

Complication rare d'une interruption volontaire de grossesse tardive

Rare complication of a late abortion : a case report

E.Gr. Sakkas, O. Detriche et F. Buxant

Service de Gynécologie-Obstétrique, H.I.S., Site Etterbeek-Ixelles

RESUME

Nous rapportons le cas d'une jeune patiente admise dans notre institution dans le cadre d'un abdomen aigu. Le bilan a mis en évidence des résidus fœtaux extra-utérins et intra-abdominaux suite à une interruption volontaire de grossesse tardive. La patiente a été opérée avec succès par laparoscopie.

Rev Med Brux 2014 ; 35 : 504-6

ABSTRACT

We report the case of a young woman who presented with acute abdomen at our hospital. The control revealed the presence of fetal parts in extra-uterin and intra-abdominal place after a late abortion. The patient was successfully operated by celioscopy.

Rev Med Brux 2014 ; 35 : 504-6

Key words : late abortion, perforation

CAS CLINIQUE

Une femme de 28 ans G6P3 (3 accouchements par voie basse, 1 interruption volontaire de grossesse (IVG) avant 14 semaines et 1 fausse couche (FC)) se présente aux urgences de notre institution pour des douleurs pelviennes accompagnées de leucorrhées malodorantes. Les douleurs, prédominantes en fosse iliaque droite, sont apparues 5 jours après une IVG tardive (à 16 semaines d'aménorrhée) en Hollande. La patiente est apyrétique et ses paramètres hémodynamiques sont stables. L'examen clinique ne montre qu'une fosse iliaque droite très sensible à la palpation abdominale et au toucher vaginal une défense importante. Le *rebound* est négatif.

L'hémogramme montre 10.100 globules blancs (GB) (82,3 % neutrophiles), la CRP (*C-reactive protein*) est à 18 mg/dl (valeurs normales < 1.00) et l'HCG à 540 U/L. L'échographie montre un utérus vide de grande taille et une image hétérogène entre la vessie et le col utérin faisant penser aux restes fœtaux. L'IRM confirme la présence de résidus fœtaux para-utérin droit (figure). L'indication opératoire est posée et une extraction laparoscopique est pratiquée. Lors de la laparoscopie, les restes fœtaux sont encapsulés dans la fosse para-utérine droite. Les suites opératoires sont simples.

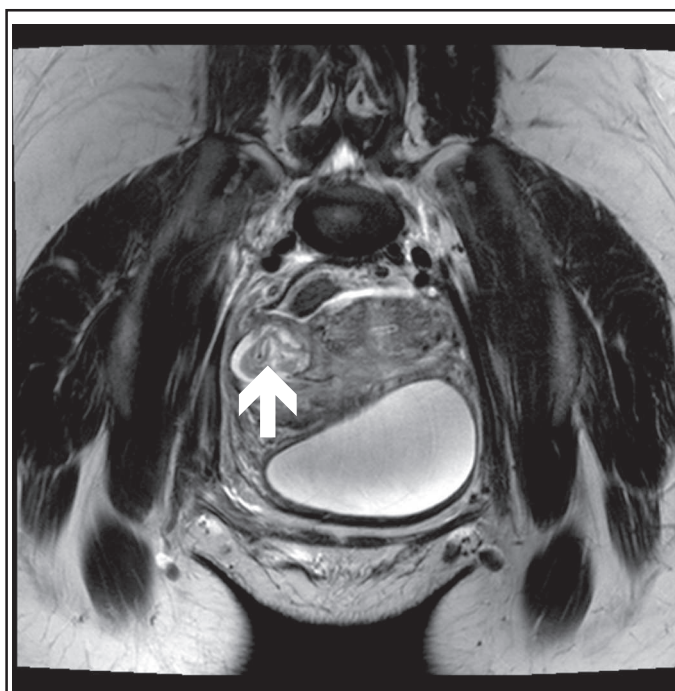


Figure : Coupe coronale de la rétention fœtale en IRM T2.

DISCUSSION

En Belgique, la loi du 3 avril 1990 (Loi Lallemand-Michielsens) autorise toute femme enceinte en situation

de détresse, après une période de réflexion de 7 jours, à avorter avant la fin de la 12^e semaine de grossesse.

Selon le rapport de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse/Rapport à l'attention du Parlement : 1^{er} janvier 2010 - 31 décembre 2011, le nombre annuel de patientes belges traversant la frontière pour des IVG tardives (au-delà de 12 semaines de grossesse) s'élève à environ 700-800.

En Hollande, un âge gestationnel maximum de 22 semaines a été adopté (article 296 du Code Pénal, 1981). L'interruption de grossesse doit être effectuée par un médecin hospitalier ou en clinique reconnue, également après une période de réflexion de 7 jours. Selon les statistiques hollandaises, en 2012, 3.762 patientes ont subi une IVG tardive (<http://www.igz.nl/onderwerpen/curatievegezondheidszorg/abortusklinieken/>).

Au Canada, 0,8 % des IVG ont lieu après 20 semaines de grossesse. La proportion d'IVG tardives (après 21 semaines) monte à 1,4 % aux USA.

Une enquête américaine¹ a démontré que 71 % des femmes bénéficiant d'une IVG tardive n'avaient soit pas réalisé qu'elles étaient enceintes ou que l'âge gestationnel était avancé. 48 % de ces femmes n'avaient pas eu accès facile à un planning familial en début de grossesse. Les raisons de ces IVG tardives sont dans 33 % des cas liées à la peur de l'avouer à leur compagnon ou à leur famille.

En cas d'IVG tardive, la patiente est plus souvent demanderesse d'une approche chirurgicale que médicamenteuse pour des raisons psychologiques.

Pour pratiquer une IVG tardive, l'opérateur doit déjà être bien aguerri à l'IVG du premier trimestre.

Les deux caractéristiques indispensables pour effectuer cette intervention sont la datation correcte de la grossesse et l'orientation utérine.

L'utérus de notre patiente était fortement rétro-versé, ce qui a probablement été à l'origine de la perforation.

L'intervention doit, bien étendu, être pratiquée selon les plus strictes règles d'asepsie.

Une préparation cervicale adéquate est très importante car elle permet une dilatation plus aisée et un temps opératoire plus court. Celle-ci se fait par l'utilisation des Laminaria (USA) ou Dilapan (Europe)².

La technique No-touch est préférable et consiste à ne toucher que les manches des instruments³.

Pour les IVG tardives, il existe une série d'instruments adaptés (Pozzi atraumatiques, bougies de Hegar de calibres croissants, ring forceps, etc.).

L'administration d'antibiotiques reste contradictoire mais la tendance est d'administrer empiriquement de la doxycycline 100 mg, 2 fois par jour pendant 7 jours⁴.

L'IVG tardive doit toujours être réalisée sous contrôle échographique. En fin d'intervention, il est impératif de reconstituer le fœtus afin d'exclure une rétention.

Les complications des IVG tardives sont plus fréquentes et plus graves que celles des IVG précoces.

Une perforation utérine peut survenir dans 1,2 % des cas selon Kohleberg⁵, incidence plus importante qu'en cas d'IVG précoce (0,4 %) ⁶.

Cette perforation peut engendrer des complications comme l'aspiration d'une anse intestinale, la perforation de l'artère utérine, l'aspiration de l'appendice⁷, l'aspiration de la trompe⁸ et la rétention des restes fœtaux dans la cavité abdominale^{9,10}, ce qui est décrit dans notre cas.

D'autres complications comme les lésions cervicales, l'évacuation incomplète, l'hémorragie due à une atonie utérine, l'endométrite et la dépression post-avortement sont rapportées.

CONCLUSION

Nous décrivons un cas clinique d'une perforation utérine et de rétention embryonnaire intra-abdominale après la réalisation d'une IVG tardive. Ce type de complication doit être évité. Un contrôle rigoureux, peropératoire, macroscopique et échographique peut assurer la bonne réalisation de cette intervention.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Guttmacher Institute : www.guttmacher.org
2. Fox MC, Hayes JL and Society of Family Planning : Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks of gestation. *Contraception* 2007 ; 76 : 486-95
3. Luys RJ., Gianutsos P, Gold M : First trimester procedural abortion in family medicine. *J Am Board Fam Med* 2009 ; 22 : 169-74
4. Low N, Mueller M, Van Vliet HA, Kapp N : Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 ; 3 : CD005217
5. Kohlenberg CF, Casper GR : The use of intraoperative ultrasound in the management of a perforated uterus with retained products of conception. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1996 ; 36 : 482
6. Soulat C, Gelly M : Immediate complications of surgical abortion. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2006 ; 35 : 15762
7. Lakyova L, Dankovcik R, Kudlac M, Mikulova J, Radonak J : Appendix protrusion from perforation of uterus - the rare complication during abortion. *Ceska Gynekol* 2009 ; 74 : 67-9

8. Deffieux X, Kane A, Faivre E, Gervaise A, Frydman R, Fernandez H : Intra-uterine fallopian tube incarceration : an uncommon complication of termination of pregnancy by vacuum aspiration. *Fertil Steril* 2008 ; 90 : 1938-9
9. Givens VM, Lipscomb GH : Retained fetal parts after elective second-trimester dilation and evacuation. *Obstet Gynecol* 2007 ; 109 : 526-7
10. Gakhil MS, Levy HM : Sonographic diagnosis of extruded fetal parts from uterine perforation in the retroperitoneal pelvis after termination of intrauterine pregnancy that were occult on magnetic resonance imaging. *J Ultrasound Med* 2009 ; 28 : 1723-7

Correspondance et tirés à part :

E.Gr. SAKKAS
Rue de l'Aqueduc 115
1050 Bruxelles
E-mail : sakvag@hotmail.com

Travail reçu le 23 septembre 2013 ; accepté dans sa version définitive le 17 janvier 2014.