

## COMMENT NOUS PRATIQUONS LES AVORTEMENTS PAR ASPIRATION

Cette méthode très simple est pratiquée depuis près de 15 ans par les infirmières chinoises. Elle nous est parvenue début 1973 par l'intermédiaire d'un psychologue américain Harvey KARMAN venu à Paris l'apprendre aux médecins du G.I.S.

Les avantages de la méthode "par aspiration" (selon la traduction de l'article de "Population Reports" parue dans le Monde du 7 Mars 1973) sont : la simplicité, la possibilité d'employer un personnel paramédical, les complications minimales, les effets secondaires mineurs, la rapidité du procédé, l'absence d'anesthésie générale, un équipement peu onéreux.

ELLE EST SIMPLE ET RAPIDE pour les grossesses de 5 à 7 semaines (7 à 9 semaines d'aménorrhées). On peut sans problème notable aller jusqu'à 10 semaines de grossesse avec une canule de 8 mm, c'est parfois un peu plus long.

La durée de l'avortement est de 1/2 heure à 3/4 d'heure, y compris un toucher vaginal, la pose du spéculum, la désinfection de l'exocol, la pose de la pince Pozzi et la dilation. L'aspiration elle-même dure de 2 à 5 minutes. Les deux moments parfois douloureux sont la dilation et l'aspiration, pendant lesquels l'utérus a des contractions et provoque des sensations comparables à des règles douloureuses.

La technique est applicable par n'importe quelle personne réellement décidée à bien la pratiquer :

- s'assurer de l'âge exact de la grossesse par le toucher vaginal et pas seulement selon la date des dernières règles (comme le font trop souvent certains médecins) ;
- s'assurer des antécédents gynécologiques et généraux : gestations et avortements antérieurs, tension, circulation sanguine (coagulation) et Rhésus ;
- s'assurer des très rares contre-indications à l'atropine (une prémédication d'antropasmodique uniquement est faite 1/4 d'heure avant l'aspiration) ;
- permettre un climat d'égalité et de tendresse entre toutes les personnes présentes en donnant le maximum d'informations sur la méthode et les sensations, en donnant le rôle principal, central, à la femme avortée. C'est elle qui regarde, qui contrôle ce qui est fait, qui peut se pratiquer elle-même certaines opérations ; c'est elle qui décide des temps de repos en cours d'aspiration.

ELLE N'EST PAS TRAUMATISANTE POUR LA FEMME,

Les touchers vaginaux sont faits doucement, progressivement. La femme peut y participer pour la main abdominale. De même pour la pose du spéculum en plastique dont le contact est beaucoup moins "froid" qu'avec un spéculum métallique. La pince Pozzi, barbare d'apparence, n'est, en fait, pratiquement pas douloureuse car l'exocol n'est pas innervé. L'opération qui donnait souvent le plus d'appréhension aux femmes avortées est la piqûre de prémédication (intramusculaire d'Atropine-Buscopan). Cette attitude générale cédait très facilement à partir du moment où nous apprenions toutes ensemble à faire des piqûres (y compris les intraveineuses) dans de bonnes conditions. Il s'agit là, typiquement, d'un acte dit médical, qui devrait être appris à tout le monde (surtout pour les intramusculaires).

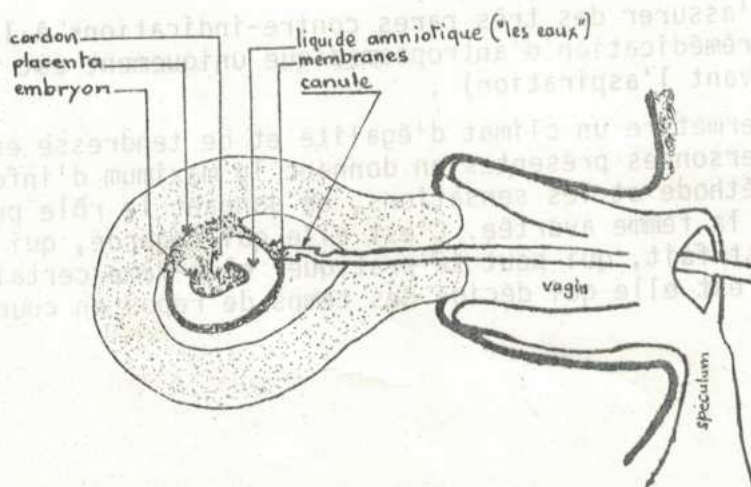
La dilatation douce, progressive et modeste du col et de l'isthme utérin se fait avec des dilateurs gradués souples, de taille croissante, en gomme. Tout risque de perforation utérine ou d'une trompe est évité, grâce à la matière mais aussi grâce à la mesure de la profondeur utérine avec un hystéromètre. La dilatation est modeste puisque jusqu'à 7 semaines de grossesse la canule de 6 mm est suffisante (dont dilatation progressive à 3,5 mm, puis, 4,5, puis 5,5 et enfin 6,5 mm) et surtout parce que toute révision utérine avec une petite curette est inutile.

L'aspiration elle-même n'abîme pas l'utérus puisqu'il n'y a pas raclage avec un objet plus ou moins tranchant (comme dans le curetage) mais seulement décollement de l'oeuf par aspiration.

La canule est un tube en plastique souple, creux, fermé et arrondi au bout, muni de 2 encoches latérales apposées permettant le passage des produits de conception. La force d'aspiration est limitée pour ne pas léser les parois utérines (vide de 50 à 60 cm de mercure).

Le très classique "choc vagal", nous ne l'avons pas rencontré, et cela principalement parce que la femme avortée prend en charge consciemment son aspiration, dans un climat chaleureux de solidarité positive.

Nous pouvons préciser que nous faisons systématiquement l'injection de gamma globulines anti-D après l'aspiration en cas d'incompatibilité de Rhésus (rh -) afin de protéger les grossesses ultérieures.



MISE EN PLACE DE LA CANULE POUR L'ASPIRATION

ELLE EST TRES SURE, si elle est pratiquée dans les conditions décrites ci-dessus. Elle permet d'évacuer totalement l'oeuf, les membranes et le placenta sans secours à un curetage complémentaire et sans léser les tissus utérins.

Le moment précis de fin d'aspiration est souvent très net et les mouvements (de rotation et de va-et-vient) de la canule sont arrêtés instantanément et le vide débranché. On peut facilement prévoir l'arrivée des trois signes de fin, puisqu'on voit passer les membranes dans la canule transparente. Ces signes sont :

- . plus rien ne passe dans la canule,
- . la femme ressent une contraction assez forte due à la rétraction assez brusque de l'utérus vide,
- . l'opérateur sent un contact rapeux au bout de la canule. L'utérus "saisit" la canule.

De plus, l'examen attentif des débris aspirés (la taille et la qualité de membranes, la quantité de placenta, la taille des cartilages éventuels) permet une corrélation avec l'âge de grossesse déterminé par notre "toucher vaginal" et l'examen du médecin traitant (que nous demandons systématiquement).

A propos des signes de fin nous pouvons affirmer qu'un utérus vide se rétracte et ne saigne pas (aux problèmes de coagulation près). Les célèbres hémorragies post-abortives se produisent après les avortements clandestins (sondes) ou après des aspirations non terminées. La continuation de l'aspiration permet alors l'arrêt immédiat du saignement.

#### ELLE NE NECESSITE PAS D'ANESTHESIE GENERALE

Celle-ci serait inutile et beaucoup plus ~~dangereuse~~ que l'aspiration. L'absence d'anesthésie générale permet à la femme d'avoir une part active à son avortement et de le contrôler. De plus, cela permet à la femme après quelques moments de repos, d'être en pleine possession de ses moyens et de reprendre sa vie normale. Pas de problème de "réveil difficile".

#### LES SUITES DES ASPIRATIONS SONT BANALES

Moyennant quelques précautions d'aseptie pendant une dizaine de jour (car le col reste entr'ouvert) il n'y a pas d'infection due à l'aspiration (Par contre les métrites ou cervicites constatées avant aspiration restent à soigner après). Cela rend absolument néfaste une antibiothérapie systématique. Le tétanos post abortum est également inconnu puisque tous les instruments sont stériles.

13) Nous sommes absolument sûrs que les suites médicales des 900 avortements que nous avons faits sont minimes parce que chaque femme est restée en contact avec une femme du MLAC pendant les 15 jours qui suivaient l'avortement. Après ce délai de 2 semaines, nous pratiquons un examen gynécologique complet permettant de vérifier alors que l'utérus est totalement involué, sans rétention et sans infection. De plus, les femmes revoyaient ensuite leur médecin pour la contraception du 2ème mois (le jour de l'aspiration nous recommandions une pilule séquentielle, sauf en cas d'infection importante).

Pratiquée dans de telles conditions, la méthode par aspiration est très supérieure en qualité au curetage (pour les grossesses de 5 à 10 semaines (Pas de béances du col, pas de stérilité secondaire après la première aspiration).

Si nous voulons donner ici un rapide bilan médical :

- . La moyenne d'âge des 900 femmes avortées est de 25 ans (25 % sont des mineures). La moitié sont mariées et ont un ou plusieurs enfants. La moitié ont une activité professionnelle, le quart sont des femmes au foyer.
- . Nous avons constaté 12 rétentions placentaires que nous avons pratiquement toutes stoppées par réaspiration (et antibiotique). Nous avons eu aussi deux cas d'"abortum ectopique", dont une grossesse extra-utérine constatée en début d'aspiration. Nous avons eu également une grossesse molaire caractérisée et bien suivie.

4