

# Interruption volontaire de grossesse sous anesthésie locale : mythe ou réalité ?

**RÉSUMÉ :** Contrairement à la plupart des pays européens, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) instrumentale en France est plus souvent pratiquée sous anesthésie générale dans un établissement de soins. Pourtant, cet acte chirurgical peut parfaitement être pratiqué en toute sécurité après application ou infiltration d'anesthésiques locaux, couplés ou non à l'administration de protoxyde d'azote ou de produits sédatifs sans altération de la conscience.

C'est principalement l'organisation du système de soins en France et la formation des praticiens impliqués dans l'IVG instrumentale qui limitent le développement de l'IVG sous anesthésie locale. La récente possibilité de pratiquer des IVG sous anesthésie locale dans les centres de santé peut certainement contribuer à la diffusion plus large de cette technique en France.



→ **PH. FAUCHER**  
Unité fonctionnelle d'Orthogénie,  
Hôpital Trousseau, PARIS.

**S**ous le terme générique d'IVG "sous anesthésie locale" (AL) est regroupé un certain nombre de techniques destinées à diminuer, voire à supprimer la douleur et l'inconfort lors de la pratique d'une IVG instrumentale. Le point commun de ces techniques est de maintenir la conscience de la patiente éveillée, à l'inverse de l'action de l'anesthésie dite générale (AG). La plupart de ces techniques sont souvent associées lors de la pratique de l'IVG, ce qui rend les études comparatives difficiles à conduire sur l'efficacité propre de chacune. Par exemple, l'administration préopératoire d'un antalgique est souvent associée à l'injection intra-utérine d'un anesthésique, éventuellement couplée avec l'administration peropératoire de protoxyde d'azote. La technique de l'aspiration instrumentale ne sera pas décrite dans cet article

car elle ne présente pas de particularités techniques sinon une plus grande "douceur" requise dans la réalisation des gestes sous AL.

## Les mythes : ce qui marche et ce qui ne marche pas

### 1. Administration préopératoire de médicaments

#### >>> Antalgiques

Les anti-inflammatoires diminueraient les douleurs per et postopératoires dans le cadre de l'IVG. L'utilisation de 600 mg d'ibuprofène 30 minutes avant l'intervention ou celle du naproxène 550 mg donné 1 à 2 heures avant l'intervention semblent être des protocoles efficaces (Wiebe ER *et al.*, 1995; Suprpto K *et al.*, 1984).

# REVUES GÉNÉRALES

## IVG

### POINTS FORTS

- ➔ L'IVG sous anesthésie locale devrait être systématiquement proposée aux patientes.
- ➔ L'injection d'anesthésiques locaux au niveau du col utérin ou dans la région paracervicale procure une bonne analgésie.
- ➔ L'application préopératoire d'un gel de xylocaïne semble prometteuse comme alternative à l'infiltration des tissus.
- ➔ L'IVG sous anesthésie locale autorisée dans les centres de santé permet aux femmes d'avoir un accès plus large aux différentes méthodes d'avortement.

#### >>> Anxiolytiques

Le midazolam diminuerait l'anxiété préopératoire, mais il ne change ni la douleur ni l'anxiété peropératoire. Une étude randomisée contrôlée en double aveugle a permis de montrer une diminution du stress préopératoire lors de l'entrée en salle et pendant l'installation (Bayer LL *et al.*, 2015). Il n'y avait cependant, en peropératoire, aucune différence en termes de douleur ou d'anxiété. En postopératoire, les patientes sous midazolam exprimaient plus de malaises, d'amnésie partielle, de fatigue. Il n'y avait cependant aucune différence en termes de satisfaction.

#### 2. Administration locale d'anesthésiques

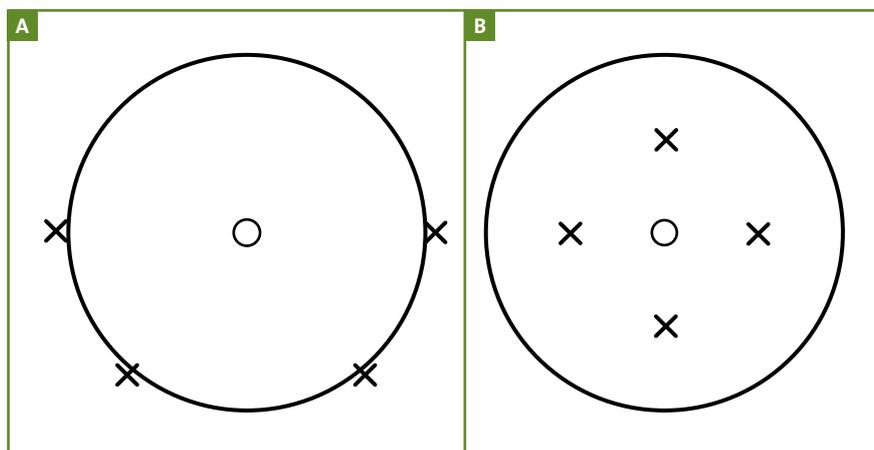
##### >>> Anesthésie par infiltration

Elle consiste en une infiltration des tissus par une solution d'anesthésique local, plan par plan, en aspirant avant d'injecter pour éviter une injection intravasculaire, source de toxicité [1]. L'injection du produit anesthésique peut se faire au niveau paracervical ou intracervical (**fig. 1**). Les anesthésiques administrés par infiltration dans le cadre d'une IVG sont la lidocaïne (0,5, 1 ou 2 %) avec ou sans adrénaline, la bupivacaïne et la ropivacaïne. Une

étude randomisée en double aveugle a comparé l'utilisation de ropivacaïne 7,5 mg/mL avec de la lidocaïne à 1 % adrénalinée chez 104 patientes. Il y avait moins de douleurs peropératoires chez les patientes sous ropivacaïne mais pas de différence en termes de douleur en postopératoire (Glantz JC *et al.*, 2001).

**L'injection paracervicale** d'un anesthésique local est la technique standard rapportée dans la plupart des publications. Une méta-analyse de 2013 permettant d'inclure dix études a comparé l'injection paracervicale d'anesthésique au placebo dans différentes interventions gynécologiques (hystérocopie, biopsie de l'endomètre, curetage, aspiration) [2]. Par rapport au placebo, l'anesthésie paracervicale diminue les douleurs pendant la dilatation cervicale et réduit également les douleurs abdominales pendant le geste utérin mais pas en postopératoire. Une injection en 2 points à 4 et 8 h semble aussi efficace qu'une technique en 4 points à 3, 5, 7 et 9 h. Une infiltration lente (1 mn) permettrait de limiter l'inconfort de l'anesthésie paracervicale par rapport à une injection plus rapide. Une injection profonde de 1,5 cm semble plus efficace sur la douleur lors de la dilatation qu'une infiltration plus superficielle.

Dans le cadre de l'IVG, il n'y a véritablement qu'une seule étude randomisée comparant l'efficacité de l'injection paracervicale à l'absence d'anesthésie [3]. Toutes les patientes de cette étude recevaient une prémédication par de l'ibuprofène et du lorazépam et une injection de 2 mL de lidocaïne au niveau de l'application de la pince de Pozzi. Ensuite, elles recevaient soit une injection profonde paracervicale en 4 points de 18 mL de lidocaïne, soit aucune injection. Les résultats montrent que l'injection paracervicale est douloureuse mais qu'elle diminue significativement l'intensité de la douleur lors de la dilatation et pendant l'aspiration.



**FIG. 1:** Injection au niveau paracervical ou intracervical. Types de blocs. **A:** bloc paracervical. Chaque injection est réalisée à 1,5 cm de profondeur à l'injection cervico-vaginale. **B:** bloc intracervical. Chaque injection est réalisée à 3,8 cm de profondeur parallèlement au grand axe du col de l'utérus. X: point d'injection. Mankowski *et al.* Paracervical and Intracervical Lidocaine. *Obstet Gynecol*, 2009.

Il semble que le bénéfice de l'injection paracervicale sur la douleur lors de la dilatation est plus grand pour des âges gestationnels peu élevés. Le nombre de points d'injection et le fait d'attendre ou pas quelques minutes avant de commencer l'aspiration est toujours sujet à controverse.

Dans une récente étude, Renner *et al.* [4] ne peuvent conclure sur l'intérêt d'attendre ou pas 3 mn entre l'injection paracervicale et la dilatation du col. En revanche, il semble qu'injecter l'anesthésique en 4 points (à 2, 4, 8 et 10 h) est plus efficace contre la douleur pendant l'aspiration que l'injection en 2 points (4 et 8 h).

**L'injection intracervicale** consiste à injecter l'anesthésique directement dans le col utérin en 4 points cardinaux à distance de l'orifice externe. L'injection doit être profonde (aiguille à intramusculaire [IM]), voire très profonde pour certains (qui utilisent une aiguille à ponction lombaire permettant d'atteindre le myomètre). L'injection peut aussi être réalisée au niveau de l'orifice externe en suivant le canal cervical du col utérin de façon à injecter le produit directement au niveau de l'orifice interne du col et de l'isthme. L'injection intracervicale est peu documentée dans la littérature médicale, mais elle semble pourtant apporter une analgésie équivalente à l'injection paracervicale en évitant le risque d'une injection intravasculaire. Ainsi, deux études comparatives randomisées portant sur des patientes recevant une sédation consciente lors d'une IVG du premier trimestre (Khan AS *et al.*, 2004 ; Mankowski JL *et al.*, 2009) ont montré une efficacité équivalente des deux techniques d'infiltration sur la douleur.

### >>> Anesthésie de contact ou topique

Elle consiste en une application d'une solution concentrée d'anesthésique

sur une muqueuse ou sur la peau [1]. L'application par voie vaginale de lidocaïne sous forme de spray ou de gel intravaginal a été étudiée [5]. Une étude randomisée en double aveugle a montré que l'injection paracervicale précédée d'un spray de lidocaïne est plus efficace sur la douleur qu'une injection paracervicale seule, qu'un spray de lidocaïne isolé ou que du placebo (Aksoy H *et al.*, 2016). De façon plus remarquable, une étude comparative randomisée récente a montré que l'application intravaginale 20 à 30 mn avant l'IVG de 20 mL d'un gel de lidocaïne à 2 % est aussi efficace sur la douleur qu'une injection paracervicale de lidocaïne [4].

### 3. Administration peropératoire de protoxyde d'azote

Le mélange équimolaire oxygène/protoxyde d'azote, ou MEOPA (50 % dans la fraction inspirée), possède un effet analgésique avec diminution du seuil de perception de différents stimuli douloureux et maintien de la conscience et des réflexes laryngés. Le protoxyde d'azote ne possède pas, à cette concentration, d'effet anesthésique. Ce produit, administré par inhalation, est utilisé lorsqu'une analgésie est recherchée pour la réalisation d'actes douloureux de très courte durée (15 à 30 mn) [1].

Une étude randomisée en double aveugle a évalué l'effet du protoxyde d'azote dans le cadre de l'IVG (mélange 50 % O<sub>2</sub> + 50 % N<sub>2</sub>O) chez 72 patientes ayant une anesthésie paracervicale à la lidocaïne et n'a pas trouvé de différence sur la perception de la douleur peropératoire (Agostini *et al.*, 2012). En sédation consciente, des résultats comparables sont retrouvés sur une étude randomisée en double aveugle (Khan AS *et al.*, 2006).

### 4. Sédation consciente

La sédation consciente est une altération de la conscience induite par les

médicaments au cours de laquelle les patients répondent de façon appropriée aux commandes verbales, seules ou associées à des stimulations tactiles légères. Aucune intervention n'est nécessaire pour maintenir la liberté des voies aériennes, la ventilation spontanée est adéquate [1]. La fonction cardiovasculaire est généralement conservée. L'utilisation d'une sédation consciente par du midazolam (2 mg) et du fentanyl (100 µg), en plus d'une anesthésie paracervicale, pourrait diminuer la douleur pendant le geste sur deux études (Allen RH *et al.*, 2006 et 2009). Les risques liés à ce type d'anesthésie complémentaire semblent raisonnables : une étude rétrospective a évalué 1 433 gestes réalisés jusqu'à 18 SA avec seulement 4 événements indésirables retrouvés (0,3 %) : aucun de ces événements n'était lié à un excès de sédation (Wilson LC *et al.*, 2009). En cas de sédation consciente, le jeûne ne semble pas nécessaire.

### 5. Hypnose

L'hypnose est une méthode analgésique d'usage simple, non coûteuse, éprouvée (Gueguen *et al.*, 2015). Parmi les méthodes non pharmacologiques, elle a prouvé son efficacité en diminuant le recours aux sédatifs pendant l'IVG par aspiration sous sédation consciente et en améliorant le confort des femmes pendant l'IVG (Marc *et al.*, 2008). Cependant, l'hypnose n'a pas été évaluée en adjuvant à l'injection intratutérine d'anesthésiques locaux.

### 6. Autres techniques

L'utilisation de musique au cours de l'intervention n'améliorerait pas les douleurs pendant le geste dans deux études randomisées. L'accompagnement par une doula ne change ni la douleur postopératoire, ni la satisfaction des patientes dans une étude randomisée. La relaxation n'a pas démontré d'efficacité particulière dans cette indication.

## REVUES GÉNÉRALES

### IVG

#### La réalité : la pratique de l'IVG sous AL en France

L'IVG sous AL est beaucoup moins développée en France que dans d'autres pays européens (Pays-Bas, Belgique, Royaume-Uni...). Ainsi, l'anesthésie locale concerne environ 30 % des cas en Île-de-France tandis qu'en Belgique, par exemple, ce taux est d'environ 80 % (rapport Galaup, données 2010). Les deux principales raisons de cette différence sont le type de professionnel impliqué dans l'IVG et le lieu de pratique de l'IVG.

#### 1. Type de professionnel impliqué dans l'IVG

Lorsqu'on examine la prévalence de l'IVG sous AL dans 11 centres d'IVG parisiens, on constate de façon évidente que, dans les centres où il existe des professionnels formés et dédiés à la pratique de l'IVG, le pourcentage d'IVG sous AL est largement plus élevé que dans les centres où l'activité d'IVG est intégrée, pour ne pas dire "diluée" dans un service de gynécologie-obstétrique [6]. L'explication réside dans le fait que, dans les services de gynécologie-obstétrique, la pratique de l'aspiration instrumentale est bien souvent confiée aux jeunes médecins en formation qui ne possèdent ni la formation ni l'expérience de la pratique de l'IVG sous AL.

#### 2. Lieu de pratique de l'IVG

Jusqu'en 2016, la pratique de l'IVG était exclusivement cantonnée aux

établissements de soins (hôpitaux et cliniques), contrairement aux autres pays européens précédemment cités où l'IVG se pratique principalement dans des structures spécifiques situées en dehors des hôpitaux. Dans les hôpitaux français, lorsqu'il n'y a pas de structure et de personnel dédiés à la pratique de l'IVG, l'aspiration instrumentale est généralement pratiquée sous anesthésie générale. Aujourd'hui, l'article 77 de la loi de santé modifie l'article L6323-1 du Code de la santé publique et autorise désormais la pratique de l'IVG dans les centres de santé, mais seulement sous anesthésie locale. Ce dispositif permet de compléter harmonieusement la possibilité qu'ont les femmes en ville, depuis 2004, de pratiquer une IVG par méthode médicamenteuse.

En effet, devant les difficultés d'accès qui persistent pour obtenir une IVG instrumentale à l'hôpital dans certains départements, beaucoup de femmes se tournent par défaut vers la méthode médicamenteuse en ville. La possibilité de pouvoir aussi proposer la méthode instrumentale en ville sous anesthésie locale donne ainsi la possibilité aux femmes de choisir réellement la méthode qui leur convient le mieux. Pourtant, le Conseil National des Professionnels de Gynécologie et Obstétrique (CNPGO) s'est prononcé contre l'élargissement de la pratique de l'IVG instrumentale en dehors des établissements de santé. La Haute Autorité de Santé (HAS) a été saisie afin de définir le cahier des charges pour la réalisation des IVG instrumentales hors établissement de santé

et a publié un document en mars 2016 [7]. La HAS appelle cependant à une vigilance exigeante pour que l'offre additionnelle que peut représenter la réalisation d'IVG instrumentales en centre de santé ne vienne se substituer aux réponses que doivent assurer les établissements de santé. Cette attention est essentielle pour garantir aux femmes un véritable choix entre différentes alternatives et différents lieux de réalisation de l'IVG.

#### Bibliographie

1. Quels niveaux d'environnements techniques pour la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire ? Rapport d'évaluation. HAS, décembre 2010. [www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-02/rapport\\_definition\\_environnements\\_techniques.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-02/rapport_definition_environnements_techniques.pdf)
2. TANGSIRIWATTHANA T, SANGKOMKAMHANG US, LUMBIGANON P *et al.* Paracervical local anaesthesia for cervical dilatation and uterine intervention. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013;9:CD005056
3. RENNER RM, NICHOLS MD, JENSEN JT *et al.* Paracervical block for pain control in first-trimester surgical abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*, 2012;119:1030-1037.
4. RENNER RM, EDELMAN AB, NICHOLS MD *et al.* Refining paracervical block techniques for pain control in first trimester surgical abortion: a randomized controlled noninferiority trial *Contraception*, 2016;94:461-466.
5. CONTI JA, LERMA K, SHAW KA *et al.* Self-Administered Lidocaine Gel for Pain Control With First-Trimester Surgical Abortion: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol*, 2016;128:297-303.
6. [cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/cme7juillet2015\\_rapport\\_ivg.pdf](http://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/cme7juillet2015_rapport_ivg.pdf)
7. [www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/rapport\\_ivg\\_vd.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/rapport_ivg_vd.pdf)

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.