

Puis, en 1994, l'équipe du centre d'orthogénie du C.H.U Bretonneau de Tours a publié un article de formation médicale continue intitulé : « un syndrome à connaître : le syndrome du 5<sup>ème</sup> jour post-IVG » [2]. Les symptômes décrits : algies (obligatoires), métrorragies, hyperthermie, apparaissent 3 à 5 jours après une interruption volontaire de grossesse, et régressent spontanément en 24 heures.

Depuis, le syndrome du 5<sup>ème</sup> jour est abordé par les médecins le jour de l'interruption volontaire de grossesse, afin de prévenir la patiente pour qu'elle ne s'inquiète pas à tort.

Or, il n'y a pas à ce jour plus de données bibliographiques sur ce sujet précisément.

Le syndrome du 5<sup>ème</sup> jour existe-t-il vraiment ?

Est-il déterminé par certains antécédents (nombre d'accouchements, d'interruptions volontaires de grossesse,...)?

Nous avons donc réalisé une étude sur l'année 2006, au centre d'interruption volontaire de grossesse de l'hôpital Louis Mourier, Colombes, afin d'affirmer ou d'infirmier la présence de ce syndrome et de permettre ainsi une meilleure information et prise en charge des patientes.

## **BUTS DE L'ETUDE**

---

D'une part notre étude a pour but de mettre en évidence ou non l'existence du syndrome du 5<sup>ème</sup> jour, son lien avec certains facteurs, afin d'informer au mieux les femmes.

D'autre part il s'agit d'une étude descriptive des conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse au CIVG de Louis Mourier, des complications immédiates et à moyen terme, de la prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* dans la population étudiée.

## **METHODES**

---

Il s'agit d'une étude prospective se déroulant du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 décembre 2006.

### **1 La population**

#### **1.1 Critères d'inclusion**

La population est constituée de toutes les femmes s'étant présentées au Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse (CIVG) de l'hôpital Louis Mourier, 92 Colombes, pour une interruption volontaire de grossesse par aspiration sous anesthésie locale (AL) ou par méthode médicamenteuse et ayant eu cette interruption de grossesse au CIVG de l'hôpital Louis Mourier.

#### **1.2 Critères d'exclusion**

Les patientes ayant eu une interruption de grossesse par aspiration sous anesthésie générale (3 patientes au total) ont été exclues de l'étude dès le début.

Une patiente ayant eu une aspiration sous anesthésie générale pour échec d'aspiration sous AL, a été sortie de l'étude à partir de l'analyse des suites de l'IVG.

## 2 Nature des données

Les données ont été recueillies le jour de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) lors de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Elles ont été notées dans un questionnaire type puis saisies manuellement dans le logiciel « EPI-INFO, version 6 ».

Les items renseignés sont :

- numéro de dossier
- année de naissance
- nombre d'IVG antérieures
- nombre d'accouchements antérieurs
- abondance des règles (très peu, moyenne, abondantes : plus de 7 protections imprégnées par jour pendant plus de 4 jours, très abondantes : plus de 7 protections imprégnées par jour pendant plus de 7 jours)
- date de l'IVG
- technique (anesthésie locale, médicamenteuse, autre)
- terme (en SA)
- initiales du médecin pratiquant l'IVG
- complications immédiates (pas de complication, utilisation de syntocynon préventif, utilisation de syntocynon curatif, hémorragie nécessitant une surveillance ou une intervention particulière, aspiration incomplète, perforation, caillotage, autre)

- contraception post-IVG (ni hormonale ni DIU, hormonale, DIU au cuivre, DIU au lévonorgestrel (Mirena))

Le recueil de données a été complété le jour de la visite de suites, avec les données suivantes :

- date de la visite de suite
- initiales du médecin effectuant la consultation
- tableau de suites de l'IVG avec le nombre de jours de : saignements inférieurs aux règles, saignements supérieurs aux règles, caillots, douleurs inférieures aux douleurs de règles, douleurs supérieures aux douleurs de règles calmées par des antalgiques, douleurs supérieures aux règles rebelles aux antalgiques, fièvre supérieure à 38°C ou frissons (croix notées aux jours et symptômes correspondants).
- Motif de la demande d'échographie (pas d'échographie, échographie systématique, échographie car problème le jour de l'IVG, échographie car signes d'appel le jour de la visite de suites, échographie pour autre motif)
- Epaisseur de la muqueuse sur une coupe longitudinale (en millimètres arrondis sans virgule, ou non mesurée)
- Aspect de la muqueuse (homogène, hétérogène)
- Diagnostic à l'issue de la visite de suites (sans complication, rétention, infection, rétention et infection, doute sur une complication)

- Conduite à tenir (abstention, arrêt de la pilule, prise de misoprostol (cytotec<sup>o</sup>), arrêt de la pilule et prise de misoprostol (cytotec<sup>o</sup>), réaspiration, autre à détailler)
- Evènement géré depuis l'IVG (sans évènement, au CIVG de Louis Mourier, aux urgences, hospitalisation, en ville)
- Date de clôture du dossier/ fin des problèmes
- Nombre de visites de suites
- Diagnostic final (normal, rétention, infection, rétention et infection, autre)
- Recherche de *Chlamydia trachomatis* par PCR (non faite, négative, positive)

Pour les patientes non venues en visite des suites, les seuls items renseignés sont le nombre de visite de suites (0), et la recherche de *Chlamydia trachomatis*.

Les logiciels utilisés pour le traitement des données sont : STATA, SAS 9.1 et EPI-INFO.

### **3 Questionnaire de recueil de données**

Cf. Annexe 1

## **4 Techniques d'interruption volontaire de grossesse**

### **4.1 Interruption volontaire de grossesse par aspiration sous anesthésie locale**

Cette méthode est recommandée de 7 à 14 SA. Dans le service elle est rarement utilisée avant.

A son arrivée dans le service, chaque femme venant pour une interruption volontaire de grossesse par aspiration sous anesthésie locale, est prémédiquée par de l'atropine per os (2 ampoules de 0,5 mg).

Après examen clinique, le médecin procède à :

- un badigeonnage antiseptique de la vulve (povidone iodée, Bétadine<sup>o</sup>), non systématique suivant les médecins
- pose d'un speculum stérile
- puis badigeonnage antiseptique vaginal et du col utérin à l'aide de povidone iodée (Bétadine<sup>o</sup>), compresses et d'une pince languette.
- puis anesthésie locale du col utérin et bloc para-cervical avec de la lidocaïne (Xylocaïne) adrénalinée à 1% soit un mélange de 50% de lidocaïne simple et de 50% de lidocaïne adrénalinée à 2 %
- saisie du col utérin à l'aide d'une pince de Pozzi
- dilatation de l'orifice interne du col utérin à l'aide de bougies de Dalsace à usage unique, adaptées au terme
- aspiration endo-utérine à l'aide d'une canule rigide de Berkeley et/ou d'une canule souple de Karman (diamètre dépendant du terme) reliée à un aspirateur électrique
- contrôle visuel du produit d'aspiration.

La dilatation médicamenteuse du col pour les interruptions volontaires de grossesse par aspiration sous anesthésie locale est exceptionnelle pour les termes inférieurs à 12SA, et quasi-systématique pour les termes compris entre 12 et 14 SA. On utilise alors la mifépristone (1 comprimé per os 36-48 h avant l'IVG) de préférence au misoprostol (2 comprimés per os 2h avant l'IVG).

## 4.2 Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse

Dans le service, en 2006, cette méthode est utilisée jusqu'à 7 SA.

- Médicaments utilisés :

- La mifépristone (Mifégyne): il s'agit d'un stéroïde de synthèse, à action anti progestative, se liant aux récepteurs de la progestérone avec une meilleure affinité (affinité 5 fois plus grande). Elle interrompt donc la grossesse (nécrose déciduale et décollement du sac gestationnel), active la production de prostaglandine E1 et facilite l'ouverture du col utérin et les contractions utérines.

- Le misoprostol (Cytotec) : il s'agit d'un analogue synthétique de la prostaglandine E1. Il entraîne le ramollissement du col, et des contractions utérines (expulsion de l'œuf).

- Protocole utilisé au CIVG de l'hôpital Louis Mourier :

Prise de 200 mg per os de mifépristone (soit 1 comprimé), puis 36 à 48h après, prise de 400 µg de misoprostol per os (soit 2 comprimés) renouvelée 2h après, en l'absence d'expulsion, contrôlée visuellement.

## **5 Visite de suite**

Après l'interruption volontaire de grossesse, et quelque soit la technique utilisée, les femmes repartent toutes du CIVG avec une date de rendez-vous pour une consultation de suite.

En cas d'absence à la date du rendez-vous, les femmes sont recontactées par téléphone ou courrier, et une nouvelle date de rendez-vous leur est donnée.

En cas d'absence à nouveau, elles ne sont pas recontactées.

## **6 La recherche de Chlamydia trachomatis**

Elle se fait lors de la 1<sup>ère</sup> consultation (avant l'IVG) par prélèvement dans l'endocol.

En cas de prélèvement positif, la femme est traitée selon les recommandations par azithromycine ou doxycycline, et on recommande un traitement de son (ses) partenaire(s).

## **7 Le syndrome du 5ème jour**

Nous avons décidé, après discussion, de définir le syndrome du 5ème jour suivant les critères établis par l'équipe du centre d'orthogénie du CHU Bretonneau de Tours :

- Douleur (quelle qu'elle soit), obligatoire
- Saignements (quelle que soit leur abondance) avec ou sans caillot, non obligatoire
- Fièvre, non obligatoire

La durée du syndrome ne doit pas être de plus de 24h.

Les femmes doivent donc avoir de façon obligatoire des douleurs, avec ou non des saignements, avec ou non de la fièvre. Les symptômes doivent régresser en 24h.

**Le syndrome a été recherché entre le 2ème et le 7ème jour après l'interruption volontaire de grossesse.**

La définition du syndrome n'étant pas consensuelle, nous avons essayé également de créer un syndrome associant :

- douleurs (non obligatoires)
- saignements, quelle que soit leur abondance, non obligatoire
- fièvre, non obligatoire

Après plusieurs essais d'association de symptômes entre eux, et compte tenu des grandes difficultés de prise en charge statistiques, nous avons décidé de nous concentrer sur la première définition.

## **RESULTATS**

---

Après avoir présenté le nombre de patientes au total et selon la technique d'interruption volontaire de grossesse, nous nous intéresserons tout d'abord à la population totale puis au groupe des femmes ayant eu une interruption volontaire de grossesse sous anesthésie locale, puis au groupe de femmes ayant eu une interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse.

### **1 Nombre de patientes de l'étude**

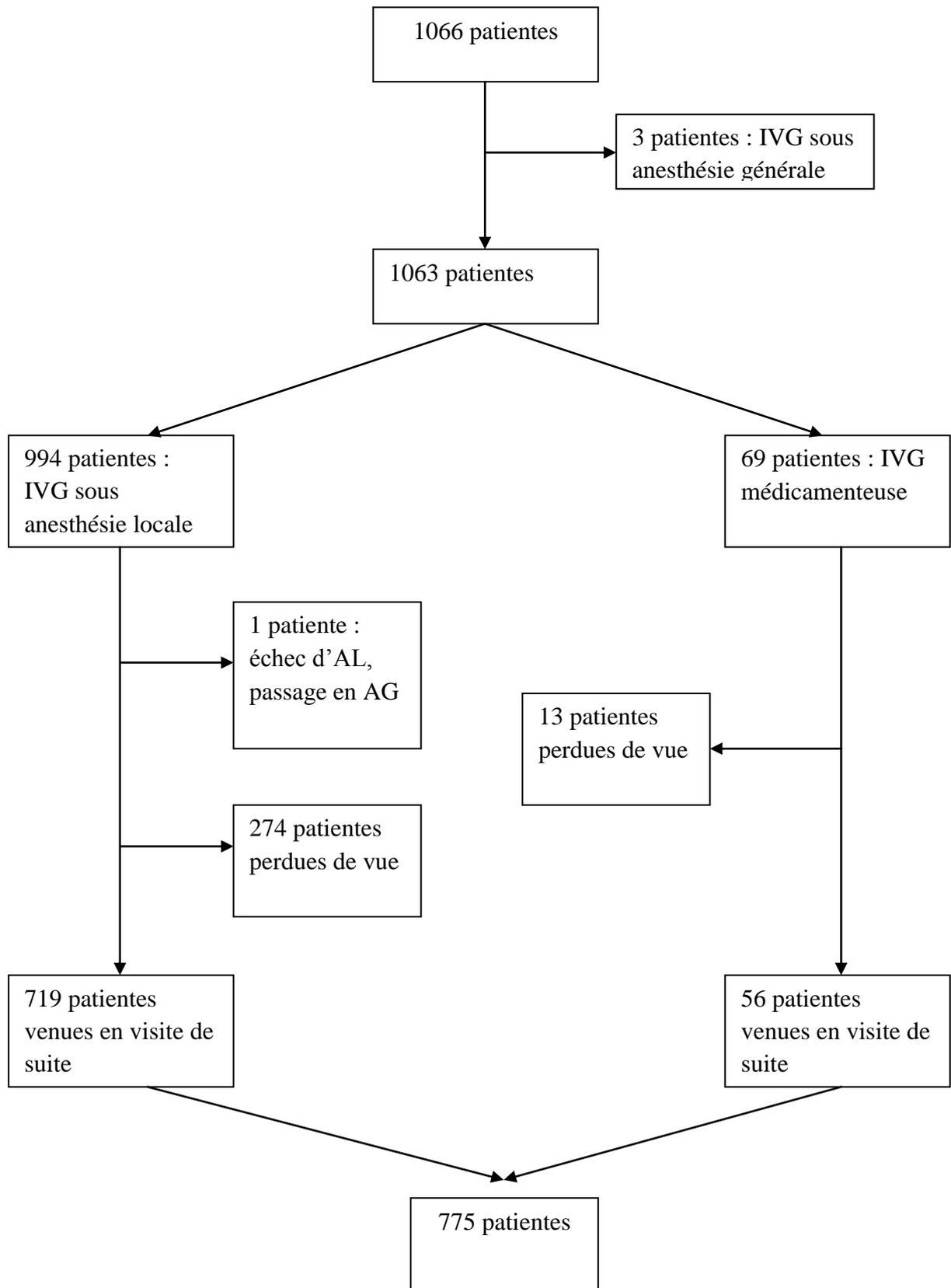
1066 patientes ont consulté à l'hôpital Louis Mourier du 2 janvier 2006 au 31 décembre 2006 pour une interruption volontaire de grossesse.

3 patientes ont eu une interruption volontaire de grossesse sous anesthésie générale, à leur demande. Ces dossiers ont été exclus de l'étude dès le début.

994 patientes ont eu une interruption volontaire de grossesse par aspiration sous anesthésie locale.

69 patientes ont eu une interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse.

1 patiente a eu une interruption volontaire de grossesse sous anesthésie générale pour échec d'interruption volontaire de grossesse sous anesthésie locale (suspicion de perforation). Ce dossier a été exclu de l'étude à partir des suites de l'IVG.



## **2 Population totale**

### **2.1 Caractéristiques de la population**

#### **2.1.1 Age**

Les patientes ont en moyenne 28 ans (médiane : 27)

#### **2.1.2 Antécédents d'accouchements**

Dans la population totale de l'étude, la moyenne du nombre d'accouchements antérieurs est de 1,11. La médiane est à 1.

On distingue :

- 468 femmes nullipares, soit 44%
- 251 femmes ayant accouché 1 fois, soit 23.6%
- 196 femmes ayant accouché 2 fois, soit 18.4 %
- 94 femmes ayant accouché 3 fois, soit 8.8%
- 38 femmes ayant accouché 4 fois, soit 3.6 %
- 5 femmes ayant accouché 5 fois, soit 0.5 %
- 6 femmes ayant accouché 6 fois, soit 0.6%
- 3 femmes ayant accouché 7 fois, soit 0.3 %

- 1 femme ayant accouché 8 fois, soit 0.1%

- 1 femme ayant accouché 11 fois, soit 0.1 %

En résumé il y a : - 44% de nullipares

- 56% ayant accouché au moins une fois.

Parmi les femmes ayant déjà accouché: - 42,2 % ont accouché une fois

- 48,8% ont accouché deux ou trois fois

- 9% ont accouché plus de 3 fois

### **2.1.3 Antécédents d'interruptions volontaires de grossesse**

Le nombre moyen d'interruption volontaire de grossesse antérieure (IVG) est de 0,66.

La médiane est à 0.

On distingue :

- 605 femmes n'ayant pas eu d'IVG antérieure, soit 56,9 %

- 300 femmes ayant eu une IVG antérieure, soit 28,2 %

- 102 femmes ayant eu 2 IVG antérieures, soit 9,6 %

- 33 femmes ayant eu 3 IVG antérieures, soit 3,10%

- 16 femmes ayant eu 4 IVG antérieures, soit 1,5%

- 5 femmes ayant eu 5 IVG antérieures, soit 0,47%

- 1 femme ayant eu 6 IVG antérieures, soit 0,09%

- 1 femme ayant eu 8 IVG antérieures, soit 0,09%

En résumé, il y a 56,9% de femmes n'ayant pas eu d'IVG antérieure et 43,1% de femmes ayant déjà eu au moins une IVG antérieure.

Parmi les femmes ayant déjà eu au moins une IVG, on distingue :

- 65,5% de femmes ayant eu 1 IVG antérieure.

- 29,5% de femmes ayant eu 2 ou 3 IVG antérieures.

- 5% de femmes ayant eu plus de 3 IVG antérieures.

#### **2.1.4 Abondance des règles**

L'abondance des règles a été évaluée selon les critères suivants :

- très peu

- moyenne

- abondantes : plus de 7 protections imprégnées par jour pendant plus de 4 jours

- très abondantes : plus de 7 protections imprégnées par jour pendant plus de 7 jours

- Il y a 3 dossiers non renseignés, soit 0,3%

- 46 femmes ont des règles très peu abondantes, soit 4,3%

- 925 femmes ont des règles moyennement abondantes, soit 87%

- 84 femmes ont des règles abondantes, soit 7,9%

- 5 femmes ont des règles très abondantes, soit 0,5%

Au total, 91,3 % des femmes ont des règles peu abondantes et moyennement abondantes ; et 8,1% des femmes ont des règles abondantes et très abondantes.

## **2.2 Interruption volontaire de grossesse**

### **2.2.1 Terme**

Le terme est défini par échographie, faite en ville ou au CIVG.

Le terme moyen des interruptions volontaires de grossesse (IVG) est 8SA+3j.

- 19 femmes ont eu une IVG à 5SA, soit 1,8%

- 103 femmes ont eu une IVG à 6 SA, soit 9,6%

- 243 femmes ont eu une IVG à 7 SA, soit 22,9%

- 255 femmes ont eu une IVG à 8 SA, soit 24%

- 176 femmes ont eu une IVG à 9 SA, soit 16,6%

- 123 femmes ont eu une IVG à 10 SA, soit 11,6 %

- 65 femmes ont eu une IVG à 11 SA, soit 6,1 %

- 40 femmes ont eu une IVG à 12 SA, soit 3,8 %

- 30 femmes ont eu une IVG à 13 SA, soit 2,8 %

- 9 femmes ont eu une IVG à 14 SA, soit 0,8 %

En résumé, en regroupant par termes :

- 5 + 6 SA : 346 femmes, soit 11,4%
- 7 + 8 SA : 498 femmes, soit 46,9%
- 9 + 10 + 11 SA : 364 femmes, soit 34,3%
- 12 + 13+ 14 SA : 79 femmes, soit 7,4%

### **2.2.2 Les complications immédiates**

Les complications immédiates retenues sont : l'aspiration incomplète, la perforation, le caillotage (rétention hyperalgique de caillots dans l'utérus dans les heures suivant l'interruption de grossesse nécessitant une réaspiration immédiate), l'hémorragie nécessitant une surveillance ou une intervention particulières (transfusion, perfusion de macromolécules, ...), autre.

La majorité des femmes n'a pas eu de complications immédiates : 1034 femmes sur 1063, soit 97,27 %.

Il y a 7 dossiers non renseignés, soit 0,66%.

On observe 22 complications immédiates, soit 2,07%.

- 15 femmes ont eu une aspiration incomplète, soit 1,41%
- 2 femmes ont eu une perforation, soit 0,19%
- 5 femmes ont eu un caillotage, soit 0,47%
- Il n'y a eu aucune hémorragie.

Difficultés rencontrées :

12 femmes ont eu besoin d'ocytocine (Syntocinon) curatif pour un saignement semblant plus abondant que d'habitude, sans parler pour autant d'hémorragie, soit 1,12%.

De même, certains médecins ont recours à l'ocytocine (Syntocinon) en préventif en intra-cervical, avant même tout saignement en fin d'aspiration (IVG longue, mauvaise contraction utérine,...). 27 femmes sont concernées, soit 2,54%.

Les autres difficultés rencontrées (7 femmes concernées, soit 0,65%) sont : 2 femmes ont eu un échec de dilatation (une femme a reçu pour cela du misoprostol, et une femme a reçu du misoprostol et de la mifepristone), 2 femmes ont eu une aspiration non productive, 1 femme a eu un malaise vagal bref, 1 femme a eu une rétention urinaire, et une femme a été hospitalisée pour douleurs.

### **2.2.3 Contraception après l'interruption volontaire de grossesse**

Après l'IVG, les femmes se voient toutes proposer un moyen de contraception selon leur situation et leur souhait. Elles peuvent avoir une contraception hormonale (pilule oestroprogestative ou progestative pure), une contraception par dispositif intra-utérin au cuivre ou au lévonorgestrel, ou bien une contraception autre (ni hormonale, ni par dispositif intra-utérin).

Sur les 1063 femmes, il y a :

- 7 femmes, soit 0,65%, n'ont pas l'item renseigné.

- 943 femmes, soit 88,7%, ont une contraception post interruption volontaire de grossesse par contraception hormonale, dispositif intra-utérin au cuivre, ou par dispositif intra-utérin au lévonorgestrel (Mirena).

Parmi ces 943 femmes :

- 896 femmes, soit 84,2%, ont une contraception hormonale

- 39 femmes, soit 3,67%, ont une contraception par dispositif intra-utérin au cuivre

- 8 femmes, soit 0,75% ont une contraception par dispositif intra-utérin au lévonorgestrel (Mirena)

113 femmes, soit 10,63%, ont une contraception post interruption volontaire de grossesse non hormonale et non par dispositif intra-utérin.

### **2.3 La visite de suite**

Après l'interruption volontaire de grossesse, et quelque soit la technique utilisée, les femmes repartent toutes du CIVG avec une date de rendez-vous pour une consultation de suite.

En cas d'absence à la date du rendez-vous, elles sont recontactées par téléphone ou courrier, et une nouvelle date de rendez-vous leur est donnée.

En cas d'absence à nouveau, elles ne sont pas recontactées (sauf en cas d'infection à *Chlamydia trachomatis*).

### **2.3.1 Nombre de femmes venues en visite de suite**

Il y a :

- 775 femmes, soit 72,9%, sont venues en visite de suite
- 287 femmes, soit 27 %, sont perdues de vue.
- 1 femme exclue de l'étude à partir de la visite de suites (passage en anesthésie générale pour échec sous anesthésie locale avec perforation), soit 0,1%

Le nombre moyen de visite de suite par femme est de 1,09. La médiane est à 1.

### **2.3.2 L'échographie en visite de suite**

- Dans la population totale de l'étude, il y a 136 femmes qui ont eu une échographie réalisée le jour de la visite de suite, soit 17,55 % des femmes venues en visite de suite.

Parmi les échographies réalisées, la majorité est réalisée pour « signes d'appel le jour de l'échographie » : 59 femmes, soit 43,4%.

Les autres motifs sont :

- 12 femmes, soit 8,8%, ont eu une échographie de façon « systématique »
  - 17 femmes, soit 12,5%, ont eu une échographie pour « problème le jour de l'IVG »
  - 48 femmes, soit 35,3%, ont eu une échographie pour « un motif autre »
- Sur les 136 femmes ayant eu une échographie, 89 femmes ont eu une mesure de l'épaisseur de la muqueuse utérine, soit 65,4%.

L'épaisseur moyenne de la muqueuse est de 9,1 mm, la médiane est à 7.

Il y a 72 femmes (soit 80,9%) ayant une épaisseur de la muqueuse inférieure à 15 mm et 17 femmes (soit 19,1%) ayant une épaisseur de la muqueuse supérieure à 15 mm.

- Sur les 136 femmes ayant eu une échographie en visite de suite, 112 femmes ont l'item « aspect de la muqueuse » renseigné, soit 82,35%.

74 femmes ont un aspect « homogène » de la muqueuse, soit 66,1%, et 38 femmes ont un aspect « hétérogène » de la muqueuse, soit 33,9%

### **2.3.3 Diagnostic à l'issue de la visite de suite**

Cet item est renseigné par le médecin qui réalise la consultation le jour de la visite de suite. Lors de la relecture du recueil de données, ce diagnostic est revu et modifié par les investigateurs, si besoin (item diagnostic final).

Sur les 775 femmes venues en visite de suite, il y a :

- 728 femmes n'ont pas de complication, soit 93,9 %

- 30 femmes ont une complication en visite de suite, soit 3,9%, dont :

- 24 femmes avec l'item « rétention » renseigné, soit 3,1 %

- 4 femmes avec le diagnostic « infection » renseigné, soit 0,5 %

- 2 femmes avec l'item « rétention et infection » renseigné, soit 0,3%

- 17 femmes ont l'item « doute sur complication », soit 2,2 %

### 2.3.4 Conduite à tenir après la visite de suite

C'est le médecin qui a porté le diagnostic en visite de suite qui choisit la conduite à tenir.

Les items renseignés sont : abstention, arrêt de la pilule, prescription de misoprostol (cytotec), arrêt de la pilule et prescription de misoprostol (cytotec), réaspiration, autre.

Sur les 775 femmes venues en visite de suite, il y a :

- 737 femmes n'ayant eu aucun traitement particulier (abstention), soit 95,1 %
- 1 femme ayant eu une prescription d'arrêt de pilule, soit 0,13 %
- 13 femmes ayant eu une prescription de cytotec, soit 1,68 %
- 5 femmes ayant eu une prescription d'arrêt de pilule et de prise de cytotec, soit 0,64 %
- 5 femmes ayant eu une réaspiration, soit 0,64 %
- 14 femmes ayant une prescription « autre », soit 1,8 % (dans la majorité des cas il s'agit d'un traitement antibiotique, en dehors de toute infection à *Chlamydia Trachomatis*)

Les 5 femmes ayant eu une réaspiration avaient pour 3 d'entre elles une muqueuse utérine mesurée à 17mm, 21 mm et 38 mm, avec un aspect de la muqueuse hétérogène pour les mesures à 17 mm et 21 mm.

Les 2 autres femmes n'ont pas eu de mesure de la muqueuse utérine, mais elles avaient un aspect hétérogène de la muqueuse.

## 2.4 Diagnostic final

C'est le diagnostic porté par les investigateurs après relecture des dossiers.

Les items sont : pas de complication, rétention, infection, rétention et infection, autre.

La rétention est définie par une épaisseur de la muqueuse supérieure à 15 mm, d'autant plus que l'aspect de la muqueuse est hétérogène.

L'infection haute est un diagnostic difficile car il n'existe pas de consensus. Le diagnostic peut être défini par la fièvre, et/ou un syndrome infectieux biologique, et/ou des douleurs à la mobilisation de l'utérus, et/ou des leucorrhées purulentes, ...

Il y a sur 775 femmes:

- 1 donnée manquante, soit 0,13%
- 742 femmes ayant un diagnostic final « pas de complications », soit 95,74%
- 32 femmes ayant une complication en diagnostic final, soit 4,13% :
  - 23 femmes ont un diagnostic de rétention, soit 2,97 %
  - 5 femmes ont un diagnostic d'infection, soit 0,64 %
  - 2 femmes ont un diagnostic de rétention et infection, soit 0,26 %
  - 2 femmes ont un diagnostic noté « autre », soit 0,26%

## 2.5 Comparaison des diagnostics « à l'issue de la visite de suite » et « final »

Items	Diagnostic en suites	Diagnostic final
Normal	728	742 (+14)
Rétention	24	23 (-1)
Infection	4	5 (+1)
Rétention et infection	2	2
Doute sur complication/autre	17	2 (-15)
Donnée manquante	0	1 (+1)
Total	775	775

La relecture des dossiers a principalement modifié les « doutes sur complication ».

## 2.6 Symptômes après l'interruption volontaire de grossesse

### 2.6.1 Les saignements

Dans la population totale, il y a 2 valeurs manquantes (soit 0,26%).

La durée moyenne des saignements après une IVG est de 9,25 jours, avec une médiane à 9.

Si l'on garde les quatre groupes selon l'abondance des règles (peu abondantes : 46 femmes, normales : 925 femmes, abondantes : 84 femmes, très abondantes : 5 femmes) il existe une relation entre l'abondance des règles et la durée des saignements ( $p= 0,006$ , test de Anova) : plus on a des règles abondantes, plus on saigne longtemps après une IVG.

Il n'y a pas d'effet de la contraception (hormonale et DIU au lévonorgestrel) sur la durée des saignements après une IVG ( $p= 0,40$ , test d'égalité des variances).

### **2.6.2 Les douleurs**

Dans la population totale, il y a 2 valeurs manquantes (soit 0,26%). La durée moyenne des douleurs après l'IVG est de 2,55 jours, avec une médiane à 1.

Il n'y a pas de lien entre l'abondance des règles et la durée des douleurs après une IVG ( $p= 0,0698$ , test d'égalité des variances).

De même on ne met pas en évidence de lien entre la contraception (hormonale et DIU au lévonorgestrel) et la durée des douleurs après une IVG ( $p= 0,5215$ , test d'égalité des variances).

### **2.6.3 Les caillots**

Dans la population totale, il y a 2 valeurs manquantes (soit 0,26%). La durée moyenne des caillots est de 1,32 jour avec une médiane à 0.

On ne met pas en évidence de relation entre la contraception (hormonale et DIU au lévonorgestrel) et la durée des caillots après une IVG ( $p= 0,8815$ , test d'égalité des variances).

Il existe un lien entre l'abondance des règles et la durée des caillots : il y a plus de caillots lorsque les règles sont abondantes ( $p < 10^{-3}$ , test d'égalité des variances), et on retrouve ce lien en gradation de l'abondance des règles : plus les règles sont abondantes, plus les caillots durent longtemps ( $p= 0,0313$ , test d'Anova).

#### **2.6.4 La fièvre**

Dans la population totale, il y a 2 valeurs manquantes (soit 0,26%). La durée moyenne de la fièvre est de 0,14 jour avec une médiane à 0.

Il existe un lien statistiquement significatif entre la contraception donnée en post-IVG et la durée de la fièvre : la fièvre dure plus longtemps lorsqu'il y a une contraception (hormonale et DIU au lévonorgestrel) que lorsqu'il n'y pas de contraception hormonale ou par stérilet ( $p < 10^{-3}$ , test d'égalité des variances).

En revanche, il n'y a pas de lien entre l'abondance des règles et la durée de la fièvre ( $p = 0,0698$ , test d'égalité des variances).

#### **2.7 La recherche de Chlamydia trachomatis**

Il y a :

- 1 femme dont l'item n'est pas renseigné
- 17 femmes dont le prélèvement est non réalisé, soit 1,6 % de la population
- 1045 femmes dont le prélèvement est réalisé :
  - 984 femmes ont un résultat négatif, soit 92,66 % des femmes ayant eu un prélèvement
  - 61 femmes ont un résultat positif, soit 5,74 % des femmes ayant eu un prélèvement

#### **2.8 Le syndrome du 5<sup>ème</sup> jour**

Nous avons défini le syndrome du 5<sup>ème</sup> jour de la façon suivante :

- Douleur (quelle qu'elle soit), obligatoire
- Saignements (quelle que soit leur abondance) avec ou sans caillot, non obligatoire
- Fièvre, non obligatoire

La durée du syndrome ne doit pas être de plus de 24H.

Les femmes doivent donc avoir de façon obligatoire des douleurs, avec ou non des saignements, avec ou non de la fièvre. Les symptômes doivent régresser en 24h.

Le syndrome a été recherché entre le 2<sup>ème</sup> et le 7<sup>ème</sup> jour après l'interruption volontaire de grossesse.

Dans la population totale, il y a 75 femmes qui ont le syndrome du 5<sup>ème</sup> jour, soit 9,88% de la population de ce groupe.

### **3 Groupe des interruptions volontaires de grossesse sous anesthésie locale**

#### **3.1 Caractéristiques de la population**

Il y a 994 femmes qui ont bénéficié d'une IVG sous anesthésie locale.

##### **3.1.1 Age**

L'âge moyen des femmes du groupe des IVG par aspiration sous anesthésie locale est de 28 ans (minimum : 14 ans et maximum : 48 ans). La médiane est à 27.

##### **3.1.2 Antécédents d'accouchements**

Le nombre moyen d'accouchements antérieurs est de 1,13 (minimum : 0 et maximum : 11).

La médiane est à 1.

On distingue :

- 428 femmes nullipares, soit 43,06%
- 240 femmes ayant accouché 1 fois, soit 24,15%
- 186 femmes ayant accouché 2 fois, soit 18,71%
- 88 femmes ayant accouché 3 fois, soit 8,86%
- 36 femmes ayant accouché 4 fois, soit 3,62%
- 5 femmes ayant accouché 5 fois, soit 0,5%
- 6 femmes ayant accouché 6 fois, soit 0,6%
- 3 femmes ayant accouché 7 fois, soit 0,3%
- 1 femme ayant accouché 8 fois, soit 0,1%
- 1 femme ayant accouché 11 fois, soit 0,1%

En résumé il y a :

- 428 nullipares, soit 43,06%
- 514 femmes ayant accouché 1, 2 ou 3 fois, soit 51,72%
- 52 femmes ayant accouché plus de 3 fois, soit 5,22%

### **3.1.3 Antécédents d'interruptions volontaires de grossesse**

Dans le groupe des interruptions volontaires de grossesse par aspiration sous anesthésie locale, la moyenne du nombre d'antécédent d'interruption volontaire de grossesse (IVG) est 0.67 (minimum : 0, maximum : 8). La médiane est à 0.

On distingue dans ce groupe :

- 564 femmes n'ayant pas eu d'IVG antérieure, soit 56.74 %
- 280 femmes ayant eu une IVG antérieure, soit 28.17 %
- 95 femmes ayant eu 2 IVG antérieures, soit 9.56%
- 33 femmes ayant eu 3 IVG antérieures, soit 3,32%
- 15 femmes ayant eu 4 IVG antérieures, soit 1,51%
- 5 femmes ayant eu 5 IVG antérieures, soit 0,5%
- 1 femme ayant eu 6 IVG antérieures, soit 0,1%
- 1 femme ayant eu 8 IVG antérieures, soit 0,1%

En résumé, il y a 564 femmes n'ayant eu aucune IVG antérieure, soit 56,74% et 430 femmes ayant eu au moins une IVG antérieure, soit 43,26%.

### **3.1.4 Abondance des règles**

L'abondance des règles est répartie en quatre groupes :

Règles très peu abondantes, moyennement abondantes, abondantes (plus de 7 protections imprégnées par jour pendant plus de 4 jours), et très abondantes (plus de 7 protections imprégnées par jour pendant plus de 7 jours).

On observe dans ce groupe :

- 3 dossiers non renseignés, soit 0.3%
- 43 femmes ayant des règles très peu abondantes, soit 4.33%
- 865 femmes ayant des règles moyennement abondantes, soit 87.02%
- 79 femmes ayant des règles abondantes, soit 7.95%
- 4 femmes ayant des règles très abondantes, soit 0.4%

Au total, la grande majorité des femmes a des règles peu abondantes ou normales. En effet, il y a 908 femmes dans ce groupe, soit 91.35%. Seules 83 femmes ont des règles abondantes et très abondantes, soit 8.35%.

## **3.2 Interruption volontaire de grossesse**

### **3.2.1 Terme**

Le terme est défini par échographie, faite en ville ou au CIVG.

Le terme moyen des interruptions volontaires de grossesse par aspiration sous anesthésie locale est de 8SA +5j (minimum : 5SA, maximum : 14SA).

- 6 femmes ont eu une IVG à 5 SA, soit 0,6 %
- 68 femmes ont eu une IVG à 6 SA, soit 6,8 %
- 222 femmes ont eu une IVG à 7 SA, soit 22,3 %
- 255 femmes ont eu une IVG à 8 SA, soit 25,7 %
- 176 femmes ont eu une IVG à 9 SA, soit 17,8 %
- 123 femmes ont eu une IVG à 10 SA, soit 12,4 %
- 65 femmes ont eu une IVG à 11 SA, soit 6,5 %
- 40 femmes ont eu une IVG à 12 SA, soit 4, %
- 30 femmes ont eu une IVG à 13 SA, soit 3 %
- 9 femmes ont eu une IVG à 14 SA, soit 0,9 %

Les IVG sont réalisées, pour quasi la moitié, à 7 et 8 SA (48 %). Les IVG à des termes extrêmes (5 et 14 SA), sont très peu nombreuses (1,5 %). En résumé, en regroupant par termes :

- 5 + 6 SA : 74 femmes, soit 7,4 %
- 7 + 8 SA : 477 femmes, soit 48%
- 9 + 10 + 11 SA : 364 femmes, soit 36,6%
- 12 + 13+ 14 SA : 79 femmes, soit 8%

### **3.2.2 Les complications immédiates**

Les complications immédiates retenues sont :

- l'aspiration incomplète (sac gestationnel ou embryon incomplets dans le produit d'aspiration)
- la perforation
- le caillotage (rétention hyperalgique de caillots dans l'utérus dans les heures suivant l'interruption volontaire de grossesse nécessitant une réaspiration immédiate)
- l'hémorragie nécessitant une surveillance ou une intervention particulière (transfusion, perfusion de macromolécules)
- autre (malaise, déchirure cervicale nécessitant une suture, ...)

La majorité des femmes n'a pas eu de complications immédiates : 996 femmes, soit 97,2%.

Il y a 6 données manquantes, soit 0.6%

On observe 22 femmes ayant eu une complication immédiate, soit 2.2% :

- 15 femmes ont eu une aspiration incomplète, soit 1.5%
- 2 femmes ont eu une perforation, soit 0.2%
- 5 femmes ont eu un caillotage, soit 0.5%
- il n'y a eu aucun cas d'hémorragie

Sur les 15 femmes ayant eu une aspiration incomplète, les termes de grossesse observés sont les suivants :

1 femme est à 5SA, 2 femmes sont à 6SA, 2 femmes sont à 7SA, 4 femmes sont à 8SA, 1 femme est à 9SA, 1 femme est à 10SA, 1 femme est à 11SA, 2 femmes sont à 12SA, 1 femme est à 14SA. Le terme moyen observé est de 8SA et 5 jours.

En complément des complications immédiates, nous avons répertorié certaines difficultés rencontrées lors de l'IVG :

- 12 femmes ont eu besoin d'ocytocine (syntocinon) curative, soit 1,2%
- 27 femmes ont eu besoin d'ocytocine (syntocinon) préventive en intra-cervical, soit 2,7%
- 7 femmes ont eu d'autres difficultés, soit 0,7% : 2 femmes ont eu un échec de dilatation (1 femme a reçu pour cela du misoprostol et une femme a reçu du misoprostol et de la mifepristone), 2 femmes ont eu une aspiration non productive, 1 femme a eu un malaise vagal bref, 1 femme a eu une rétention urinaire et une femme a été hospitalisée pour des douleurs.

Nous avons également regardé le taux de complications immédiates selon les médecins.

Les médecins du CIVG ont été séparés en deux groupes : sénior et junior.

Les médecins séniors travaillent au CIVG de Louis Mourier depuis plus de 10 ans et les médecins juniors y travaillent depuis moins de 8 ans.

Le groupe junior est composé de 3 médecins et le groupe sénior de 6 médecins.

Le groupe junior a un taux de complications immédiates de 5%, et le groupe sénior a un taux de complications immédiates de 1,4%.

La différence observée est significative ( $\chi^2$ ,  $p= 0,0011$ ).

### **3.2.3 Contraception après l'interruption volontaire de grossesse**

Il y a dans le groupe des IVG par aspiration sous anesthésie locale :

- 5 femmes dont l'item n'est pas renseigné, soit 0,5%
- 837 femmes ont une contraception hormonale, soit 84,2%
- 38 femmes ont une contraception par dispositif intra-utérin au cuivre, soit 3,8%
- 8 femmes ont une contraception par dispositif intra-utérin au levonorgestrel (Mirena), soit 0,8%
- 106 femmes ont une contraception non hormonale et non par dispositif intra-utérin, soit 10,7%

En résumé, la majorité des femmes (883, soit 88.8%) a une contraception post interruption volontaire de grossesse par contraception hormonale ou par dispositif intra-utérin.

## **3.3 La visite de suite**

### **3.3.1 Nombre de femmes venues en visite de suite**

Après l'interruption volontaire de grossesse, et quelque soit la technique utilisée, les femmes repartent toutes du CIVG avec une date de rendez-vous pour une consultation de suite.

En cas d'absence à la date du rendez-vous, elles sont recontactées par téléphone ou courrier, et une nouvelle date de rendez-vous leur est donnée.

En cas d'absence à nouveau, elles ne sont pas recontactées (sauf en cas d'infection à *Chlamydia trachomatis*).

Dans le groupe des IVG par aspiration sous anesthésie locale:

- 719 femmes, soit 72,4%, sont venues en visite de suite
- 274 femmes, soit 27,6%, sont perdues de vue

Le nombre moyen de visite de suite par femme dans ce groupe est de 1, et la médiane est à 1.

### **3.3.2 L'échographie en visite de suite**

Concernant le nombre d'échographies réalisées, dans le groupe des IVG par aspiration sous anesthésie locale, 121 femmes ont eu une échographie en visite de suite, soit 16,82% des femmes venues en suite dans ce groupe.

Parmi les échographies réalisées, la majorité est réalisée pour « signes d'appel le jour de l'échographie » : 49 femmes, soit 40,5%.

Les autres motifs sont :

- 11 femmes, soit 9,1%, ont eu une échographie de façon « systématique »
- 17 femmes, soit 14%, ont eu une échographie pour « problème le jour de l'IVG »
- 44 femmes, soit 36,4%, ont eu une échographie pour « un motif autre »

Concernant la mesure de l'épaisseur de la muqueuse, dans le groupe des IVG par aspiration sous anesthésie locale, 77 femmes ont cet item renseigné, soit 63,63% des femmes ayant eu une échographie dans ce groupe.

L'épaisseur moyenne de la muqueuse est de 8,6 mm, avec une médiane à 6.

Il y a 64 femmes (soit 83,1 %) ayant une épaisseur de la muqueuse mesurée à moins de 15 mm, et 13 femmes (soit 16,9%) ayant une épaisseur de la muqueuse mesurée à plus de 15 mm.

Concernant l'aspect de la muqueuse, dans le groupe des IVG par aspiration sous anesthésie locale, 97 femmes ont l'item renseigné, soit 80,16%.

67 femmes ont un aspect « homogène » de la muqueuse, soit 69%, et 30 femmes ont un aspect « hétérogène » de la muqueuse, soit 31%.

### **3.3.3 Diagnostic à l'issue de la visite de suite**

Les items renseignés sont : pas de complication, rétention, infection, rétention et infection, doute sur une complication.

Cet item est renseigné par le médecin qui réalise la consultation le jour de la visite de suite. Lors de la relecture du recueil de données, ce diagnostic est revu et modifié par les investigateurs, si besoin (item diagnostic final).

Dans le groupe des IVG par aspiration sous anesthésie locale, sur les 719 femmes venues en visite de suite, il y a :

- 682 femmes n'ont pas de complication, soit 94,85 %

- 23 femmes ont une complication en visite de suite, soit 3,2%, dont :

- 19 femmes avec l'item « rétention » renseigné, soit 2,64 %

- 4 femmes avec le diagnostic « infection » renseigné, soit 0,56 %

- 0 femme avec l'item « rétention et infection » renseigné

- 14 femmes ont l'item « doute sur complication », soit 1,95 %

### **3.3.4 Conduite à tenir après la visite de suite**

C'est le médecin qui apporté le diagnostic en visite de suite qui choisit la conduite à tenir.

Les items renseignés sont : abstention, arrêt de la pilule, prescription de misoprostol (cytotec), arrêt de la pilule et prescription de misoprostol (cytotec), réaspiration, autre.

Dans le groupe des IVG par aspiration sous anesthésie locale, il y a, sur 719 femmes venues en visite de suite :

- 690 femmes n'ayant eu aucune complication, soit 95,97 %

- 1 femme ayant eu une prescription d'arrêt de pilule, soit 0,14 %

- 11 femmes ayant eu une prescription de cytotec, soit 1,53 %

- 4 femmes ayant eu une prescription d'arrêt de pilule et de prise de cytotec, soit 0,56 %

- 1 femme ayant eu une réaspiration, soit 0,14 %

- 12 femmes ayant une prescription « autre », soit 1,67 % (dans la majorité des cas il s'agit d'un traitement antibiotique en dehors de toute infection à *Chlamydia Trachomatis*)

### **3.4 Diagnostic final**

C'est le diagnostic porté par les investigateurs après relecture des dossiers.

Les items sont : pas de complication, rétention, infection, rétention et infection, autre.

La rétention est définie par une épaisseur de la muqueuse supérieure à 15 mm, d'autant plus que l'aspect de la muqueuse est hétérogène.

L'infection haute est un diagnostic difficile car il n'existe pas de consensus. Le diagnostic peut être défini par la fièvre, et/ou un syndrome infectieux biologique, et/ou des douleurs à la mobilisation de l'utérus, et/ou des leucorrhées purulentes, ...

Dans le groupe des femmes ayant eu une IVG par aspiration sous anesthésie locale, il y a sur 719 femmes :

- 1 item manquant, soit 0,14%

- 694 femmes ayant un diagnostic final « normal », soit 96,52% (dont 13 femmes sur 14 ayant eu un diagnostic de « doute sur complication »)

- 24 femmes ayant une complication en diagnostic final, soit 3,34% :

- 18 femmes ont un diagnostic de rétention, soit 2,5% (une femme ayant un diagnostic de rétention de moins par rapport au diagnostic en visite de suite)

- 4 femmes ont un diagnostic d'infection soit 0,56%

- 0 femme a un diagnostic de rétention et infection

- 2 femmes ont un diagnostic noté « autre » soit 0,28% (dont une femme ayant un diagnostic de rétention initialement en visite de suite, et une femme ayant un diagnostic « doute sur une complication »).

### 3.5 Comparaison des diagnostics « à l'issue de la visite de suite » et « final »

Items	Diagnostic en suites	Diagnostic final
Normal	682	694 (+13)
Rétention	19	18 (-1)
Infection	4	4
Rétention et infection	0	0
Doute sur complication/autre	14	2 (-12)
Donnée manquante	0	1
Total	719	719

La relecture des dossiers a principalement modifié les « doutes sur complication ».

### 3.6 Symptômes après l'interruption volontaire de grossesse

#### 3.6.1 Les saignements

Dans le groupe des IVG par aspiration sous anesthésie locale, la durée moyenne de saignement est de 9,1 jours, avec une médiane à 9.

#### 3.6.2 Les douleurs

Dans le groupe des IVG par aspiration sous anesthésie locale, la durée moyenne des douleurs après l'IVG est de 2,49 jours avec une médiane à 1.

### **3.6.3 Les caillots**

Dans le groupe des IVG par aspiration sous anesthésie locale, la durée moyenne des caillots après l'IVG est de 1,26 jours avec une médiane à 0.

### **3.6.4 La fièvre**

Dans le groupe des IVG par aspiration sous anesthésie locale, la durée moyenne de la fièvre après l'IVG est de 0,13 jour avec une médiane à 0.

### **3.7 La recherche de Chlamydia trachomatis**

La recherche de *Chlamydia trachomatis* se fait par prélèvement dans l'endocol et analyse par PCR.

Dans le groupe des femmes ayant eu une IVG par aspiration sous anesthésie locale, il y a 976 femmes qui ont eu un prélèvement, soit 98,19% de la population de ce groupe.

- 920 femmes ont un résultat négatif, soit 94,26% des femmes de ce groupe

- 56 femmes ont un résultat positif, soit 5,74% des femmes de ce groupe.

### **3.8 Le syndrome du 5<sup>ème</sup> jour**

Dans le groupe des IVG sous anesthésie locale, il y a 72 femmes qui ont le syndrome du 5<sup>ème</sup> jour, soit 10,21% de la population de ce groupe (705 femmes).

Sur ces 72 femmes, 69 femmes n'ont pas de complication, soit 95,8% des femmes ayant un syndrome du 5<sup>ème</sup> jour et 3 femmes ont une complication en diagnostic final, soit 4,2% des femmes ayant un syndrome du 5<sup>ème</sup> jour.

Nous nous sommes intéressés au groupe des femmes ayant eu une IVG par aspiration sous anesthésie locale et n'ayant pas eu de complication en diagnostic final.

Dans ce groupe, il n'y a pas de différence statistiquement significative en ce qui concerne l'âge, la parité, la contraception, le terme moyen de la grossesse et l'abondance des règles, entre les femmes ayant eu un syndrome du 5<sup>ème</sup> jour et celles n'ayant pas eu le syndrome.

#### **4 Groupe des interruptions volontaires de grossesse par méthode médicamenteuse**

##### **4.1 Caractéristiques de la population**

Il y a 69 femmes qui ont bénéficié d'une IVG par méthode médicamenteuse.

##### **4.1.1 Age**

L'âge moyen des femmes du groupe des IVG par méthode médicamenteuse est de 29 ans (minimum : 18 ans et maximum : 43 ans). La médiane est à 27.

##### **4.1.2 Antécédents d'accouchements**

Le nombre moyen d'accouchements antérieurs est de 0,83 (minimum : 0 et maximum : 4). La médiane est à 0.

On distingue :

- 40 femmes nullipares, soit 57,97%
- 11 femmes ayant accouché 1 fois, soit 15,94%
- 10 femmes ayant accouché 2 fois, soit 14,49%
- 6 femmes ayant accouché 3 fois, soit 8,7%
- 2 femmes ayant accouché 4 fois, soit 2,9%

- En résumé il y a :
- 40 nullipares, soit 57,97%
  - 27 femmes ayant accouché 1, 2 ou 3 fois, soit 39,13%
  - 2 femmes ayant accouché plus de 3 fois, soit 2,9%

#### **4.1.3 Antécédents d'interruptions volontaires de grossesse**

Dans le groupe des interruptions volontaires de grossesse par méthode médicamenteuse, la moyenne du nombre d'antécédent d'interruption volontaire de grossesse est 0,55 (minimum : 0, maximum : 4). La médiane est à 0.

On distingue dans ce groupe :

- 41 femmes n'ayant pas eu d'IVG antérieure, soit 59,4 %
- 20 femmes ayant eu une IVG antérieure, soit 29 %
- 7 femmes ayant eu 2 IVG antérieures, soit 10,15%

- 1 femme ayant eu 4 IVG antérieures, soit 1,45%

En résumé, il y a 41 femmes n'ayant eu aucune IVG antérieure, soit 59,4% et 28 femmes ayant eu au moins une IVG antérieure, soit 40,6%.

#### **4.1.4 Abondance des règles**

L'abondance des règles est répartie en quatre groupes :

Règles très peu abondantes, moyennement abondantes, abondantes (plus de 7 protections imprégnées par jour pendant plus de 4 jours), et très abondantes (plus de 7 protections imprégnées par jour pendant plus de 7 jours).

On observe dans ce groupe :

- aucun dossier non renseigné
- 3 femmes ayant des règles très peu abondantes, soit 4,34%
- 60 femmes ayant des règles moyennement abondantes, soit 86,96%
- 5 femmes ayant des règles abondantes, soit 7,25%
- 1 femme ayant des règles très abondantes, soit 1,45%

Au total, la grande majorité des femmes a des règles peu abondantes ou normales. En effet, il y a 63 femmes dans ce groupe, soit 91,3%. Seules 6 femmes ont des règles abondantes et très abondantes, soit 8,7%.

## **4.2 Interruption volontaire de grossesse**

### **4.2.1 Terme**

Le terme est défini par échographie, faite en ville ou au CIVG.

Le terme moyen des interruptions volontaires de grossesse par méthode médicamenteuse est de 6SA +1j (minimum : 5SA, maximum : 7SA).

- 13 femmes ont eu une IVG à 5 SA, soit 18,8 %
- 35 femmes ont eu une IVG à 6 SA, soit 50,7 %
- 21 femmes ont eu une IVG à 7 SA, soit 30,4 %

En résumé, en regroupant par termes :

- 5 + 6 SA : 48 femmes, soit 69,6%
- 7 + 8 SA : 21 femmes, soit 30,4%
- 9 + 10 + 11 SA : aucune femme
- 12 + 13+ 14 SA : aucune femme

### **4.2.2 Les complications immédiates**

Les complications immédiates retenues sont :

- l'aspiration incomplète (sac gestationnel ou embryon incomplets dans le produit d'aspiration)
- la perforation
- le caillotage (rétention hyperalgique de caillots dans l'utérus dans les heures suivant l'interruption volontaire de grossesse nécessitant une réaspiration immédiate)
- l'hémorragie nécessitant une surveillance ou une intervention particulière (transfusion, perfusion de macromolécules)
- autre (malaise, déchirure cervicale nécessitant ou non une suture, ...)

Dans le groupe des IVG par méthode médicamenteuse il n'y a eu aucune complication immédiate.

#### **4.2.3 Contraception après l'interruption volontaire de grossesse**

Il y a dans le groupe des IVG par méthode médicamenteuse :

- 2 femmes dont l'item n'est pas renseigné, soit 2,9%
- 59 femmes ont une contraception hormonale, soit 85,5%
- 1 femme a une contraception par dispositif intra-utérin au cuivre, soit 1,45%
- aucune femme n'a une contraception par dispositif intra-utérin au levonorgestrel (Mirena)

- 7 femmes ont une contraception non hormonale et non par dispositif intra-utérin, soit 10,15%

En résumé, la majorité des femmes (60, soit 86.9%) a une contraception post interruption volontaire de grossesse par contraception hormonale ou par dispositif intra-utérin.

### **4.3 La visite de suite**

#### **4.3.1 Nombre de femmes venues en visite de suite**

Après l'interruption volontaire de grossesse, et quelque soit la technique utilisée, les femmes repartent toutes du CIVG avec une date de rendez-vous pour une consultation de suite.

En cas d'absence à la date du rendez-vous, elles sont recontactées par téléphone ou courrier, et une nouvelle date de rendez-vous leur est donnée.

En cas d'absence à nouveau, elles ne sont pas recontactées (sauf en cas d'infection à *Chlamydia trachomatis*).

Dans le groupe des IVG par méthode médicamenteuse

- 56 femmes, soit 81,16%, sont venues en visite de suite

- 13 femmes, soit 18,84%, sont perdues de vue

Le nombre moyen de visite de suite par femme dans ce groupe est de 1,27, et la médiane est à 1.

#### **4.3.2 L'échographie en visite de suite**

Concernant le nombre d'échographies réalisées, dans le groupe des IVG par méthode médicamenteuse, 15 femmes ont eu une échographie en visite de suite, soit 26,8% des femmes venues en suite dans ce groupe.

Parmi les échographies réalisées, la majorité est réalisée pour « signes d'appel le jour de l'échographie » : 10 femmes, soit 66,67%.

Les autres motifs sont :

- 1 femme, soit 6,67%, ont eu une échographie de façon « systématique »
- 4 femmes, soit 26,66%, ont eu une échographie pour «un motif autre»

Concernant la mesure de l'épaisseur de la muqueuse, dans le groupe des IVG par méthode médicamenteuse, 12 femmes ont cet item renseigné, soit 80% des femmes ayant eu une échographie dans ce groupe.

L'épaisseur moyenne de la muqueuse est de 12,3 mm, avec une médiane à 9.

Il y a 8 femmes (soit 66,67%) ayant une épaisseur de la muqueuse mesurée à moins de 15 mm, et 4 femmes (soit 33,33%) ayant une épaisseur de la muqueuse mesurée à plus de 15 mm.

Concernant l'aspect de la muqueuse, dans le groupe des IVG par méthode médicamenteuse, 15 femmes ont l'item renseigné, soit 100%.

7 femmes ont un aspect « homogène » de la muqueuse, soit 46,67%, et 8 femmes ont un aspect « hétérogène » de la muqueuse, soit 53,33%.

#### **4.3.3 Diagnostic à l'issue de la visite de suite**

Les items renseignés sont : pas de complication, rétention, infection, rétention et infection, doute sur une complication.

Cet item est renseigné par le médecin qui réalise la consultation le jour de la visite de suite. Lors de la relecture du recueil de données, ce diagnostic est revu et modifié par les investigateurs, si besoin (item diagnostic final).

Dans le groupe des IVG par méthode médicamenteuse, sur les 56 femmes venues en visite de suite, il y a :

- 46 femmes n'ont pas de complication, soit 82,14 %
- 7 femmes ont une complication en visite de suite, soit 12,5%, dont :
  - 5 femmes avec l'item « rétention » renseigné, soit 8,9 %
  - 0 femme avec le diagnostic « infection » renseigné
  - 2 femmes avec l'item « rétention et infection » renseigné, soit 3,6%
- 3 femmes ont l'item « doute sur complication », soit 5,36 %

#### **4.3.4 Conduite à tenir après la visite de suite**

C'est le médecin qui apporté le diagnostic en visite de suite qui choisit la conduite à tenir.

Les items renseignés sont : abstention, arrêt de la pilule, prescription de misoprostol (cytotec<sup>o</sup>), arrêt de la pilule et prescription de misoprostol (cytotec), réaspiration, autre.

Dans le groupe des IVG par méthode médicamenteuse, il y a, sur 56 femmes venues en visite de suite :

- 47 femmes n'ayant eu aucune complication, soit 83,93 %
- 0 femme ayant eu une prescription d'arrêt de pilule
- 2 femmes ayant eu une prescription de misoprostol (cytotec), soit 3,57 %
- 1 femme ayant eu une prescription d'arrêt de pilule et de prise de misoprostol (cytotec), soit 1,79 %
- 4 femmes ayant eu une réaspiration, soit 7,14 %
- 2 femmes ayant une prescription « autre », soit 3,57 % (dans la majorité des cas il s'agit d'un traitement antibiotique en dehors de toute infection à *Chlamydia Trachomatis*)

#### **4.4 Diagnostic final**

C'est le diagnostic porté par les investigateurs après relecture des dossiers.

Les items sont : pas de complication, rétention, infection, rétention et infection, autre.

La rétention est définie par une épaisseur de la muqueuse supérieure à 15 mm, d'autant plus que l'aspect de la muqueuse est hétérogène.

L'infection haute est un diagnostic difficile car il n'existe pas de consensus. Le diagnostic peut être défini par la fièvre, et/ou un syndrome infectieux biologique, et/ou des douleurs à la mobilisation de l'utérus, et/ou des leucorrhées purulentes, ...

Dans le groupe des femmes ayant eu une IVG par méthode médicamenteuse, il y a sur 56 femmes :

- 48 femmes ayant un diagnostic final « normal », soit 85,7% (dont 2 femmes sur 3 ayant eu un diagnostic de « doute sur complication »)

- 8 femmes ayant une complication en diagnostic final, soit 14,3% :

- 5 femmes ont un diagnostic de rétention, soit 8,93%

- 1 femme a un diagnostic d'infection soit 1,79% (dont 1 femme sur 3 ayant eu un diagnostic de « doute sur complication »)

- 2 femmes a un diagnostic de rétention et infection, soit 3,58%

- aucune femme n'a un diagnostic noté « autre »

#### 4.5 Comparaison des diagnostics « à l'issue de la visite de suite » et « final »

Items	Diagnostic en suites	Diagnostic final
Normal	46	48 (+2)
Rétention	5	5
Infection	0	1 (+1)

Rétention et infection	2	2
Doute sur complication/autre	3	0 (-3)
Donnée manquante	0	0
Total	56	56

La relecture des dossiers a modifié les « doutes sur complication » et le diagnostic d'« infection ».

#### **4.6 Symptômes après l'interruption volontaire de grossesse**

##### **4.6.1 Les saignements**

Dans le groupe des IVG par méthode médicamenteuse, la durée moyenne de saignement est de 11,11 jours, avec une médiane à 11.

##### **4.6.2 Les douleurs**

Dans le groupe des IVG par méthode médicamenteuse, la durée moyenne des douleurs après l'IVG est de 3,26 jours avec une médiane à 2.

##### **4.6.3 Les caillots**

Dans le groupe des IVG par méthode médicamenteuse, la durée moyenne des caillots après l'IVG est de 2,18 jours avec une médiane à 1.

#### **4.6.4 La fièvre**

Dans le groupe des IVG par méthode médicamenteuse, la durée moyenne de la fièvre après l'IVG est de 0,25 jour avec une médiane à 0.

#### **4.7 La recherche de Chlamydia trachomatis**

La recherche de *Chlamydia trachomatis* se fait prélèvement dans l'endocol et analyse par PCR.

Dans le groupe des femmes ayant eu une IVG par méthode médicamenteuse, il y a 69 femmes qui ont eu un prélèvement, soit 100% de la population de ce groupe.

- 64 femmes ont un résultat négatif, soit 92,75% des femmes de ce groupe

- 5 femmes ont un résultat positif, soit 7,25% des femmes de ce groupe.

#### **4.8 Le syndrome du 5<sup>ème</sup> jour**

Dans le groupe des IVG par méthode médicamenteuse, il y a 3 femmes qui ont le syndrome du 5<sup>ème</sup> jour, soit 5,55% de la population de ce groupe (54 femmes)

Sur ces 3 femmes, aucune n'a de complication en diagnostic final. Donc 100% des femmes ayant un syndrome du 5<sup>ème</sup> jour n'ont pas de complication.

Nous nous sommes intéressés au groupe des femmes ayant eu une IVG par méthode médicamenteuse et n'ayant pas eu de complication en diagnostic final.

Dans ce groupe, il n'y a pas de différence statistiquement significative en ce qui concerne l'âge, la parité, la contraception, le terme moyen de la grossesse et l'abondance des règles, entre les femmes ayant eu ou non un syndrome du 5<sup>ème</sup> jour.

## 5 Résultats selon la méthode d'interruption volontaire de grossesse

Nous avons, par curiosité, regardé les différences des groupes selon la méthode d'IVG utilisée, même si le but de l'étude n'était pas initialement la comparaison des deux méthodes.

Les différences significatives (S) sont soulignées en opposition aux différences non significatives (NS).

### 5.1 Les caractéristiques de la population

Item	Anesthésie locale	Méthode médicamenteuse	p (S/NS)
Age	28 ans	29 ans	0,5464 (NS), Student
Accouchements antérieurs (moyenne)	1,13	0,83	0,1251 (NS), Student
<u>IVG antérieures</u> <u>(moyenne)</u>	0,67	0,55	<u>0,0239 (S), Student</u>
Abondance des règles (peu et moyennement)	91,63%	91,31%	0,8244 (NS), Fisher

abondantes)			
-------------	--	--	--

## 5.2 L'interruption volontaire de grossesse

Items	Anesthésie locale	Méthode médicamenteuse	p (S/NS)
<u>Terme</u>	8SA+5j	6SA+1j	$<10^{-3}$ (S), Student
Contraception post IVG (hormonale ou DIU)	89,3%	89,6%	1 (NS), Student

## 5.3 Les suites de l'interruption volontaire de grossesse

Items	Anesthésie locale	Méthode médicamenteuse	p (S/NS)
<u>Nombre de visites de suite</u>	1	1,27	$<10^{-3}$ (S), Student
Echographie réalisée	16,82%	26,8%	0,0644 (NS), chi2
<u>Epaisseur de la muqueuse (moyenne)</u>	8,6 mm	12,3mm	<u>0,04 (S), Student</u>
Aspect de la muqueuse	66,1%	46,67%	0,0828 NS), chi2

(homogène)			
<u>Diagnostic de complication en visite de suites</u>	23	7	<u>0,0039 (S), Fisher</u>
<u>Diagnostic de complication en diagnostic final</u>	24	7	<u>0,0012 (S), Fisher</u>

#### 5.4 Les symptômes après l'interruption volontaire de grossesse

Items	Anesthésie locale	Méthode médicamenteuse	p (S/NS)
Durée de saignements	9,1 j	11,11 j	0,384 (NS), égalité des variances
<u>Durée de la douleur</u>	2,49j	3,26j	<u>0,0105 (S), égalité des variances</u>
Durée des caillots	1,26j	2,18j	0,536 (NS), égalité des variances
<u>Durée de la fièvre</u>	0,13j	0,25j	<u>&lt;10<sup>-3</sup> (S), égalité des variances</u>

#### 5.5 Le prélèvement de Chlamydia trachomatis

Items	Anesthésie locale	Méthode médicamenteuse	
Prélèvement positif	5,74%	7,25%	0,5919 (NS), Fisher

## 5.6 Synthèse des différences

Au total, les femmes ayant eu une interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse :

- ont moins d'antécédents d'interruption volontaire de grossesse
- ont un terme moins avancé : la technique est dépendante du terme de la grossesse, ce qui explique que la différence de terme selon la technique est significative.
- viennent plus en visite de suites
- ont une muqueuse plus épaisse à l'échographie en visite de suite
- ont plus de complications en diagnostic de visite de suite et en diagnostic final
- ont mal plus longtemps après l'interruption volontaire de grossesse
- ont de la fièvre plus longtemps après l'interruption volontaire de grossesse que les femmes ayant eu une interruption volontaire de grossesse par aspiration sous anesthésie locale

## DISCUSSION

---

### 1 Limites de l'étude

#### 1.1 Nombre de patientes selon la technique

Nous avons inclus toutes les femmes ayant eu une IVG au centre en 2006.

L'interruption volontaire de grossesse par aspiration sous anesthésie locale est largement majoritaire (994 patientes, soit 93.5%) par rapport à l'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse (69 patientes, soit 6,5%).

Cette proportion reflète complètement la pratique du centre d'interruption volontaire de grossesse de Louis Mourier : les IVG par aspiration sous anesthésie locale sont privilégiées par rapport aux IVG par méthode médicamenteuse, du fait de la faible offre d'IVG par aspiration sous anesthésie locale dans le bassin de vie.

Ainsi, le faible effectif des IVG par méthode médicamenteuse doit rendre nos conclusions prudentes (un plus grand effectif d'IVG par méthode médicamenteuse pourrait très probablement modifier nos résultats).

Le but de l'étude n'est pas de comparer les deux méthodes d'interruption volontaire de grossesse. La comparaison étant tentante, elle a été faite grâce à des tests statistiques adaptés (test de student,  $\chi^2$ , test de Fisher, test d'égalité des variances).

Il serait intéressant d'approfondir ces résultats observés dans d'autres études.

## 1.2 Les patientes perdues de vue

Les femmes ne se présentant pas au CIVG pour leur consultation de suite étaient systématiquement recontactées par téléphone ou courrier. En cas de non venue au 2<sup>ème</sup> RDV, elles étaient classées en perdues de vue.

Le taux de femmes venues en visites de suite est très variable selon les études, et les protocoles de recueil de données en visite de suite.

Dans notre étude, 775 femmes, soit 72,9%, sont venues à leur consultation 15 jours après leur interruption volontaire de grossesse.

Un des taux de perdues de vue les plus bas est retrouvé dans l'étude de Freedman : 4%. Mais dans plus de la moitié des cas, les femmes consultaient ailleurs pour leur visite de suite. Les informations étaient alors récupérées par téléphone ou courrier auprès du médecin consulté [15].

Dans l'étude de Hakim-Elahi, le taux de perdues de vue est de 8%, avec dans cette étude aussi, une recherche d'informations en cas de visite de suite ailleurs qu'au centre où l'IVG a été réalisée [10].

Dans l'étude de Paul et al, le taux de visites de suite est de 66%, avec seulement 38% de femmes venues consulter concrètement là où elles ont fait leur IVG [16].

Le taux de femmes venues en visite de suite est plutôt bon au CIVG de Louis Mourier, et dans cette étude, nous restons dans notre moyenne (entre 66% et 76%) [12, 26].

Si l'on compare au taux de femmes venues en visite de suite de l'hôpital de Roubaix, le taux est même très bon (25% de femmes venues à leur consultation de suite) [26].

Voici plusieurs hypothèses pouvant expliquer les causes de perdues de vue : la visite de suite se fait chez le médecin traitant ou chez le gynécologue qui suit la femme et il n'y a pas eu de courrier de liaison ; les femmes ayant une activité professionnelle sont moins disponibles ; les femmes vont consulter ailleurs en cas de complications ou d'inquiétude apparaissant avant la date de la visite de suite ; en l'absence de complications, les femmes ne jugent pas utile de venir en consultation de suite ; les femmes ne souhaitent pas revenir là où elles ont fait leur IVG (raisons psychologiques) ; ...

### **1.3 Les dysménorrhées**

Rétrospectivement, l'item « dysménorrhées » nous a manqué dans notre étude. L'existence d'une corrélation entre les dysménorrhées et la douleur d'interruption volontaire de grossesse par aspiration sous anesthésie locale a été mise en évidence dans deux études précédentes [26 et 28] Nous n'avons pas pu étudier l'existence éventuelle d'un lien entre les dysménorrhées et le syndrome du 5<sup>ème</sup> jour.

## **2 La population**

- La population est homogène et les groupes selon la technique sont comparables, pour la majorité des critères.
- L'âge moyen des femmes ayant eu une IVG est de 28 ans dans l'étude. Dans la population générale en France, en 2006, la majorité des IVG a été réalisée sur des femmes âgées de 20 à 24 ans (25,6% des IVG réalisées).

En Ile-de-France, il en est de même, la majorité des IVG a été réalisée chez des femmes âgées de 20 à 24 ans [4].

Dans notre étude, ce groupe représente 25% des IVG réalisées, au même titre que le groupe des femmes âgées de 25 à 29 ans (266 femmes, soit 25%). Notre population est donc comparable à la population générale et à la population d'Ile-de-France.

Cf Annexes 2 et 3.

- Dans notre étude, les femmes ayant eu recours à l'interruption volontaire de grossesse ont eu plus d'antécédents d'IVG par rapport à la population générale. En effet, dans la population générale en 2006, 24% des femmes ayant eu une IVG ont déjà eu recours à 1 IVG contre 28,2% dans la population de notre étude, et 7% des femmes ont déjà eu recours à 2 IVG contre 9,6% dans la population de notre étude [4].

Cela peut s'expliquer par le fait que l'Ile-de-France est la région avec les D.OM et le Sud où il y a le plus d'interruptions volontaires de grossesse. 56 255 IVG ont été réalisées en Ile-de-France en 2006. Les Hauts de Seine sont le 3<sup>ème</sup> département d'Ile-de-France, après Paris et la Seine-Saint-Denis, en nombre d'IVG réalisées [4].

### **3 L'interruption volontaire de grossesse**

- Pour la méthode des IVG par aspiration sous anesthésie locale, le protocole utilisé est conformes aux recommandations.

- Le protocole standard dans l'IVG médicamenteuse, ayant l'AMM en France est le suivant : prise de 600 mg de mifépristone par voie orale le premier jour, puis prise par voie orale de 400 µg de misoprostol 36 à 48h plus tard.

Le protocole utilisé au CIVG de Louis Mourier est le suivant : prise le premier jour de 200 mg de mifépristone par voie orale, puis prise de 400 µg de misoprostol par voie orale 36 à 48h plus tard (si non expulsion dans les 2 heures suivant la première prise de misoprostol, prise de 400 µg supplémentaires de misoprostol).

L'OMS a publié une étude en 2000 comparant la prise de 200, ou 400 ou 600 mg de mifépristone suivie 48h plus tard de la prise du misoprostol. L'efficacité est identique pour les trois dosages [5]. Ceci est retrouvé dans d'autres études, avec la même efficacité pour 600 mg ou 200 mg de mifépristone jusqu'à 8 SA [6].

- Les IVG par méthode médicamenteuse représentent 6,5 % des IVG retenues pour notre étude (aspiration sous anesthésie locale + méthode médicamenteuse). Cette proportion est moins importante que dans la population générale en France, où la part des IVG médicamenteuses en 2006 représente 46% [3]. Ceci peut s'expliquer par le fait que le CIVG de Louis Mourier donne priorité aux IVG réalisées sous anesthésie locale (il y a peu de structures publiques dans les environs réalisant des IVG sous anesthésie locale). De plus, les locaux et le petit nombre de lits ne permettent pas d'accueillir plus de patientes.

- Trois quarts des femmes (74,9%) ont leur interruption de grossesse avant 10 semaines d'aménorrhée, ce qui est comparable à la population générale en Ile-de-France [4].

De même, dans notre étude, 3,6% des femmes ont une IVG à 13 ou 14 semaines d'aménorrhée, ce qui est proche des 4% de la population générale en Ile-de-France [4].

Cf Annexes 4 et 5.

#### **4 Les complications immédiates**

Dans notre étude le taux global de complications immédiates est de 2,07%.

Dans les études étrangères, le taux de complications immédiates varie entre 0,01% et 1,16% selon l'expérience des médecins [7] et dans une étude portant sur 170 000 IVG, le taux de complications retrouvé, nécessitant une hospitalisation est de 0,07%, et 0,8% non hospitalisé [10].

La grande différence réside dans la définition des complications immédiates. Dans la littérature, les complications immédiates sont limitées aux critères suivants : les perforations, les déchirures cervicales, les hémorragies sévères [7, 13].

Dans notre étude outre ces complications nous avons répertorié les aspirations incomplètes (sac gestationnel ou embryon incomplets dans le produit d'aspiration) et le caillotage (rétention hyperalgique de caillots dans l'utérus dans les heures suivant l'interruption volontaire de grossesse). Ces complications sont traitées par réaspiration immédiate, et ne sont pas mentionnées dans les grandes séries.

Nous avons 15 femmes ayant eu une aspiration incomplète, et 5 femmes ayant eu un caillotage.

La complication immédiate la plus fréquente est l'aspiration incomplète, avec un taux de 1,41%. Dans l'étude faite au CIVG de Louis Mourier en 1994, l'aspiration incomplète était déjà considérée comme une complication immédiate pour l'équipe. Ce taux était alors à 1,16% (complication immédiate la plus fréquente) [12]. Aucun problème de dilatation n'a été rapporté chez les femmes ayant eu une aspiration incomplète.

En ne retenant que les complications immédiates répertoriées dans la littérature, nous avons :

- 2 femmes ayant eu une perforation
- Aucune femme ayant eu une hémorragie
- Aucune femme ayant eu une déchirure cervicale

Le taux de complication immédiate retrouvé alors est de 0,19%. Ce qui est plus en accord avec les données de la littérature.

Nous retrouvons également dans notre étude un élément déjà décrit et intéressant : il existe une différence significative entre le groupe de médecins juniors et séniors. Le risque de complications immédiates est dépendant de l'expérience du médecin qui pratique l'IVG, ce qui est en accord avec la littérature [7, 8, 9].

Les perforations sont retrouvées dans 0,1% à 0,4% des IVG et dépendent de l'âge gestationnel et de l'expérience de l'opérateur [7]. Notre étude retrouve 0,19% de perforations, ce qui est dans la fourchette des taux retrouvés dans la littérature. Dans les deux cas de perforation dans l'étude, les médecins font partie du groupe junior. Le terme est de 8SA dans un cas et de 11SA dans l'autre cas.

On sait que la plupart des perforations passent inaperçues. En effet, dans une étude portant sur 7114 IVG, le taux de perforations retrouvé après une laparotomie réalisée pour stérilisation post-IVG est de 1,98%, alors qu'il était de 0.13% initialement [11].

Dans notre étude il n'y a aucun cas d'hémorragie ayant nécessité une transfusion. Dans la littérature, le taux d'hémorragie grave est de 0,12% en moyenne pour les IVG effectuées avant 13 SA [7]. Mais la définition d'hémorragie n'est pas évidente et dépend des auteurs (perte d'une certaine quantité de sang, nécessité de transfusion, ...).

Le fait de pratiquer les IVG sous anesthésie locale est moins traumatique que sous anesthésie générale. En effet, le risque d'hémorragie utérine, de perforation utérine et de blessure cervicale est moindre sous anesthésie locale que sous anesthésie générale [7].

## 5 Les symptômes en visite de suite

Voici un récapitulatif des symptômes en visite de suite (durée en jours) :

	Population totale	Population IVG par aspiration sous AL	Population IVG médicamenteuse	P
Saignements	9,25	9,1	11,11	0,384
Douleur	2,55	2,49	3,26	0,01
Caillots	1,32	1,26	2,18	0,536
Fièvre	0,14	0,13	0,25	$<10^{-3}$

La durée moyenne des saignements après IVG est de 9,1 jours. Notre étude ne retrouve pas de différence significative pour la durée de saignement, entre l'IVG sous anesthésie locale et l'IVG médicamenteuse.

En revanche il existe une différence significative entre les deux méthodes concernant la durée moyenne des douleurs ( $p=0,01$ ), la durée moyenne de la fièvre ( $p<10^{-3}$ ). La douleur et la fièvre durent plus longtemps après une interruption volontaire de grossesse par méthode

médicamenteuse. Cela peut-être dû au faible effectif du groupe des IVG médicamenteuses, et nous devons donc considérer ces résultats avec prudence.

## **6 L'échographie en visite de suite**

Dans notre étude, 17,55% des femmes venues en visite de suite ont une échographie.

L'épaisseur moyenne de la muqueuse est de 9,1mm, avec une différence significative entre les deux techniques : la muqueuse utérine est plus épaisse après une IVG médicamenteuse ( $p=0,04$ ).

Ceci a déjà été mis en évidence, et peut s'expliquer par le fait qu'une IVG chirurgicale aspire le matériel endo-utérin, alors qu'avec la méthode médicamenteuse, seule la grossesse est expulsée, et la caduque s'en va petit à petit.

Dans la littérature, l'épaisseur moyenne de la muqueuse utérine observée 2 semaines après une IVG médicamenteuse est de 10,4mm, et 10,2 mm 3 semaines après l'IVG, et cette mesure diminue avec le temps [6].

Les données de la littérature sont peu nombreuses quant à l'aspect normal de l'utérus en échographie après une IVG chirurgicale.

Une étude portant sur 30 patientes ayant eu une IVG par aspiration entre 7 et 12 SA, propose la conclusion suivante sur l'aspect échographique de l'utérus après une IVG : « à J0 on s'attend à une image hétérogène entre 8-15 mm, à J7 on s'attendrait plutôt à une image homogène < 8 mm, et à J21 toutes les patientes devraient avoir une image homogène < 8 mm » [22].

Dans cette même étude on peut noter que 26% des patientes avaient encore une muqueuse hétérogène à J7 [22].

Les échographies réalisées dans notre étude ont été dans la majorité des cas motivées par un signe d'appel le jour de la visite de suite. La technique n'a aucune influence sur le fait d'avoir ou non une échographie, ni sur l'aspect de la muqueuse.

Il faut toutefois noter que les résultats observés sont opérateur-dépendants comme souvent en échographie.

On peut penser que les résultats observés en échographie influent sur le diagnostic porté à l'issue de la visite de suite.

En résumé il n'y a pas de consensus sur la « normalité » de l'épaisseur et de l'aspect de la muqueuse à l'échographie après une IVG.

## **7 Les complications à moyen terme (diagnostic final)**

Dans notre étude le taux de complications à moyen terme est de 4,13%. La différence observée entre les deux groupes est significative : il a plus de complications après une IVG médicamenteuse (14,28% vs 3,34%).

### **7.1 Les rétentions**

- Le taux de rétention dans notre étude pour la population totale est de 2,97%, et de « rétention et infection » de 0,26% (soit un total de 3,23%).

Il y a plus de rétention et de « rétention et infection » après l'IVG médicamenteuse (8,93% et 3,57%) qu'après une IVG par aspiration sous anesthésie locale (2,5% et 0%), ce qui est retrouvé dans la littérature avec un taux qui varie de 2,5% à 6% [18, 19, 20].

Le taux de rétention retrouvé dans notre étude est plus important que les taux retrouvés dans les grandes études (2.5 à 6 %).

Cela dit la rétention n'est pas toujours définie dans la littérature de la même façon. Le plus souvent, le diagnostic de rétention est posé par la nécessité de réaspirer. Dans d'autres cas, l'épaisseur de la muqueuse à l'échographie pose le diagnostic de rétention.

Or, si l'on s'en tient à la nécessité de réaspirer, il y a eu dans notre étude 5 réaspirations au total, soit 0,64% de la population venues en suite :

- 4 femmes ayant eu une IVG médicamenteuse (7,14%) : 1 ayant eu le diagnostic de « rétention et infection » (1.78%) et 3 ayant eu le diagnostic de « rétention » (5.36%).
- 1 femme ayant eu une IVG sous anesthésie locale et ayant eu un diagnostic de « rétention » (0.14%).

Après cette mise au point, le taux observé est plus en accord avec les données de la littérature.

En effet, dans les grandes séries, le taux de réaspiration après une IVG par aspiration varie de 0.17% à 0.5%, et notre taux de 0.14%, est même plus bas [7, 10, 19, 20].

Le taux de réaspiration après IVG par méthode médicamenteuse varie de 1.4% à 8.6%, mais bien souvent les réaspirations pour rétention sont englobées dans le terme « échec » de la méthode, et ne sont pas forcément individualisées. Notre étude retrouve un taux de 7.14%, qui est plutôt plus élevé que les chiffres retrouvés [7, 19, 20].

On peut expliquer cela par le fait que les rétentions ont été traitées par une réaspiration en première intention.

Si l'on observe, à présent, les échographies des femmes ayant eu une réaspiration, 3 femmes avaient l'item « épaisseur de la muqueuse » renseigné, avec des mesures toutes supérieures à 15 mm (17 mm : aspect hétérogène, 21 mm : aspect hétérogène, 38 mm : aspect homogène). Les deux autres femmes avaient l'item « aspect de la muqueuse » renseigné comme hétérogène.

Pour plusieurs auteurs, une épaisseur de la muqueuse utérine inférieure à 15mm éliminerait le diagnostic de rétention [6].

Donc nous pouvons considérer que les réaspirations ont été effectuées légitimement.

Seuls 5 diagnostics de rétention ont été réaspirés sur les 25 diagnostics de rétention et « rétention et infection » posés (soit 20% des diagnostics de rétention et « rétention et infection » posés).

Nous pouvons d'après ces données supposer deux choses :

- les autres diagnostics de rétention ont été posés par excès. Les femmes ont été traitées pour les images observées en échographie (muqueuse épaissie, image hétérogène) et pas forcément en fonction de la clinique. Peut-être que si les échographies n'avaient pas été réalisées dans ces cas là, le diagnostic n'aurait pas été le même ?

- Les taux observés dans la littérature sont plus bas que la réalité, et finalement une rétention ne se définit pas simplement par une réaspiration nécessaire, et peut être traitée « médicalement ».

Cette étude a permis d'une part de discuter en équipe du protocole à suivre en cas de diagnostic de rétention, et d'autre part d'uniformiser la pratique de l'équipe du CIVG de Louis Mourier.

Tout d'abord, le diagnostic de rétention est défini par une épaisseur de la muqueuse supérieure à 15mm et par un aspect hétérogène de la muqueuse.

En cas de rétention, le traitement proposé en première intention, en dehors de toute contre-indication, est médicamenteux (misoprostol), et en deuxième intention ou en cas d'échec du traitement médicamenteux, chirurgical (aspiration).

## **7.2 L'infection du post-abortum**

Tout comme le diagnostic de rétention, le diagnostic d'infection du post-abortum n'est pas consensuel. Chaque étude définit ses critères : fièvre, leucorrhées purulentes, prélèvement bactériologique positif, examen clinique positif, mise en route d'un traitement pour suspicion d'infection...

Dans la plupart des études, l'infection du post-abortum est la principale complication. Son taux varie de 4-5% à 12% [17, 21].

Le taux d'infection, dans notre étude, est de 0,9% au total, soit 7 femmes (5 femmes ayant un diagnostic d'infection, soit 0.64% et 2 femmes ayant un diagnostic d'« infection et rétention », soit 0.26%).

- Dans le groupe des femmes ayant eu une IVG par aspiration sous anesthésie locale, il y a 4 femmes ayant eu un diagnostic d'infection, soit 0.56% des femmes de ce groupe. Sur ces 4 femmes, une seule avait un prélèvement à *Chlamydia trachomatis* positif.

- Dans le groupe des femmes ayant eu une IVG par méthode médicamenteuse, il y a 1 femme ayant eu le diagnostic d'infection, soit 1.79% des femmes de ce groupe et 2 femmes ayant eu un diagnostic d' »infection et rétention », soit 3.57% des femmes de ce groupe. Le résultat du prélèvement de *Chlamydia trachomatis* était négatif pour ces 3 femmes.

Dans notre étude, il y a plus d'infection après une IVG médicamenteuse qu'après une IVG par aspiration sous anesthésie locale, et la différence observée est significative ( $p= 0,0102$ , test de Fisher). Cette tendance n'est pas forcément retrouvée dans la littérature. Certaines études ne montrent pas de différence du taux d'infection selon la méthode d'IVG, et d'autres montrent qu'il y a moins d'infection après une IVG médicamenteuse [7, 19].

Notre taux d'infection après une IVG par aspiration sous anesthésie locale (0.56%) est plus bas que celui retrouvé dans la plupart des études. Hakim-Elahi retrouve dans son étude portant sur 170 000 IVG par aspiration, un taux d'infection variant de 0.021% à 0.46%, selon les critères pris en compte (fièvre durant au moins deux jours à plus de 40°C, ou dans le deuxième pourcentage : examen clinique en faveur d'une infection) [10]. En revanche dans d'autres séries, le taux observé est plutôt de 4-5%, allant même jusqu'à 12% [7 ; 17 ; 21].

Le taux d'infection retrouvé en 2002-2003 dans l'étude réalisée au CIVG de Louis Mourier et de Roubaix était de 1.5%.

Dans une revue de la littérature (65 études jusqu'en juillet 2003), on retrouve un taux d'infection après IVG médicamenteuse de 0,92% (diagnostic confirmé d'infection ou cas traités par antibiothérapie pour symptomatologie évocatrice en l'absence de diagnostic

confirmé). Dans les études anglaises ce taux est évalué à 2,54%. [23]. Ce taux est bien plus bas que celui observé dans notre étude (5,36% dont 1,79% d'infection et 3,57% d'infection et rétention), mais notre effectif d'IVG médicamenteuse est petit et doit rendre nos résultats prudents.

## **8 La recherche de *Chlamydia trachomatis***

Dans le pays industrialisés, l'infection bactérienne sexuellement transmissible la plus fréquente est due à *Chlamydia trachomatis*. Dans 50% des cas, les sujets atteints sont asymptomatiques. En France, la prévalence de l'infection par *Chlamydia trachomatis* est de 1 à 5% dans les populations asymptomatiques et de 8 à 15% dans les populations symptomatiques [24].

La prévalence des infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* a diminué depuis 1980, mais est à nouveau en augmentation depuis 1997. L'infection par *Chlamydia trachomatis* est une infection ascendante et les principaux risques chez la femme sont une atteinte inflammatoire pelvienne, une endométrite, une salpingite (avec risque de grossesse extra-utérine par la suite et de stérilité tubaire).

En population générale, la prévalence de *Chlamydia trachomatis* est inférieure à 5%, ce qui rend le dépistage généralisé inutile [25].

En revanche, dans les populations à risque fréquentant les centres de planification et d'éducation familiale, les centres de dépistages anonymes et gratuits, les dispensaires antivénéériens et les centres d'interruption volontaire de grossesse, il convient de faire un dépistage opportuniste de l'infection à *Chlamydia trachomatis* [25, 27].

Dans notre étude, le dépistage de *Chlamydia trachomatis* est quasi-systématique (98,2% de la population). Le taux de résultat positif est de 5,74%, ce qui justifie le dépistage systématique de la population consultant au CIVG pour une interruption volontaire de grossesse. En 2002-2003, ce taux était de 4,7% au CIVG de Colombes. Le taux est globalement stable.

## **9 Le syndrome du 5<sup>ème</sup> jour**

Le syndrome du 5<sup>ème</sup> jour est un syndrome typiquement français et n'a été décrit que dans 2 articles, sans étude chiffrée, et uniquement pour l'IVG par aspiration [1 ; 2].

Il s'agit d'un syndrome qui associe des douleurs (obligatoires, d'après l'article de Ciavaldini J-F), et/ ou de la fièvre, et/ ou des saignements et/ ou des caillots. Ce syndrome disparaît spontanément en 24h.

Nous avons gardé dans notre étude le caractère obligatoire de la douleur.

Dans notre étude, 75 femmes ont un syndrome du 5<sup>ème</sup> jour, soit 9,88% de la population, c'est-à-dire quasiment 10% des femmes venues en visite de suite.

Le taux de complications à moyen terme, quant à lui, est de 4,13%.

Nous avons retrouvé le syndrome du 5<sup>ème</sup> jour dans 10.28% des IVG par aspiration sous anesthésie locale. Parmi elles, 4.2% ont une complication et 95.8% n'ont pas de complication.

Dans le cas de l'IVG par méthode médicamenteuse, nous avons mis en évidence l'existence de ce syndrome pour la première fois. Il est retrouvé dans 5.55% de la population de ce groupe. Aucune complication n'a été retrouvée parmi ces femmes. On peut donc dire que

100% des femmes ayant le syndrome du 5<sup>ème</sup> jour dans le groupe des IVG par méthode médicamenteuse n'ont pas de complication.

Les symptômes du syndrome du 5<sup>ème</sup> jour peuvent évoquer d'autres diagnostics tels qu'une rétention et/ou une infection. Le fait de limiter les symptômes dans le temps (spontanément résolutif en 24h), permet de différencier le syndrome d'autres diagnostics.

La mise en évidence de ce syndrome permet donc de temporiser les choses devant un tableau non alarmant (sur 24 heures). En effet, les femmes qui consultent leur médecin traitant ou aux urgences après leur IVG pour de tels symptômes, peuvent être traitées par excès pour des rétentions (geste invasif de réaspiration) ou des infections (antibiothérapie).

La connaissance de ce syndrome peut éviter ces traitements excessifs, en dehors de tout diagnostic de complication, bien entendu.

De plus, en prévenant les femmes de l'existence de ce syndrome, elles connaîtront les signes et les raisons devant les faire consulter rapidement.

La connaissance de ce syndrome est aussi importante pour les médecins pratiquant des IVG médicamenteuses en ambulatoire, et les médecins traitants. La médecine de ville permet, plus facilement que les services d'urgence, de différer et de temporiser les choses. Devant un tableau évoquant un syndrome du 5<sup>ème</sup> jour, il est possible d'attendre 24h et de revoir la patiente pour réévaluer la situation.

La connaissance de ce syndrome évite de mettre en route une prise en charge excessive : moralement (pour la patiente sensation d'échec de l'IVG), physiquement (réaspiration, antibiothérapie voir hospitalisation), et économiquement (consultation aux urgences, bilan biologique et radiologique, traitement, réaspiration).

Sachant qu'il y a eu environ 210 000 IVG en France en 2006, il y a, en extrapolant nos résultats, environ 21 000 femmes ayant eu le syndrome du 5<sup>ème</sup> jour.

Bien entendu, il n'est pas question de minimiser les choses et de tout attribuer au syndrome du 5<sup>ème</sup> jour en passant à côté de complications réelles. Tout tableau clinique évoquant autre chose que ce syndrome, ou tout syndrome durant plus de 24 heures doit absolument faire rechercher une complication.

### **10 Les symptômes après l'interruption volontaire de grossesse (saignements, douleur, fièvre,...)**

Nous avons été étonnés par deux résultats pour lesquels nous n'avons pas d'explication.

Tout d'abord, la contraception hormonale (contraception orale et dispositif intra-utérin au levonorgestrel) ne diminue pas la durée des saignements après une interruption volontaire de grossesse. La durée de saignement moyenne après une IVG est de 9.25 jours. Intuitivement, on pouvait penser que ce type de contraception avait un effet sur les saignements.

Le deuxième résultat qui nous a surpris est le fait d'avoir une fièvre qui dure plus longtemps après mise en route d'une contraception hormonale (contraception orale et dispositif intra-utérin au levonorgestrel). Cela dit, la durée moyenne de la fièvre est de 0.14j, ce qui est très court. Peut-être que cette courte durée doit rendre nos résultats prudents.

## CONCLUSION

---

Notre étude a permis d'une part de faire le point sur les suites de l'interruption volontaire de grossesse, en décrivant la population, les complications, les différentes prises en charges des dites complications,... et d'autre part de mettre en évidence l'existence du syndrome du 5<sup>ème</sup> jour.

Le CIVG de Louis Mourier a permis d'accueillir 1063 femmes pour une interruption volontaire de grossesse en 2006. Parmi elles, 994 femmes ont bénéficié d'une interruption volontaire de grossesse par aspiration sous anesthésie locale (93.5%) et 69 femmes d'une interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse (6.5%).

775 femmes ont consulté en visite de suites, soit quasiment 73% des femmes ayant eu une interruption volontaire de grossesse, avec plus de consultation en visite de suites en cas d'interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse.

Le taux de complications immédiates (hémorragie nécessitant une surveillance ou une intervention particulière, aspiration incomplète, perforation, caillotage, autre) est de 2.07%. La principale complication immédiate est l'aspiration incomplète (1.41%), et on peut noter qu'il n'y a eu aucune hémorragie.

Dans le groupe des interruptions volontaires de grossesse par méthode médicamenteuse, il n'y a eu aucune complication immédiate.

Le syndrome du 5<sup>ème</sup> jour est défini par des douleurs (obligatoires) associées ou non à des saignements (avec ou sans caillots) ou de la fièvre ; les symptômes durent au maximum 24h et sont résolutifs spontanément.

Ce syndrome n'a été décrit dans la littérature que pour l'interruption volontaire de grossesse par aspiration dans deux études, et n'a jamais été chiffré.

Nous l'avons mis en évidence dans 9.88% des interruptions volontaires de grossesse quelle que soit la technique. Il existe dans 10% des interruptions volontaires de grossesse par aspiration sous anesthésie locale. Nous l'avons décrit pour la première fois dans le cadre des interruptions volontaires de grossesse par méthode médicamenteuse, où il est mis en évidence dans 5.55% des cas.

Parmi les femmes n'ayant pas eu de complication à moyen terme (quelle que soit la méthode d'interruption volontaire de grossesse), il n'y a pas de différence en ce qui concerne l'âge, la parité, la contraception, le terme de la grossesse et l'abondance des règles entre les femmes ayant le syndrome du 5<sup>ème</sup> jour et celles ne l'ayant pas.

L'existence de ce syndrome permet de temporiser les choses pour les femmes qui consultent pour un des ces symptômes. Il est licite de se laisser du temps (24 heures), avant de conclure à tort à une complication et de traiter « par excès » ces femmes.

Le taux de complication à moyen terme (rétention, infection, rétention et infection, autre) est de 4.13%, avec dans plus de la moitié des cas une rétention (2.97%).

Il y a plus de complications à moyen terme dans le groupe des interruptions volontaires de grossesse par méthode médicamenteuse (14.3%) que dans le groupe des interruptions volontaires de grossesse par aspiration sous anesthésie locale (3.34%).

Cette étude a permis de mettre en place un consensus au sein de l'équipe du CIVG de Louis Mourier à propos de la définition et du traitement des rétentions.

## **ANNEXES**

---

Annexe 1 : formulaire de recueil de données

N° dossier : Année de naissance : ATCD : Nombre d'accouchements antérieurs : Nombre d'IVG antérieures : Abondance des règles : (très peu = 0, moyennes = 1, abondantes = + de 7 protections imprégnées par jour pdt + de 4 j = 2,  
très abondantes = + de 7 protections imprégnées par jour pdt + de 7 j = 3)IVG : Date :  /  /  Technique :  (AL = 1, méd = 2, autre = 3 détailler\_ \_ \_ \_ \_)Terme :  SAMédecin de l'IVG (initiales) : Complication immédiate : (0, nécessité de synton préventif = 1, nécessité de synton curatif = 2,  
hémorragie nécessitant une surveillance ou intervention particulière = 3,  
aspiration incomplète = 4, perforation = 5, caillottage = 6 autres = 7, préciser : \_ \_ \_ \_ \_)Contraception post IVG :  (ni hormonale ni DIU = 0, Hormonale = 1, DIU = 2, mirena = 3)SUITES : Date :  /  / Médecin des suites (initiales) : 

Nombre de jours Après l'IVG (= J0)	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	J10	J11	J12	J13	J14	J_ _ à J_ _
Saignts ≤ règles															
Saignts > règles															
Caillots															
Douleurs ≤ dlrs de règles															
Dlrs > dlrs de R calmées par ttt															
Dlrs rebelles au ttt bien pris															
Fièvre >38° ou frissons															

Mettre **une croix** dans les cases concernées

Fièvre : si pense en avoir eu mais non prise ne pas remplir la case pour ces jours là sauf si paraît réelle : ressemble au palu...

**ÉCHOGRAPHIE RÉALISÉE DEPUIS L'IVG OU DEMANDÉE LE JOUR DES SUITES:**Motif de la demande: (pas d'écho = 0, systématique = 1, car pb lors de l'IVG = 2, car signes d'appel le jour de l'écho = 3, autre motif = 4 et préciser : \_  
\_ \_ \_ \_ \_)Épaisseur de la muqueuse sur une coupe longitudinale :  mm (arrondir, pas de virgule)Aspect :  (homogène = 1, hétérogène = 2)**DIAGNOSTIC À L'ISSUE DE LA VISITE DE SUITES :** 

(sans complic = 0, rétention = 1, infection = 2, les 2 = 3, doute / complic = 4)

CAT : 

(abstention = 0, arrêt de pilule = 1, cytotec = 2, les 2 = 3, réaspiration = 4, autre = 5 détailler : \_ \_ \_ \_ \_)

**ÉVÈNEMENT GÉRÉ CHEZ NOUS OU AILLEURS :** 

(non = 0, chez nous = 1, urgence = 2, hospitalisation = 3, en ville = 4)

Détailler : \_ \_ \_ \_ \_

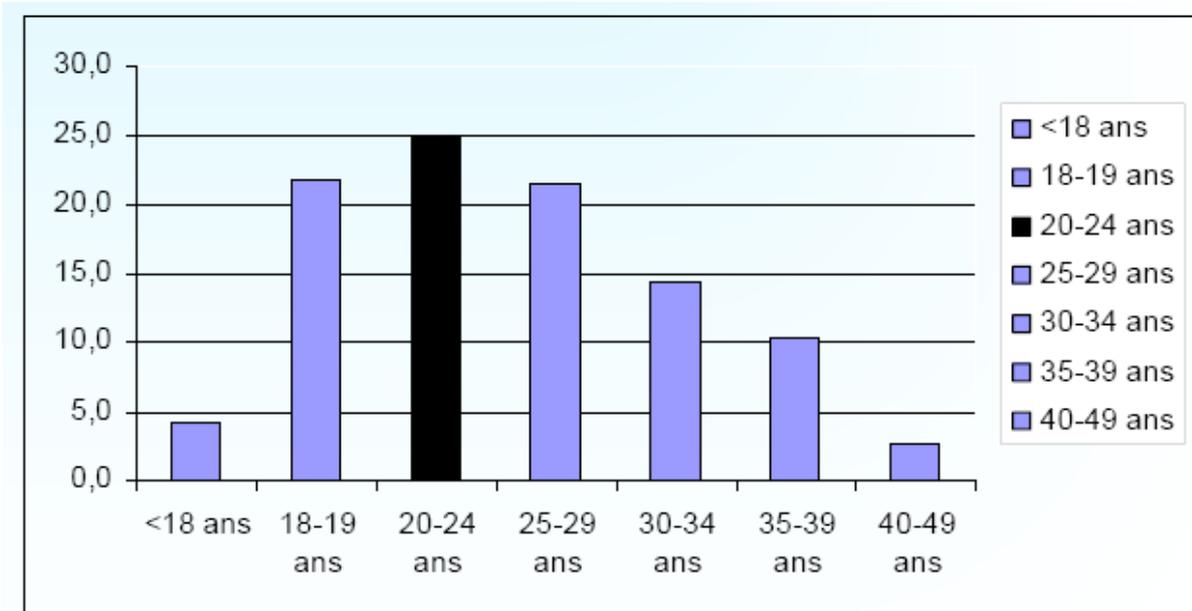
DATE DE CLÔTURE DU DOSSIER / FIN DES PROBLEMES :  /  / NOMBRE DE VISITES DE SUITES : DIAGNOSTIC FINAL (ne pas remplir) : 

(NI = 0, rétention = 1, infection = 2, rétention + infection = 3, autre = 4)

PCR CT : 

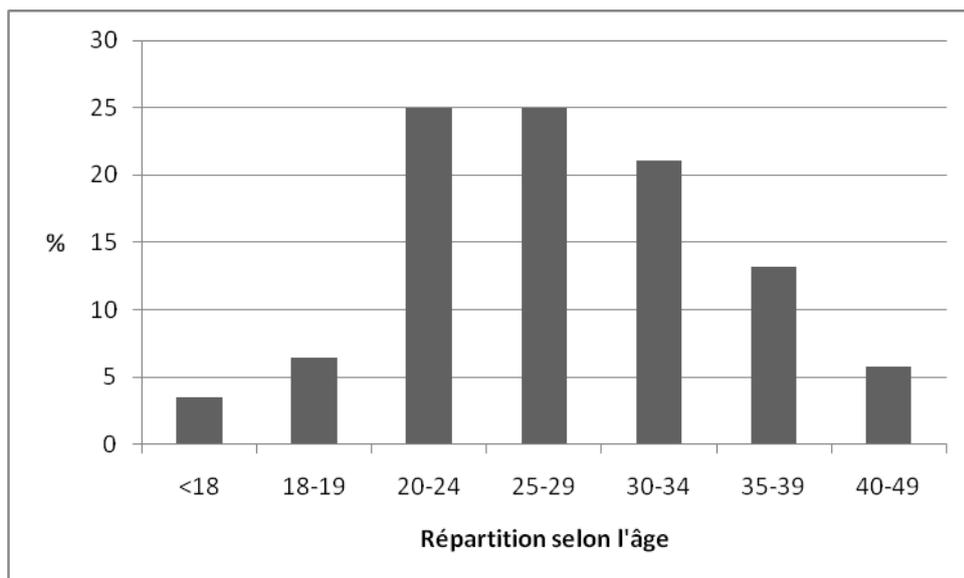
(non faite = 0, négative = 1, positive = 2)

## Annexe 2 : Nombre d'IVG pour 1000 femmes selon l'âge, en Ile-de-France

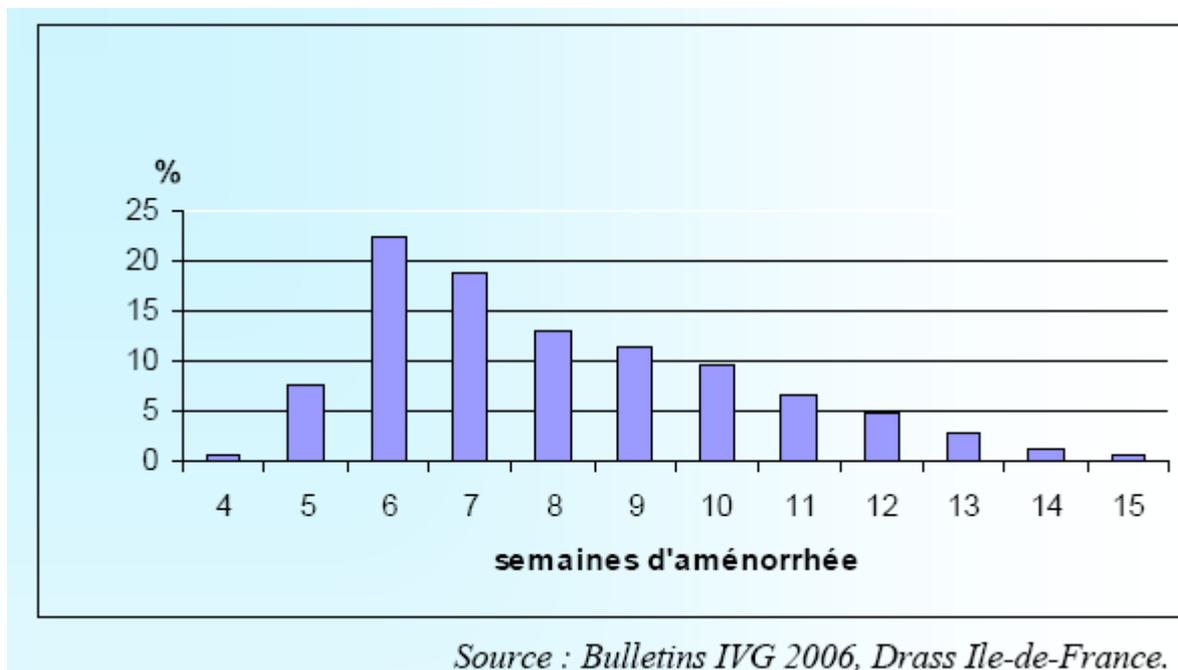


Source : Bulletins IVG 2006, DRASS Ile-de-France

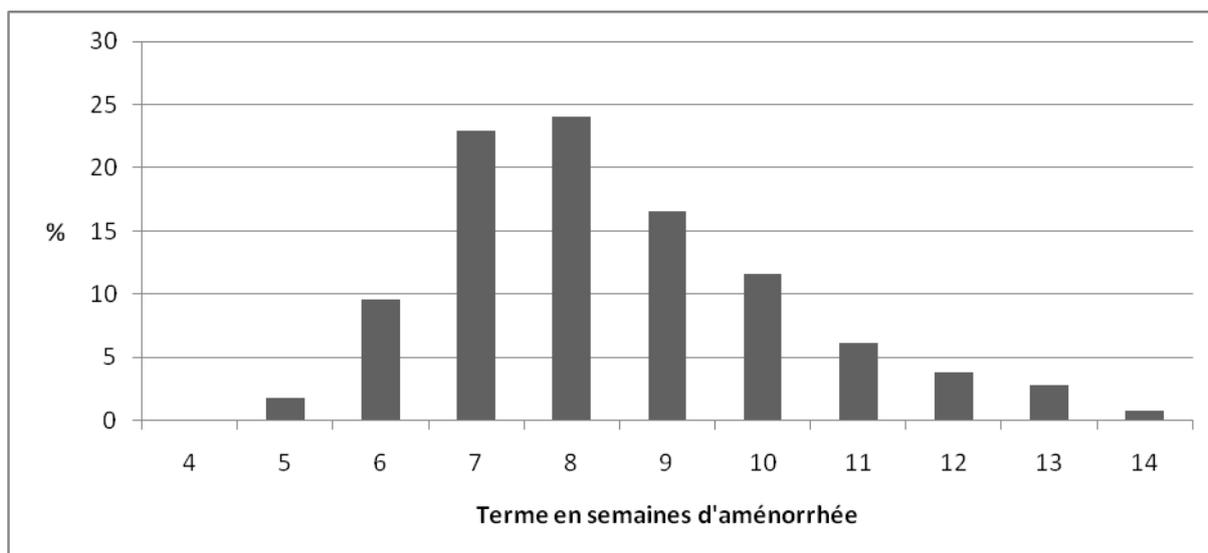
## Annexe 3 : Répartition des IVG en 2006 au CIVG de Louis Mourier en fonction de l'âge.



## Annexe 4 : répartition des IVG en fonction du terme de la grossesse, en Ile-de-France, 2006



## Annexe 5 : répartition des IVG en fonction du terme de la grossesse, au CIVG de Louis Mourier



## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Association Nationale des Centres d'IVG et de contraception (ANCIC), Deuxièmes journées nationales d'études sur l'interruption de grossesse et la contraception ; 10-11 octobre 1981, Hôpital Louis Mourier- 92700 Colombes (p.102-105)
2. Ciavaldini J.-F., Santini H. Un syndrome à connaître : le syndrome du 5<sup>ème</sup> jour post-I.V.G. *Revue de Méd. De Tours- 1994-T.28-N°8/9*
3. Vilain A., 2008, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2006 », *Etudes et Résultats, n°659*, septembre 2008, DREES
4. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, « Les interruptions volontaires de grossesse en Ile-de-France en 2006 », *Service études et statistiques, n° 26*, mars 2008, DRASS IDF
5. WHO Task Force on Post-ovulatory Methods of Fertility Regulation. Termination of pregnancy with reduce doses of mifepristone. *Br J Obstet Gynaecol 2000; 107: 524-30*
6. Foucher P et Hassoun D. *Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse*. Paris : Estem, 2005, 129p. 978-2-84371-304-0
7. ANAES, Service des recommandations et références professionnelles. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. Mars 2001.
8. Koskas M, Jerbi M, Boccara J, Trie A, Jannet D, Lejeune V, Brun L, Camagna O, Milliez J, Carbonne B. Particularités techniques de l'IVG instrumentale entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée. *J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005 ; 34 : 334-338*

9. Child TJ, Thomas J, Rees M, MacKenzie IZ. Morbidity of first trimester aspiration termination and the seniority of the surgeon. *Hum Reprod* 2001; 16: 875-8
10. Hakim-Elahi E, Towell HM, Burnhill MS. Complications of first-trimester abortion: a report of 170000 cases. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 129-35
11. Kaali SG, Szigetvari IA, Bartfai GS. The frequency and management of uterine perforations during first-trimester abortion. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 406-8
12. Thonneau P, Fougeyrollas B, Ducot B, Boubilley D, Dif J, Lalande M, Soulat C. Complications of abortion performed under local anesthesia. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 1998; 81: 59-63
13. Soulat C, Gelly M. Complications immediate de l'IVG chirurgicale. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006; 35: 157-162
14. Honkonen H, Piaggio G, Von Hertzen H, Bartfai G, Erdenetungalag R, Gemzell-Danielsson K et al. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. II: side effects and women's perceptions. *Br J Obstet Gynaecol* 2004; 111: 715-25
15. Freedman MA, Jillson DA, Coffin RR, et al. Comparison of complication rates in first trimester abortions performed by physician assistants and physicians. *AJPH*, 1986; 76: 550-4
16. Paul et al. Early surgical abortion: efficacy and safety. *Am J Obstet Gynecol*, 2002; 187: 407-11
17. Sawaya GF, Grady D, Kerlikowske K, Grimes DA. Antibiotics at the time of induced abortion: the case for universal prophylaxis based on a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 1996; 87:884-90

18. Ashok PW, Penney GC, Flett GM, Templeton A. An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Hum Reprod*, 1998, 13: 2962-65
19. Elul B, Ellertson C, Winikoff B, Coyaji K. Side effects of mifepristone-misoprostol abortion versus surgical abortion. Data from a trial in China, Cuba and India. *Contraception*; 1999; 59: 107-114
20. Thonneau P, Poirel H, Fougeyrollas B et al. A comparative analysis of fall in haemoglobin following abortions conducted by mifepristone (600mg) and vacuum aspiration. *Hum Reprod*; 1995; 10: 1512-15
21. Penney GC, Thomson M, Norman J, McKenzie H, Vale L, Smith R, et al. A randomized comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion. *Br J Obstet Gynecol* 1998; 105:599-604
22. Tasia D., Aspect échographique normal de la cavité utérine après IVG. *Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales* [en ligne]. Planning familial [consulté en mars 2009]. Disponible sur [http://www.gfmer.ch/400\\_Publications\\_Fr.htm](http://www.gfmer.ch/400_Publications_Fr.htm)
23. Shannon C, Brothers P, Philip NM, Winikoff B. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception* 2004; 70: 183-190
24. Institut de veille sanitaire. Numéro thématique : *Chlamydia trachomatis* : Etudes de prévalences dans des structures de médecine à vocation préventive. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, octobre 2006 ; 37-38 : 275-290
25. ANAES, Evaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à *Chlamydia Trachomatis* en France [Tome 2]. Février 2003.

26. Bacle F, Boufassa F, Lambert J, Lefebvre P, Soulat C, Meyer L. Conditions de réalisation et complications précoces des IVG entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée comparées aux IVG entre 8 et 12 semaines d'aménorrhée. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2005 ; 34 : 339-345
27. Mazzaro J, Connie L, Hillis S, Fine D, Deslile S, Handsfield H. Performance and cost-effectiveness of selective screening criteria for *Chlamydiae trachomatis* infection in women. Implication for a national Chlamydia control strategy. *Sex Transm Dis* 1997. 24: 131-41.
28. Association Nationale des Centres d'IVG et de contraception (ANCIC), Treizièmes journées nationales d'études sur l'interruption de grossesse et la contraception ; novembre 1999, Nantes ; *Bougies de Dalsace, douleur et IVG*, Hôpital Louis Mourier-92700 Colombes, E.Avril et Col (p.139-141)

**PERMIS D'IMPRIMER**

---

## RESUME

---

But de l'étude : évaluer de manière prospective l'existence ou non du syndrome du 5<sup>ème</sup> jour après une interruption volontaire de grossesse (syndrome du 5<sup>ème</sup> jour : association de douleurs, obligatoires, et/ou de la fièvre, et/ou des saignements et/ou des caillots. Ce syndrome disparaît spontanément en 24h).

Patients et méthodes : toutes les femmes venues consulter au centre d'interruption volontaire de grossesse de l'hôpital Louis Mourier à Colombes, pour une interruption volontaire de grossesse (par aspiration sous anesthésie locale ou par méthode médicamenteuse) du 2 janvier 2006 au 31 décembre 2006. Les données ont été recueillies en deux temps :

- le jour de l'IVG : âge, antécédents d'accouchement, antécédent d'interruption volontaire de grossesse, abondance des règles, terme de la grossesse, technique d'IVG, complications immédiates, contraception post-IVG.

- le jour de la visite de suites : jour(s) de saignements, de caillots, de fièvre, de douleur après l'IVG, réalisation d'une échographie ou non et raisons, résultats de l'échographie, diagnostic à l'issue de la visite de suites et la prise en charge selon le diagnostic, nombre de visites de suites, diagnostic final, résultat de la PCR *Chlamydia trachomatis*.

Résultat : 1063 femmes ont consulté au CIVG de Louis Mourier en 2006 pour une IVG. 994 femmes ont eu une IVG par aspiration sous anesthésie locale et 69 femmes ont eu une IVG par méthode médicamenteuse. 775 femmes ont été revues en visite de suite, soit un taux de 72.9%, dont 719 femmes ayant eu une IVG par aspiration sous anesthésie locale (72.4%) et 56 femmes ayant eu une IVG par méthode médicamenteuse (81.16%).

Le taux de complications immédiates est de 2,07% (en prenant en compte l'aspiration incomplète et le caillotage) et le taux de complication à moyen terme est de 4,13% (il y a plus de complications à moyen terme après une IVG par méthode médicamenteuse). Le taux de prélèvement à *Chlamydia trachomatis* positif est de 5,74%. Le syndrome du 5<sup>ème</sup> jour est retrouvé dans 9,88% des cas d'IVG quelle que soit la technique (10% dans le groupe des IVG par aspiration sous anesthésie locale et 5,55% dans le groupe des IVG par méthode médicamenteuse).

Conclusion : Le syndrome du 5<sup>ème</sup> jour a été mis en évidence dans 9,88% des IVG, quelle que soit la méthode. Il a été décrit pour la première fois après l'IVG par méthode médicamenteuse. La connaissance de ce syndrome permet de temporiser les choses et de se laisser du temps afin de ne pas traiter « par excès » certaines femmes pour des diagnostics de complications posés à tort.

## TITRE EN ANGLAIS

**THE 5<sup>TH</sup> DAY SYNDROME AFTER ABORTION: A 1-YEAR PROSPECTIVE STUDY**

**Discipline** : Médecine générale

**Mots-clés** : IVG par aspiration sous anesthésie locale, IVG par méthode médicamenteuse, complications immédiates, complications à moyen terme, syndrome du 5<sup>ème</sup> jour.