

	IVG médicamenteuse en intra-hospitalier		
	Réseau Périnatal de la Réunion	www.repere.re Onglet Protocoles GYN / Obst	Création novembre 2019 Validation : Club IVG 2019

Objectif – domaine d'application

Organisation et prise en charge des demandes d'IVG par voie médicamenteuse dans les Centres de Santé Sexuelle et services d'orthogénie des établissements de santé de la Réunion.

Les documents utiles sont à retrouver sur le site du RePère : check list IVG, attestation de consultation pré IVG, formulaire de consentement, coordonnées régionales pour la réalisation de l'entretien psycho social et le dépistage « gratuit » des IST, fiche sur les idées reçues de l'IVG, les suites de l'IVG médicamenteuse, modèles d'ordonnances.

Abréviations - références

AG : âge gestationnel	EVA : échelle visuelle analogique	IST : infection sexuellement transmissible	LCC : longueur crano-caudale
BIP : diamètre bipariétal	FCU : frottis cervico-utérin	IVG : interruption volontaire de grossesse	PS : professionnel de santé
CAT : conduite à tenir	FDR : facteur de risques	IVGM : interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse	RAI : recherche d'agglutinines irrégulières
CPDPN : centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal	GEU : grossesse extra-utérine	LARC : contraceptifs réversibles de longue durée d'action	SA : Semaines d'aménorrhée
DIU : dispositif intra-utérin	HAS : Haute Autorité de Santé		

Bibliographie complète à retrouver sur : [Protocole IVGM en intra-hospitalier, texte long, Réseau Périnatal de la Réunion, juillet 2018.](#)

1 – Définitions – Diagnostic

A – IVG :

- Les femmes doivent être informées des avantages et des inconvénients de chacune des méthodes, médicamenteuse ou instrumentale, en fonction du terme et des effets secondaires afin de faire un choix éclairé en fonction de leur situation personnelle et de leur ressenti par rapport à la technique. Ne pas conseiller une méthode d'emblée et permettre un accès équivalent à chaque méthode.
- Un entretien psychosocial doit être systématiquement proposé. Cet entretien est obligatoire pour les mineures.
- Un dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles doit être proposé ; le dépistage du Chlamydiae Trachomatis est recommandé pour toute femme en demande d'IVG.
- Une information éclairée doit être donnée sur les différents types de contraception régulière et d'urgence.

Deux modalités d'interruption de grossesse sont accessibles après vérification échographique d'une grossesse intra utérine évolutive et de sa datation :

- L'IVG médicamenteuse, par protocole Mifépristone (Mifegyne®)-Misoprostol (Gymiso® ou MisoOne®) ; proposée jusqu'à 7 SA hors établissement de santé par un PS agréé et jusqu'à 14SA en établissement de santé.
- L'IVG chirurgicale ou instrumentale se fait sous anesthésie locale, loco-régionale ou générale, jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée et se déroule au bloc opératoire en établissement de santé, en hospitalisation de jour.

B – IVG par voie médicamenteuse :

La méthode médicamenteuse est réalisable sous conditions jusqu'à 12 SA, voire 14 SA.

Contre-indications :

- Allergie aux produits,
- Anémie profonde,
- Troubles de la coagulation, traitement anticoagulant,
- Insuffisance surrénalienne chronique,
- Porphyrie,

- GEU confirmée ou suspectée.

Précautions d'emploi :

Pathologies graves, traitements par corticostéroïdes.

Pas de contre-indications ni de changement de protocole en cas d'allaitement, obésité, grossesse gémellaire, utérus cicatriciel.

2 – Parcours de soins – descriptif de la procédure :

A- 1^{ère} consultation, préalable à l'IVG :

- Réalisée par tout médecin ou toute sage-femme choisi(e) par la femme (*consultation non comprise dans le tarif forfaitaire IVG*).
- Recueil de la demande d'IVG ; s'assurer de la liberté de choix de la femme.
- La femme doit être **informée** des différentes méthodes, des lieux de réalisation de l'IVG, des risques et des effets secondaires potentiels.
- Le « **dossier-guide IVG** » lui est remis (téléchargeable sur https://www.repere.re/fileadmin/user_upload/Pro/guide_ivg_2018.pdf et https://ivg.gouv.fr/IMG/pdf/guide_ivg_medicamenteuse_memo_pratique_sans_visuels_couv_2017.pdf), fiche « **idées reçues et IVG** » (https://www.repere.re/fileadmin/user_upload/IVG_Idees_recues_pour_pli.pdf)
- Proposer systématiquement l'**entretien psycho-social** (obligatoire si mineure, facultatif si majeure) ;
- Dépistage des vulnérabilités et orientations éventuelles,
- Prescrire un **bilan pré-IVG** (dosage hCG, groupe rhésus si absence de carte de groupe, +- RAI) +- prescrire Rhophylac® 200µg si rhésus négatif,
- Proposer un FCU selon les recommandations,
- Prescrire ou réaliser l'échographie pré-IVG ; avec recherche de la vésicule vitelline ou mesure de la LCC, sans image et sans son pour la patiente (sauf souhait femme/couple).
- Si la patiente est porteuse d'un DIU, retirer celui-ci, ou lors de la 2^{ème} consultation (avant la prise de la Mifépristone),
- **Une attestation de consultation de demande d'IVG doit être établie et remise à la patiente.**
- Lors de cette 1^{ère} consultation ou à tout moment dans le parcours de demande d'IVG, un dépistage des **IST** est proposé selon les recommandations (rappel : **dépistage du Chlamydia Trachomatis** recommandé dans le cadre de l'IVG),
- La prescription d'une contraception peut être abordée lors de cette 1^{ère} consultation ou à tout moment du parcours IVG, afin de permettre à la patiente de choisir la **contraception** la plus adaptée à sa vie sexuelle et son mode de vie (voir la fiche HAS « Contraception chez la femme après une interruption volontaire de grossesse IVG »).

Tous les médecins ou sages-femmes ne sont pas tenus de prendre en charge l'IVG. Ils doivent en revanche en informer immédiatement les femmes qui en font la demande et leur donner le nom de confrères susceptibles de réaliser l'IVG (voir cartographie de l'offre IVG à La Réunion sur www.repere.re).

B- L'entretien psycho-social

- Réalisé par une personne qualifiée (conseiller conjugal, assistant social qualifié...) qui apporte une assistance et des conseils appropriés à la situation.
- Il est obligatoire pour une femme mineure avant l'IVG et donne lieu pour elle à la remise d'une **attestation** indispensable pour procéder à l'IVG.
- Il doit être proposé systématiquement à toute femme majeure.
- Après cet entretien, un **délai de réflexion de 48H** doit être respecté avant la remise du consentement écrit de demande d'IVG par la patiente.
- **Les coordonnées** des Centres de Planification et d'Éducation Familiale, Association Planning Familial 974, Conseillères Conjugales et Familiales des établissements de santé de la Réunion sont à retrouver sur : https://www.repere.re/fileadmin/user_upload/IVG_coordonnees_entretien_pscho-social_IST.pdf
- Cet entretien psycho-social peut être réalisé à tout moment dans le parcours IVG.

C - La 2^{ème} consultation : consentement et IVG :

Elle fait suite à la première consultation « pré-IVG », sans délai particulier si l'entretien psychosocial n'est pas réalisé et peut alors être réalisée le même jour. (Consultation comprise dans le tarif forfaitaire IVG).

- La femme **remet son consentement écrit et signé de confirmation de demande d'IVG**.
- **Si la femme est mineure non émancipée**, la remise du consentement écrit d'un parent ou d'un représentant légal est nécessaire. Si la mineure souhaite garder le secret ou si elle n'obtient pas le consentement des parents, la mineure désigne un majeur référent l'accompagnant.
- **Si la mineure souhaite garder le secret vis-à-vis de ses parents/représentants légaux : elle doit toutefois consigner par écrit les coordonnées de ses parents/représentants légaux. Ces renseignements sont mis dans une enveloppe cachetée mise dans le dossier pour lui être rendue à la sortie s'il n'y a eu aucun souci grave pour elle. Dans le cas contraire, l'accord du Procureur de la République est obligatoire pour lever la scellée et informer les parents.**
- Établir le calendrier de l'IVG.
- Prise du 1^{er} médicament : MIFEPRISTONE 200mg (1 comprimé Mifegyne®) par voie orale par la patiente en présence du PS.
- Administration du Rhophylac® 200µg si rhésus négatif et RAI (anti D) négatives.
- RDV D'HOSPITALISATION : 36-48h après cette 1^{ère} prise de médicament.
- Si la méthode contraceptive choisie est l'implant progestatif, celui-ci peut être posé par le PS.

D – En hospitalisation, 36-48 h après la prise de la Mifépristone :

- Accueil de la patiente dans le service d'orthogénie ; patiente non à jeûn.
- Rappel des informations données sur le déroulement de la journée : prise des médicaments, saignements et douleurs, surveillance et contrôle post IVG.
- Prise de l'antalgique (AINS ou palier II) et de l'antiémétique,
- Attendre 30 minutes, puis prise du Misoprostol (Gymiso® ou MisoOne®) ou Géméprost (Cervagème®).

< 7 SA	7 - 9 SA	9 - 12 SA	12 - 14 SA
400µg Misoprostol ou 1mg Géméprost	800µg Misoprostol ou 1mg Géméprost	800µg Misoprostol ou 1 mg Géméprost	1mg Géméprost
Voie orale : Gymiso® (2 cp de 200µg) ou MisoOne® (1cp de 400µg) Ou voie vaginale : Cervagème® 1ovule de 1 mg) Renouvellement éventuel 3 heures après : dose 400µg misoprostol voie orale ou 1mg géméprost voie vaginale.	Voie orale (Gymiso® ou MisoOne®) Ou voie vaginale (Cervagème®) Renouvellement éventuel 3 heures après : Dose 400µg misoprostol voie orale ou 1mg géméprost voie vaginale.	Voie orale (Gymiso® ou MisoOne®) Ou voie vaginale (Cervagème®) Renouvellement toutes les 3 heures jusqu'à expulsion : Dose 400 µg misoprostol voie orale ou 1mg géméprost voie vaginale. Jusqu'à 5 doses supplémentaires si nécessaire	Voie vaginale Renouvellement dose toutes les 3 heures jusqu'à expulsion Jusqu'à 5 doses supplémentaires si nécessaire
		Au-delà de 9 SA, répéter systématiquement les prises de misoprostol (recommandations CNGOF 2016)	

- Évaluation de la douleur (EVA), renouvellement du traitement antalgique si besoin,
- Surveillance des paramètres (TA, pouls, t°), des saignements/ de l'expulsion, des nausées/vomissements.
- Si expulsion hors toilettes, la pièce anatomique est à mettre dans le collecteur de déchets médicaux (DASRI).
- Entre 9 et 14 SA : contrôle échographique à H6.
 - Si absence sac gestationnel et métrorragies maîtrisées : retour à domicile autorisé.
 - Si présence sac gestationnel : renouvellement des doses de misoprostol ou géméprost (cf tableau ci-dessus) et organisation si besoin en service de gynécologie. Prévoir alors consultation d'anesthésie et programmer un curetage le lendemain si la présence du sac gestationnel est toujours confirmée par échographie.

E - Gestion de la sortie :

- Gestion de la sortie avec accord du gynécologue.
- Informations et remise des documents éducatifs.
- Prescription et éducation sur la contraception.
 - Si DIU non posé ce jour**, effectuer la prescription et fixer un rendez-vous de pose après le premier cycle de contraception. Insister sur la nécessité d'une contraception relais avant la pose du DIU.
 - Si prescription d'une contraception hormonale orale**, insister sur le début du traitement le jour même de l'IVG.
 - Pose de l'implant contraceptif** avant la sortie.

Rappeler que seuls les préservatifs protègent des IST. **Préservatifs masculins remboursés, prescrits** sans distinction de genre (homme ou femme) : *préservatif masculin lubrifié, MAJORELLE, EDEN (remboursés si plus de 15 ans), préservatif masculin lubrifié, POLIDIS, SORTEZ COUVERTS ! (sans limitation d'âge).*

- Rappel de l'importance d'une consultation entre 14 et 21 jours chez un gynécologue, un médecin ou une sage-femme.
- Remise des documents de sortie : ordonnances, compte rendu opératoire et carte de groupe sanguin rhésus.
- Vérification de la sortie avec un accompagnant adulte pour les mineures.

F - Consultation post-IVG :

Une consultation de suivi est recommandée pour s'assurer du succès de la méthode.

Entre 7 et 9SA, en l'absence d'échographie en cours d'hospitalisation, rappeler à la patiente que les saignements suite à la prise des médicaments ne sont **pas synonymes de réussite de l'IVG ; le dosage de l'hCG ou l'échographie post IVG sont indispensables.**

Au-delà de 9SA, l'échographie étant réalisée de façon systématique en post IVG immédiat, la consultation post IVG demeure indispensable afin de s'assurer de l'absence de complications et de faire le point sur la méthode de contraception choisie (adéquation de la contraception par rapport aux besoins de la femme, compréhension et bonne utilisation).

A cette occasion, un entretien psycho social post IVG est aussi proposé ou d'autres relais éventuels.

Évaluation du succès de l'IVG :

- Dosage sérique hCG : diminution de 80% du dosage initial 15 jours après l'IVG médicamenteuse,
- Ou autotest urinaire à domicile, 15 jours après l'IVG, combiné à un suivi téléphonique,
- Ou échographie, à réaliser vers le 21^{ème} jour post IVG.

3 – Contraception post IVG :

L'ovulation reprend rapidement après l'IVG ; 1 femme sur 4 a des rapports sexuels non protégés avant la visite post-IVG.

Les contraceptifs réversibles de longue durée d'action (**LARC**) tels que l'implant et les DIU, semblent plus efficaces pour éviter la répétition des IVG.

Le choix de la méthode contraceptive doit être en accord avec les attentes et le mode de vie de la femme ; information claire, objective et personnalisée avec respect des contre-indications.

Suite à une IVG médicamenteuse :

- Les **œstro-progestatifs oraux et les patchs** peuvent être débutés le jour même ou le lendemain de la prise de prostaglandines Misoprostol,
- L'**anneau vaginal** peut être inséré dans la semaine suivant la prise de Mifépristone,
- Les **pilule micro progestatives** peuvent être débutées le jour même ou le lendemain de la prise de prostaglandines Misoprostol,
- L'**implant** peut être inséré le jour de la prise de Mifépristone,
- Les **DIU** peuvent être insérés dans les 10 jours suivant la prise de Mifépristone, après s'être assuré par échographie de l'absence de grossesse intra-utérine (pas plus d'expulsions, d'infections, de perforations ou de saignements).
- Rappeler que seuls les préservatifs protègent des IST. **Préservatifs masculins remboursés, prescrits** sans distinction de genre (homme ou femme) : *préservatif masculin lubrifié, MAJORELLE, EDEN (remboursés si plus de 15 ans), préservatif masculin lubrifié, POLIDIS, SORTEZ COUVERTS ! (sans limitation d'âge).*

4 – Modalités pratiques :

A – Définitions :

- Une **grossesse intra-utérine** (GIU) est une grossesse implantée dans la cavité utérine (cicatrice de césarienne exclue).
- Une **grossesse ectopique** (souvent appelée « grossesse extra-utérine [GEU] ») est une grossesse implantée hors de la cavité utérine : cornuale, cervicale, sur cicatrice de césarienne, tubaire, ovarienne ou abdominale.
- Une **grossesse de localisation indéterminée** (GLI) est une grossesse pour laquelle le dosage des hCG est positif (urinaire ou sanguin), mais pour laquelle l'échographie n'objective pas de grossesse, quel qu'en soit le siège.
- Une **grossesse intra-utérine d'évolution incertaine** correspond, en échographie, à un sac gestationnel > 25 mm (moyenne de 3 mesures orthogonales) sans embryon, ou à un embryon ayant une LCC > 7 mm sans activité cardiaque.
- Une **grossesse intra-utérine évolutive certaine** est une grossesse intra-utérine avec un embryon présentant une activité cardiaque.
- Une **grossesse arrêtée** correspond en échographie à un sac gestationnel intra utérin avec un embryon > 7 mm sans activité cardiaque ou un sac gestationnel intra utérin \geq 25 mm sans embryon ; absence d'évolutivité sur 2 examens à 8-10 jours d'intervalle.

B – Avant l'IVG médicamenteuse :

L'échographie avant l'IVG : n'est pas obligatoire avant une IVG mais est recommandée.

- permet datation de grossesse => respect des délais de l'IVG,
- permet localisation de grossesse => diagnostic différentiel de GEU,
- permet de suivre évolutivité => diagnostic différentiel avec FCS.

En pratique :

- A l'échographie, avant l'apparition de l'embryon, la datation repose sur la mesure du sac ovulaire.
- A l'échographie, un sac ovulaire est une image arrondie anéchogène entourée d'une double couronne trophoblastique hyperéchogène localisée au sein de l'endomètre.
- Un sac ovulaire de plus de 10 mm doit normalement contenir une vésicule vitelline. La présence d'une vésicule vitelline dans le sac gestationnel signe le caractère endo-utérin de la grossesse.
- Un sac ovulaire de plus de 16 mm doit normalement contenir un embryon.
- Après l'apparition de l'embryon, la datation repose sur la mesure de la longueur crano-caudale LCC (**courbe de Robinson**).
- Un embryon de 4 mm ou plus doit normalement présenter une activité cardiaque.
- Si le taux d'hCG est >1500UI/L et l'œuf non visible en échographie endovaginale, la suspicion de grossesse extra-utérine l'emporte toujours.

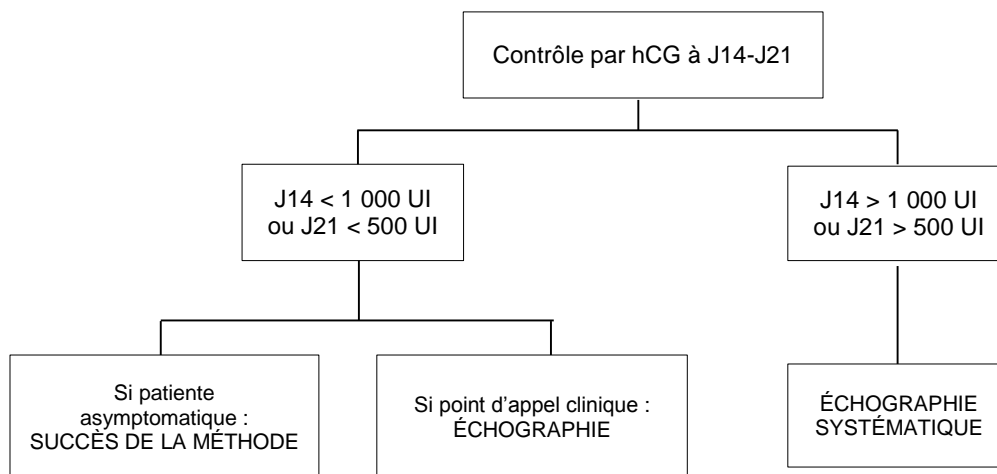
Encadré 1 : Signes échographiques d'une grossesse

C – Après l'IVG médicamenteuse :

L'efficacité de la méthode médicamenteuse est définie par l'avortement complet sans nécessité d'intervention chirurgicale, quelle qu'en soit l'indication.

Interprétation du contrôle biologique :

- Suivi du contrôle de la décroissance du taux d'hCG avec baisse de plus de 80% du taux initial de l'hCG.
- Valeurs seuils de l'hCG plasmatiques selon la date de contrôle :
J7 : 2000 UI/L, J14 : 1000 UI/L, J21 : 500 UI/L



Interprétation de l'échographie post IVG :

La réalisation systématique d'une échographie post IVGM n'est pas recommandée en routine. L'étude de l'épaisseur de l'endomètre n'a plus sa place dans l'évaluation de l'indication d'une aspiration. Son seul but est de déterminer si le sac gestationnel est présent ou non.

Expulsion complète : endomètre absent ou peu abondant, entourant parfois une petite hématométrie résiduelle ; dosage hCG souvent inférieur à 100 UI/L.

Grossesse évolutive persistante : 0,5-1% des IVGM. Suspectée par le dosage de l'hCG et facilement confirmée par l'échographie. L'évacuation par aspiration doit être proposée rapidement. Si la patiente choisit de poursuivre la grossesse, l'informer des risques de malformations fœtales et l'adresser vers un Centre de Diagnostic anténatal (CPDPN).

Rétention de grossesse arrêtée (rétention ovulaire) : l'échographie montre une persistance d'un sac gestationnel. L'expectative n'est pas recommandée et l'évacuation par aspiration doit être proposée (ou nouvelle dose de misoprostol en cas de refus de la chirurgie).

Fausse couche incomplète (rétention de produit de conception) : contrôle de l'évacuation des débris après la survenue des règles en l'absence de symptomatologie clinique. Si la rétention persiste après les règles, une évacuation de l'utérus sera pratiquée par aspiration ou par exérèse sous contrôle hystéroscopique.