

	IVG instrumentale		
	Réseau Périnatal de la Réunion	www.repere.re Onglet Protocoles GYN / Obst	Création septembre 2019. MAJ 04/02/20 Validation : Club IVG 29/10/2019.

Objectif – domaine d'application

Organisation et prise en charge des demandes d'IVG par voie instrumentale, dans les établissements de santé agréés pour cette activité.

Les documents utiles sont à retrouver sur le site du RePèRe : 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.

Abréviations - références

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

Bibliographie complète à retrouver sur : Protocole IVG instrumentale, 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 systématique d'une infection à Chlamydiae Trachomatis et Neisseria gonorrhoeae** doit être réalisé avant toute IVG chirurgicale.
- Un dépistage des autres Infections Sexuellement Transmissibles doit être proposé ;
- 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 SA et se déroule au bloc opératoire en établissement de santé, en hospitalisation de jour.

B – IVG par voie instrumentale :

La méthode chirurgicale est réalisable jusqu'à 14 SA.

L'IVG peut être réalisée lorsque les mesures de LCC et/ou de BIP sont respectivement inférieures à 90 mm et/ou 30 mm.

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

- Réalisée par tout médecin ou toute sage-femme choisi 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 **FCV** 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). Non obligatoire dans la loi avant une IVG mais systématiquement conseillée. En cas d'approche du terme de 14 SA, la réalisation d'une échographie est recommandée pour définir une datation précise.
- Si la patiente est porteuse d'un DIU, retirer celui-ci, ou lors de la 2^{ème} consultation.
- **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 CT** recommandé dans le cadre de l'IVG, **dépistage systématique CT et NG par PCR avant toute IVG chirurgicale.**
- 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 »). Si la méthode contraceptive choisie est l'**implant progestatif** ou le **DIU**, la prescrire car pourra être posée le jour de l'intervention.

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). Si le choix de la patiente est l'IVG par méthode chirurgicale, l'adresser directement vers le centre d'orthogénie le plus proche.

- Si cette 1^{ère} consultation se déroule au sein de l'établissement qui réalisera l'IVG instrumentale, établir le calendrier de l'IVG : prévoir avec la patiente le créneau d'hospitalisation et programmer une consultation pré-anesthésique, planifier le rdv au bloc opératoire, prescrire le bilan préopératoire, savon antiseptique (douche de la veille de l'intervention).

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_psycho-social_IST_.pdf
- Cet entretien psycho-social peut être réalisé à tout moment dans le parcours IVG.

C - Consentement et IVG instrumentale :

Elle fait suite à la première consultation « pré-IVG », sans délai particulier si l'entretien psychosocial n'est pas réalisé. (Consultation comprise dans le tarif forfaitaire IVG). A réaliser au sein de l'établissement qui effectuera l'IVG instrumentale.

- La femme **remet son consentement écrit et signé de confirmation de demande d'IVG.**
(Si la patiente infirme la demande d'IVG, la prendre en charge pour un suivi de grossesse et annuler toutes les options de rendez-vous prises pour l'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.
- Expliquer comment va se dérouler l'hospitalisation : accueil (lieu, heure,...), prévoir un accompagnant pour le retour à domicile (pas de conduite de véhicule pendant 24H suite à l'anesthésie générale).
- Prescrire ou réévaluer la méthode contraceptive choisie selon les besoins de la patiente (l'implant progestatif ou le DIU peut être posé le jour de l'intervention).
- La veille de l'intervention, la patiente doit prendre une douche antiseptique avant le coucher. Prémédication si prescrite par l'anesthésiste.
Rappel des règles de jeûne : solide 6 h avant l'intervention, liquide clair (café, thé, jus de fruits sans pulpe, boissons sucrées non gazeuses) 2h avant l'intervention. Pas de vernis, ni bijoux, ni piercing, ni lentilles de contact, ni maquillage.
- Adjonction de 200 mg de mifépristone au misoprostol 24 à 48 heures avant le geste pour les grossesses comprises entre 12 et 14 SA.

D – Le jour de l'intervention :

- Accueil de la patiente et installation en chambre (avec accompagnateur si mineure),
- Vérification du dossier de la patiente : attestation 1^{ère} consultation pré IVG, +- attestation entretien psychosocial, consentement écrit et signé de demande et confirmation d'IVG, détermination du groupe sanguin rhésus phénotypée, consultation pré anesthésique +- bilan pré opératoire (RAI), résultats du dépistage CT et NG.
- Préparation pour le passage au bloc opératoire : blouse, charlotte, surchausses, perfusion, bracelet d'identification, prémédication si prescrite.
- Prise de l'ibuprofène à dose antalgique et de l'anti émétique, 30 minutes avant la prise du Misoprostol,
- Préparation cervicale : Misoprostol 400µg (2 comprimés à 200 µg de Gymiso® ou 1 comprimé de 400µg MisoOne®),
- En cas de dépistage positif pour un agent responsable d'IST, antibiothérapie adaptée au germe identifié et traitement proposé au(x) partenaire(s) de la patiente :
 - Neisseria gonorrhoea : Ceftriaxone 500 mg en dose unique par voie IM.
En cas d'allergie aux céphalosporines : Azithromycine 2 g en dose unique ou gentamicine 240 mg par voie IM ou SC en dose unique.
La ciprofloxacine 500 mg en dose unique ne doit être utilisée qu'après vérification de sa sensibilité sur l'antibiogramme.
 - Chlamydiae Trachomatis : Doxycycline 200 mg en 1 ou 2 prises quotidiennes pour une durée de 7 jours.
 - Mycoplasma genitalium : Azithromycine 500 mg à J1 puis 250 mg par jour de J2 à J4.
En cas d'échec de l'éradication microbiologique ou de prise de macrolides au cours des 3 derniers mois, faire une recherche de mutation de résistance aux macrolides. En cas de résistance à l'azithromycine, moxifloxacine 400 mg par jour pendant 7 jours.

Dans le cas où le résultat d'un dépistage positif pour un agent responsable d'IST ne serait disponible qu'après la réalisation de l'IVG, le traitement devra être instauré dans les plus brefs délais.
Une évaluation au cas par cas du bénéfice/risque à faire une antibioprofylaxie est toujours possible.

- Au bloc opératoire, par le médecin :
 - Vérifier le groupe sanguin rhésus,
 - En cas d'anesthésie locale ou loco-régionale, proposer si possible un accompagnement dédié (limiter les effets sonores avec un casque à musique par exemple),
 - Vérifier la pression d'aspiration (au maximum 80mmHg), éviter l'utilisation de toute curette,
 - Vérifier la contraception prévue et si possible, poser le DIU ou l'implant contraceptif au décours de l'aspiration,
 - Faire le compte rendu opératoire type IVG (préciser si complications, hémorragie, mise en place contraception au long cours,...)
 - Surveillance post-opératoire immédiate assurée en SSPI.

- Au retour du bloc opératoire :
 - Relevé des transmissions du bloc opératoire,
 - Surveillance des constantes (TA, pouls, conscience), surveillance des saignements, de la douleur, de l'anxiété,
 - Collation, premier lever en présence d'un professionnel de santé,
 - Vérification d'une miction spontanée pour la patiente,
 - Prévention de l'iso immunisation Rhésus chez les patientes de groupe RH négatif : **injection intraveineuse de Rhophylac® 200µg.**

- Sortie :
 - Gestion de la sortie avec accord du médecin anesthésiste et du gynécologue et selon le score de Chung (*cf annexe 1*),
 - Informations sur l'hygiène à respecter 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. En cas de pose d'un DIU en per opératoire, contrôler à 1 mois.
Si prescription d'une contraception hormonale orale, insister sur le début du traitement le jour même de l'IVG.
Pose de l'implant contraceptif en per opératoire et vérification avant la sortie.

- 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, 3h minimum après l'intervention.

E - Consultation post-IVG :

La consultation post IVG doit être réalisée entre le 14^{ème} jour et le 21^{ème} jour suivant l'interruption de la grossesse, 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.

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 instrumentale (IVGI) :

- Les **œstro-progestatifs oraux et les patchs** peuvent être débutés le jour même de l'IVGI (ou le lendemain si la femme préfère une prise le matin),
- L'**anneau vaginal** peut être inséré dans les 5 jours suivant l'IVGI,
- Les **pilule micro progestatives** peuvent être débutées le jour même de l'IVGI (ou le lendemain si la femme préfère une prise le matin),
- L'**implant** peut être inséré le jour de l'IVG, en per opératoire si possible et si analgésie,
- Le **DIU** peut être inséré préférentiellement le jour de l'IVG (le taux d'expulsion est plus élevé mais le taux d'utilisation à 6 mois est supérieur).
- 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 – Précisions sur l'échographie pour l'IVG instrumentale :

A – L'échographie avant l'IVG instrumentale :

L'échographie avant l'IVGI 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,

Avant l'apparition de l'embryon : la datation repose sur la mesure seule du sac gestationnel. Le sac gestationnel est une image arrondie anéchogène entourée d'une double couronne hyperéchogène localisé au sein de l'endomètre.

Après l'apparition échographique de l'embryon : l'estimation de la datation de la grossesse se fait sur la mesure de la Longueur crainc caudale (LCC) définie par Robinson ou par la mesure du diamètre bipariétal (BIP) définie par le collège français d'échographie fœtale (CFEF) à partir de 11 SA (courbes Intergrowth).

En cas d'approche du terme de 14 SA, la réalisation d'une échographie est recommandée pour définir une datation précise.

La fiabilité de la mesure pour la datation est à +/- 5 jours.

Les méthodes de datation sont les mêmes en cas de grossesse gémellaire.

B – L'échographie au cours de l'IVG instrumentale :

Remarque : pour le CNGOF, il n'y a pas d'argument suffisant pour recommander en routine l'échographie au cours et/ou au décours de l'IVG instrumentale. Lorsqu'elle est réalisée, un endomètre supérieur à 8 mm devrait conduire à une réaspiration.

L'échographie abdominale continue per opératoire permettrait de diminuer le taux de complications post opératoires à court terme.

L'échographie endovaginale de contrôle en fin d'intervention permettrait de réduire le taux de complications secondaires. L'étude échographie de l'endomètre quelques jours après une IVG instrumentale n'est pas pertinente.

La rétention est moins fréquente que pour l'IVG médicamenteuse : 0,3%

Annexe 1 : Score de Chung

Critères de sortie : Score de Chung
Chung et al., Anesth Analg, 1995

Paramètres vitaux (TA, Pulsations, Respiration, T°)	
- Variations < 20% par rapport à la valeur préopératoire	2
- 20% < variations < 40%	1
- Variations > 40%	0
Déambulation	
- Démarche assurée, sans vertige	2
- Marche possible avec aide assistance	1
- Impossible	0
Nausées et/ou vomissements	
- Absents	2
- Modérés	1
- Sévères malgré traitement	0
Douleurs	
- Minimales : EVA<3	2
- Modérés : 3<EVA<5	1
- Sévères : EVA>5	0
Saignement chirurgical	
- Minime	2
- Modéré	1
- Sévère	0
Total :	

Interprétation du score de Chung :

Pour sortir, le patient doit avoir un score de Chung > ou = à 9

- *En cas d'AL pure, sortie de suite si score > ou = à 9,*
- *En cas d'AL et sédation, le patient reste minimum 1h même si score > ou = à 9,*
- *En cas d'AG, le patient reste minimum 3h même si score > ou = à 9.*