

	<b>RECOMMANDATION</b>	Version du 14-01-2024
	Prise en charge des IVG entre 14 et 16 SA en établissement de santé : méthodes médicamenteuse et instrumentale	<b>Rédaction :</b> Groupe de travail IVG RPN
		<b>Validation :</b> Commission IVG RPN

## Sommaire

Contexte.....	2
Cadre réglementaire général .....	2
Références .....	2
Datation de la grossesse .....	2
Accompagnement .....	2
Méthodes .....	3
I. Méthode médicamenteuse .....	3
1. <b>Information de la patiente</b> .....	3
2. <b>Protocole</b> .....	3
3. <b>Consultation d’anesthésie et prise en charge de la douleur</b> .....	3
4. <b>Durée d’hospitalisation et contrôle</b> .....	4
5. <b>Recueil et élimination des produits d’expulsion</b> .....	4
II. Méthode instrumentale .....	4
1. <b>Technique</b> .....	4
2. <b>Prise en charge associée</b> .....	7
3. <b>Durée d’hospitalisation</b> .....	7

## Contexte

La présente recommandation fait suite à la loi du 02 mars 2022 allongeant le délai maximal autorisé pour la réalisation des IVG jusqu'à 16 semaines d'aménorrhée. Elle vise à pallier l'absence de recommandation de pratique clinique par les sociétés savantes et agences sanitaires (CNGOF, HAS).

## Cadre réglementaire général

Le cadre financier et légal des IVG entre 14 et 16 SA est le même que celui qui s'applique pour des termes plus précoces. Le forfait IVG reste inchangé et s'étend jusqu'à 16 SA.

**A noter** : pas de restriction liée au terme prévue pour les sages-femmes qui pratiqueront les IVG instrumentales dans les conditions fixées dans les décrets du 30/12/2021.

## Références

IVG par méthode instrumentale entre 14 et 16 SA – Technique pas à pas. REVHO. 01/03/2022.

Dilatation & Evacuation : Reference Guide. IPAS. 2018

Antibioprophylaxie dans l'IVG\_ recommandations conjointes CNGOF, SFAR, SPILF ; janvier 2020 Faucher P. <https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-de-la-sante-et-de-l-assurance-maladie-2021-1-page-38.htm>

## Datation de la grossesse

Une échographie de datation réalisée en dehors de la période recommandée habituellement pour le premier trimestre (entre 11 et 13 SA +6) permet une datation de la grossesse **moins précise**. En cas de doute, et notamment en cas d'échographie réalisée après 14 SA, la mesure du LCC n'est plus utilisable, l'âge gestationnel est estimé sur le PC (BIP si pas de PC), 108 mm à 14 SA et 132 mm à 16 SA (90ème percentile). Une discussion collégiale doit être privilégiée.

*Remarque : la détermination du sexe de l'enfant ne fait pas partie des objectifs de l'échographie de datation.*

La patiente doit être informée du délai maximal de la réalisation de l'IVG en fonction du terme de la grossesse.

## Accompagnement

L'entretien psychosocial doit être proposé systématiquement avant et/ou après l'IVG. Il reste obligatoire pour les mineures. Le texte de loi a supprimé le délai de réflexion minimal de 48h pour confirmer une demande d'avortement après un entretien psychosocial.

L'extension du délai légal à 16 SA ne doit pas constituer l'opportunité de retarder les PEC pour les demandes d'IVG précoces.

Le vécu des équipes doit également être considéré. Aussi, tous les professionnels impliqués en orthogénie, en secteurs ou plateaux techniques, doivent être sensibilisés à cette activité spécifique et accompagnés si nécessaire.

# Méthodes

**Le choix de la méthode dépend du choix de la femme mais également des contraintes organisationnelles des établissements du territoire.**

## I. Méthode médicamenteuse

**Note préalable** : le MISOPROSTOL bénéficie d'un CPC (Cadre de Prescription Compassionnel) dans l'IVG "jusqu'à 9 SA" depuis le 21/2/22, à la dose de 800 µg, en ville et à l'hôpital ; cela conforte son usage hors AMM puisque l'AMM indique "jusqu'à 7 SA". Par ailleurs, il bénéficie d'une RTU (Recommandation Temporaire d'Utilisation) quel que soit le terme et la MFIU > 14 SA.

### 1. Information de la patiente

En complément des informations habituellement délivrées dans le cadre d'une IVG, il est important d'expliquer à la patiente que l'hospitalisation de jour peut potentiellement être prolongée et qu'un geste chirurgical peut être nécessaire en cas d'échec ou de complications.

### 2. Protocole

Pour la préparation cervicale : **MIFÉPRISTONE 200 mg** par voie orale, puis 24 à 48h plus tard:

- En cas d'utérus non cicatriciel : **400 µg de MISOPROSTOL par voie sublinguale ou buccale**, renouvelable toutes les 3-4 heures si nécessaire.
  - ☑ Ne pas dépasser une dose totale de **2000 µg en 24h** (max. 5 doses).
- En cas d'utérus cicatriciel : **200 µg de MISOPROSTOL par voie sublinguale ou buccale**, renouvelable toutes les 3-4 heures si nécessaire
  - ☑ Ne pas dépasser une dose totale de **1400 µg en 24h** (max. 7 doses).

### 3. Consultation d'anesthésie et prise en charge de la douleur

Une consultation d'anesthésie est recommandée avant une IVG médicamenteuse, car une péridurale peut être proposée mais également pour sécuriser la prise en charge en cas de complications ou échec de la méthode médicamenteuse.

De même, la pose d'une voie veineuse périphérique semble être opportune pour sécuriser la prise en charge et améliorer le confort de la patiente (traitements antalgiques IV plus efficaces).

En l'absence de péridurale, le protocole suivant peut-être proposé :

- Ibuprofène en systématique 1 heure avant la prise de misoprostol
- Puis, par pallier en fonction des besoins :
- Paracétamol codéiné 1g (IV ou *per os*)
  - Acupan 20 mg (néfopam) (*per os*)
  - Nubain 20 mg (nalbuphine) (IV ou IM)

Une réévaluation de la douleur doit être réalisée toutes les 2 heures (EVA).

#### 4. Durée d'hospitalisation et contrôle

La patiente doit rester en hospitalisation (HDJ ou conventionnelle) tant que l'expulsion n'a pas eu lieu, constatée par une échographie de contrôle. Après l'expulsion, une période de surveillance d'1 heure est requise.

En cas de résidu, l'hospitalisation doit être prolongée avec aspiration le lendemain de l'IVG si pas d'expulsion spontanée.

#### 5. Recueil et élimination des produits d'expulsion

Les tissus fœtaux issus d'une IVG sont considérés comme des pièces anatomiques et doivent donc être incinérés.

## II. Méthode instrumentale

**Prérequis :** entre 14 et 16 SA, l'aspiration seule n'est pas suffisante : une technique de dilatation-évacuation est nécessaire.



#### Messages-clés :

- La préparation cervicale est essentielle
- Une dilatation du col suffisante est nécessaire
- L'échoguidage est pratiqué
- Le geste est réalisé sous anesthésie générale ou rachianesthésie
- Le SYNTOCINON peut être utilisé si nécessaire

#### 1. Technique

##### a. Préparation cervicale

**Dans le cas général :** par association de MIFEPRISTONE et de MISOPROSTOL :

Molécule	Dosage	Délai d'administration avant le geste	Commentaire
MIFEPRISTONE	200 mg	24 à 48 heures	
MISOPROSTOL	400 mg	2 à 3 heures	Délai d'action de 2 heures nécessaire <sup>1</sup>

#### Points de vigilance :

Antalgie :

Molécule	Dosage	Délai d'administration avant le MISOPROSTOL
IBUPROFENE	200 à 400 mg	30 minutes
NEFOPAM	20 mg	
PARACETAMOL	1 g	

Surveiller l'apparition de CU (avec l'association MIFEPRISTONE + MISOPROSTOL, une expulsion peut avoir lieu).

**Dans certains cas particuliers** (difficultés de dilatation du col prévisibles) :

- ATCD de conisation
- Col punctiforme
- Utérus multi-cicatriciel
- IVG au 90ème percentile de 16 SA (BIP 38 mm)

Par association de MIFEPRISTONE + MISOPROSTOL + **DILAPAN** :

1h après le MISOPROSTOL : pose de DILAPAN

Passage au bloc  $\frac{3}{4}$  d'heure après la pose de DILAPAN

### **b. Dilatation du col**

**Attention** : la technique de dilatation-évacuation ne doit pas être effectuée si le col n'est pas suffisamment préparé (*la dilatation doit être suffisante pour permettre une insertion aisée des instruments et pour extraire les tissus sans rencontrer de résistance importante*). Les risques d'une dilatation insuffisante sont la prolongation excessive du geste et l'hémorragie.

Le degré de dilatation requis augmente avec l'âge gestationnel :

Âge gestationnel	Dilatation du col
Entre 14 et 15 SA	Au moins jusqu'à la bougie n°14 ou n°15 <sup>2</sup>
Entre 15 et 16 SA	Au moins jusqu'à la bougie n° 15 ou n° 16

→ **L'efficacité de la préparation cervicale doit être évaluée en début de geste.**

<sup>1</sup> Contrairement aux termes plus précoces où le MISOPROSTOL peut être donné 30 minutes avant le geste

<sup>2</sup> Si le col peut admettre une bougie d'un diamètre supérieur, utiliser des bougies plus grandes sans dépasser la bougie n° 16

### c. Évacuation de l'utérus

	Etape	Précisions	
1	Commencer par une aspiration intra-utérine et aspirer le liquide amniotique.	Prendre la plus grosse canule disponible (16 à 20 mm). On peut recourir à une aspiration manuelle ou électrique.	
2	Si besoin, administrer 5 unités de <b>SYNTOCINON</b> en IVL qui peut être poursuivie par 10 U dans une poche de 250 ml durant toute la procédure.	L'OCYTOCINE provoque la contraction de l'utérus qui : - favorise le décollement du trophoblaste « <i>délivrance dirigée per abortum</i> » - diminue le risque de perforation - diminue les pertes sanguines	
3	Extraire le trophoblaste s'il se présente à l'orifice externe.	Par traction douce	
4	Réaliser la procédure de dilatation-évacuation sous contrôle échographique à l'aide d'une pince.	Le type de pince recommandé est une pince de Mac Clintock 24 cm.	
5	Introduire la pince sous contrôle échographique	<p style="text-align: center;"><b><u>3 conseils pratiques :</u></b></p> <p>Recourir à l'aspiration en cours de geste est très utile pour amener à portée de la pince des fragments situés au fond de l'utérus.</p> <p style="text-align: center;">-----</p> <p>5 nouvelles unités de SYNTOCINON en IV lente ou un massage utérin peuvent permettre de ramener des fragments vers la partie basse de l'utérus.</p> <p style="text-align: center;">-----</p> <p>Les vacuettes d'aspiration souples, plus longues que les rigides peuvent être utiles.</p>	
6	Une fois introduite dans l'utérus, la pince doit s'ouvrir verticalement et non pas horizontalement.		
7	Après passage de l'orifice cervical interne, ouvrir la pince aussi largement que possible en abaissant la main et la pince en direction du sol pour amener les mâchoires de celle-ci dans la partie antéro-inférieure de l'utérus.		
8	Evacuer les tissus, en fermant les mâchoires de la pince autour des tissus foetaux et la faire pivoter de 90° avant de la retirer par traction douce avec des petits mouvements de droite/gauche de la main.		
9	Pour ne pas saisir le myomètre avec la pince : maintenir la pince en bas et au milieu de la cavité utérine et ne pas aller au fond de la cavité utérine, ce qui augmente le risque de perforation.		
10	Répéter le geste jusqu'à élimination complète du fœtus et du trophoblaste		
11	Terminer le geste par une aspiration.		Pour s'assurer de l'absence de tissus résiduels.
12	Faire une échographie finale de vacuité.		

## 2. Prise en charge associée

### a. Antibio prophylaxie

Il n'y a pas lieu de faire une antibio prophylaxie systématique sauf si le dépistage des IST<sup>3</sup> n'a pas pu être réalisé à temps (contexte d'urgence). On utilisera alors de la doxycycline.

<sup>3</sup> Comme pour les termes plus précoces, un dépistage systématique des IST est indiqué

### b. Anesthésie

L'anesthésie peut être générale, locorégionale ou locale. En cas d'anesthésie locale, il convient de s'assurer :

- Qu'il s'agit d'un choix éclairé de la patiente ;
- Que l'opérateur est suffisamment expérimenté

## 3. Durée d'hospitalisation

Hors situation particulière, les IVG entre 14 et 16 SA sont réalisées en ambulatoire.