

IVG

Historique

Avant 1975 : avortement clandestin, acte relativement dangereux, beaucoup de risques :
infections parfois mortelles, risque de stérilité
loi votée sous l'impulsion du MLF
1975 : loi Weil

Article 1 : une femme en situation de détresse peut demander une IVG jusqu'à la fin de la dixième semaine de grossesse (12 SA)

Article 2 : elle sera pratiquée dans un établissement public ou privé par un médecin

Article 3 : il doit lui être remis un dossier guide

Article 4 : consultation avec une conseillère conjugale ou une assistante sociale dans un centre de planning familial

Article 5 : confirmation écrite avec une semaine de délai

Article 7 : femme mineure et célibataire : accord parental

Article 8 : le médecin peut ne pas donner suite à la demande, mais il doit en informer la patiente dès la première visite et l'adresser ailleurs.

Article 9 : il doit donner une information sur la régulation des naissances et la contraception

Article 10 : la déclaration (anonyme) des IVG se fait auprès du Médecin Directeur Régional de la Santé

Article 11 : autorisé pour les femmes étrangères si résidence fixe en France depuis trois mois.

L'IVG ne doit pas représenter plus de 25 % des opérations d'un établissement.

Depuis 1982, il est remboursé à 75 % par la sécurité sociale.

Déroulement de l'IVG

Avant l'IVG

Première consultation médicale : clause de conscience

Examen médical, gynéco puis échographie, pour apprécier le terme de la grossesse (< à 10 semaines)

Informé la patiente sur les méthodes d'IVG et les risques (médicaux et psychologiques)

Information sur les méthodes de contraception et les méthodes anesthésiques

recueil par écrit de l'accord de la femme

Deuxième étape :

Une semaine de réflexion (raccourci si délai trop court)

consultation obligatoire (gratuite) dans un planning (remise d'attestation)

Deuxième consultation médicale :

problème de Rh à vérifier (faire un groupe)

Antécédents psychologiques graves ?

Antécédents d'infections pelviennes importantes ? Si oui, antibiothérapie pendant le geste opératoire

Si problème infectieux actuel : le traiter

âge de la grossesse

Méthodes :

1) Traitement médical :

Principe : Associer une anti-progestérone et une prostaglandine : expulsion de l'œuf.

-Anti-progestérone : RU 486 (Mifégyne® en comprimés)

Mode d'action : dilate le col et sensibilise l'utérus à l'action de la prostaglandine

-Prostaglandines : Cervagème® ou Cytotec®

Contre-indications :

A la RU 486 : allergie, corticoïdes au long cours

Aux prostaglandines : antécédents vasculaires
infarctus
accident coronarien
fumeuses de plus de 35 ans

Indications :

Grossesse inférieure à 49 jours d'aménorrhée (7 SA)

la patiente doit prendre le traitement en présence du médecin

la patiente est hospitalisée deux jours plus tard pour surveillance pendant la prise des prostaglandines

Cela se passe comme une fausse couche provoquée

95 % de réussite

2) Traitement chirurgical

Hospitalisation brève (12 à 24 heures)

Bloc opératoire : parfois dilatation du col par prostaglandines (ou laminaires)

désinfection, pose du spéculum, pince de Potzig

dilatation par introduction de "bougies de Heggar" successives

introduction de la canule d'aspiration dans l'utérus

Surveillance de la douleur :

Si traitement médical : antalgiques

Si traitement chirurgical : anesthésie locale du col : Xylocaïne® à 1 %, anesthésie générale

Indications :

Traitement médical : grossesse inférieure à 7 semaines d'aménorrhée (en l'absence contre-indications)

traitement chirurgical en cas de complications du traitement médical

Suite habituelle :

γ Anti D pour Rh négatif

antibiotiques

Surveillance pendant 6 h : si tout est ok, normalement pas de douleur, pas de fièvre

Complications :

1 à 4 % des IVG :

psychologiques

Complications immédiates : perforation utérine, problèmes à l'anesthésie générale

À court terme :

Rétention ovulaire

Risque infectieux

Synéchie

à long terme :

Séquelles de béance cervicale (qui donne de fausse couche tardive ou accouchement prématuré)

Infections