



CAT en post-IVG

Dr Laura MIQUEL
CHU de la Conception
Marseille

Nouvelles recommandation HAS de mars 2021

- Pas de modifications sur la PEC post IVG par rapport aux recommandations de décembre 2010
- Extension de la pratique de l'IVG à domicile de 7SA à 9SA



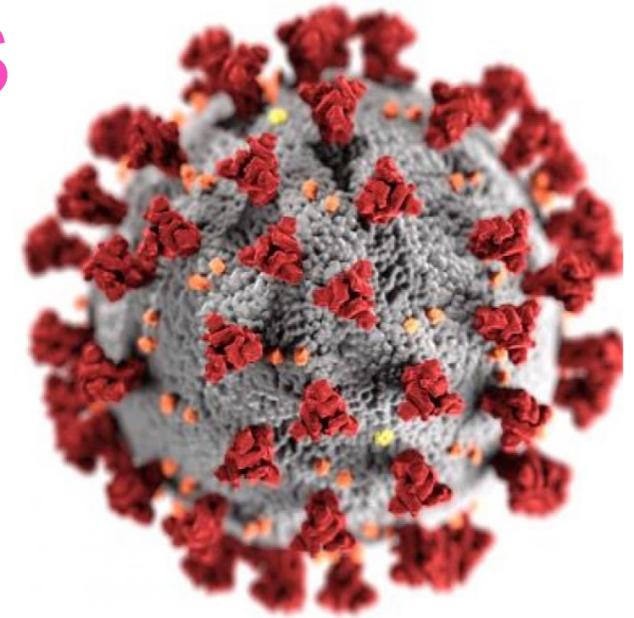
RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

**Interruption
volontaire de
grossesse
par méthode
médicamenteuse –
Mise à jour**

Pourquoi de nouvelles recommandations ?

- 14 mars 2020 -> stade 3 épidémie COVID-19
- HAS saisie en urgence par le ministère de la santé pour élaborer des mesures garantissant l'accès à l'IVG
 - Délais légaux respectés
 - Exposition patientes
 - Exposition professionnels
 - Ménager les ressources de santé
- 09 avril 2020 : réponse rapide de l'HAS -> réalisation de l'IVGM en dehors d'un établissement de santé entre 7 et 9 SA
- 02 avril 2020 : réponse rapide de l'HAS -> autorise la téléconsultation pour les IVG



IVG et COVID : enquête régionale

- Etude rétrospective, quantitative par auto-questionnaire en ligne 15 avril 2020 au 15 juin 2020
- 1542 Médecins Généralistes, Sages-Femmes et Gynécologues région Sud ou Corse
 - 6 août 2020
 - 11 septembre 2020
 - 28 septembre 2020

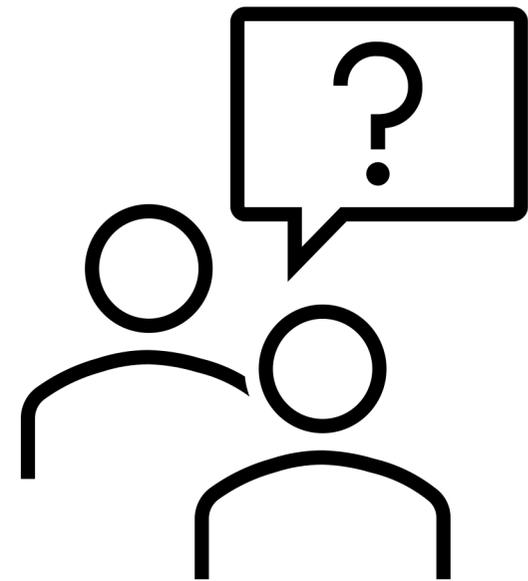
<https://sites.6google.com/view/questionnaireivgetcovid/accueil>

- 3 parties
 - Généralités sur le praticien
 - Pratique des IVGM en ville entre 7 et 9 SA
 - Pratique de la téléconsultation



Objectifs de l'étude

- Les praticiens ont-ils modifié leur pratique, appliqué les mesures proposées et en ont-ils été satisfaits ?
- Evaluer le vécu de ces mesures décidées dans l'urgence et si les praticiens souhaitent leur poursuite.



Résultats

Catégorie	Oui	Non	Ne sait pas
Proposition IVGM entre 7 et 9 SA en ville	59/77 (76,6%)	18/77 (23,4%)	x
Proposition consultation IVG en TC	55/123 (44,7%)	68/123 (55,3%)	x
Poursuite IVGM entre 7 et 9 SA en ville	61/89 (68,5%)	13/89 (14,6%)	15/89 (16,9%)
Poursuite IVG entre 7 et 9 SA en ville via le circuit hospitalier	36/89 (40,5%)	27/89 (30,3%)	26/89 (29,2%)

Conclusion

- Les mesures d'urgence HAS
 - Approuvées par la majorité des praticiens des régions du Sud et de la Corse en France
 - Echo positif auprès de la majorité des femmes qui soutiendraient leur poursuite au-delà de l'épidémie de COVID-19
- MAIS
 - Evaluation uniquement de la perception qu'ont les **professionnels de santé** des mesures

Etude **auprès des femmes à mener** pour évaluer les complications rencontrées lors de la pratique de l'IVG médicamenteuse à domicile entre 7 et 9 SA



Définition échec IVG médicamenteuse

- Efficacité de la méthode médicamenteuse = avortement complet sans nécessité d'intervention chirurgicale, quelle qu'en soit l'indication

- Taux d'échec 5%

Visite de suivi

- Objectif : vérifier le succès de l'IVG
- A prévoir entre le 14^e et le 21^e jour post-IVG
- Contrôle de l'efficacité de la méthode est fortement recommandé :
 - Examen clinique si consultation en présentiel
 - Dosage de HCG plasmatique
 - OU test urinaire semi-quantitatif
 - OU échographie pelvienne

Visite de suivi

- Aspiration endo-utérine si échec IVG médicamenteuse
- Discussion contraception (DIU mis en place, uniquement en cas de preuve de la vacuité utérine)
- Accompagnement psychologique peut être proposé

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

Interruption volontaire de grossesse
par méthode médicamenteuse

RECOMMANDATIONS

Décembre 2010

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

Interruption
volontaire de
grossesse
par méthode
médicamenteuse –
Mise à jour

**Recommandations pour la pratique
clinique**

**L'interruption volontaire de
grossesse**

Élaborées par le Collège national des gynécologues et
obstétriciens français

2016

**Recommandations actuellement
en vigueur**

CAT devant BHCG >1000 ?

Dosages HCG plasmatiques

- Décroissance du taux initial d'HCG plasmatique J15
 - 80 à 99%
 - Nécessite de connaître le dosage quantitatif des HCG au moment de la prise des comprimés

Dosages HCG plasmatiques

- Les valeurs seuils de l'HCG plasmatique
 - Méthode est simple et reproductible
 - Seuils proposés variables selon la date de contrôle:
 - J7 : 2 000 UI/l
 - J14 : 1 000 UI/l
 - J21 : 500 UI/l
- Si HCG est supérieur à la valeur seuil : échographie

Lefebvre P, et al. Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept, 2008

Thonneau P, et al. Fertil Steril, 1994

Clark WH, et al. Contraception 2007

Faucher P, et al. Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction 2012

Tests urinaires à haute et faible sensibilité

- Autotests urinaires à faible sensibilité :
 - 2000UI/l et 1000UI/l
 - Valident le succès de la méthode sans autre examen complémentaire
 - Possible à partir de J15
 - Pas remboursés
- Tests urinaires à forte sensibilité (25 UI/l) : intérêt que s'ils sont négatifs (confirmation du succès de la méthode), mais pas recommandés devant le trop fort pourcentage de faux positifs

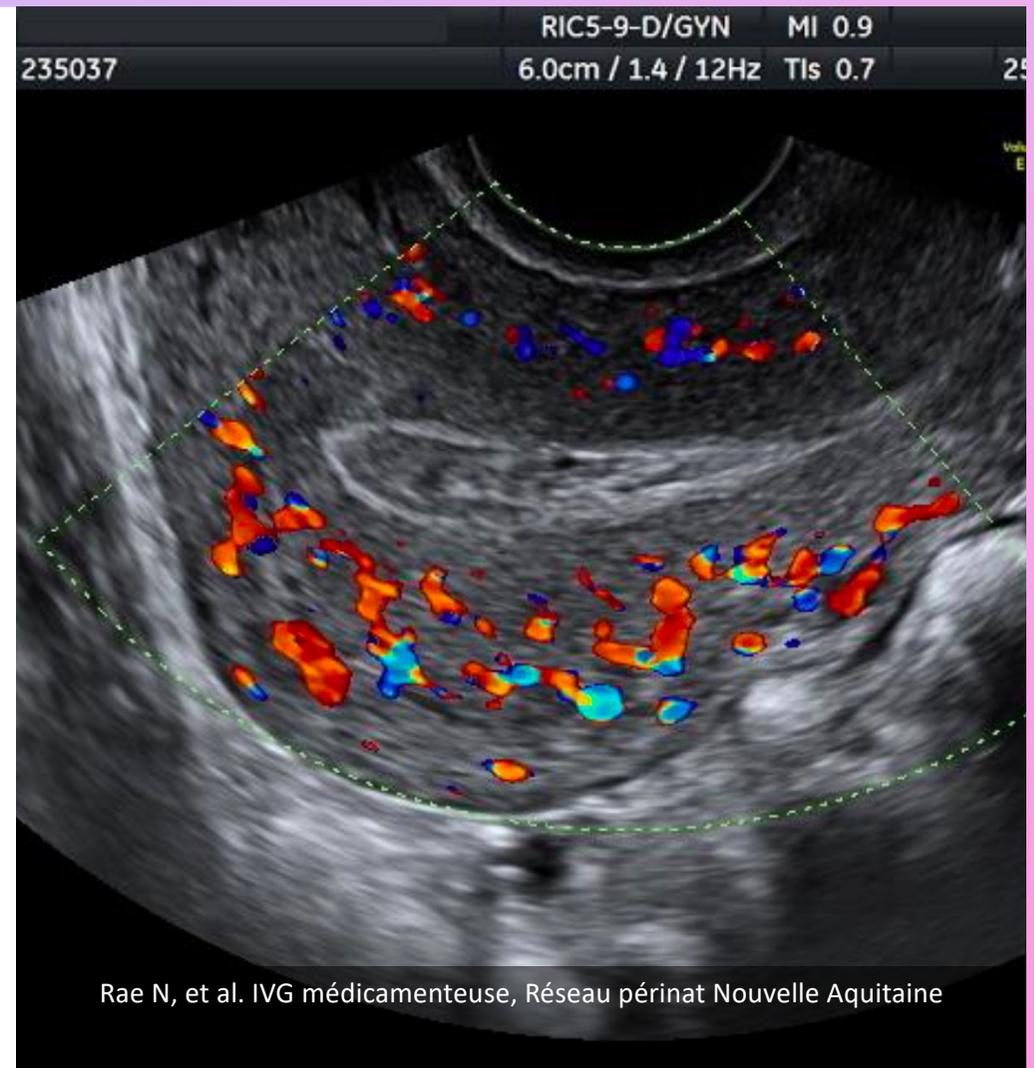
CAT selon les résultats de
l'échographie de contrôle ?

Indications

- Avantages
 - Indolore
 - Résultat immédiat
- Inconvénients
 - Opérateur dépendant
 - Matériel dépendant
 - Patiente dépendante (position et morphologie utérine, échogénicité)
 - Formation du praticien
- Réalisation systématique non recommandée en routine
- Pas de mesure de l'épaisseur de l'endomètre pour évaluation de l'indication d'une reprise chirurgicale
- Seul but : vérifier l'absence de SGIU

Expulsion complète

- Endomètre absent ou peu épais
- Hématométrie résiduelle possible
- HCG le plus souvent inférieur à 100 UI/l
- Cavité épaisse homogène sans signal Doppler < 15mm



Grossesse évolutive persistante

- 0,5 à 1% des IVG médicamenteuses
- Suspectée par le dosage des HCG et confirmée par l'échographie
- L'aspiration doit être proposée rapidement



Rétention de grossesse arrêtée

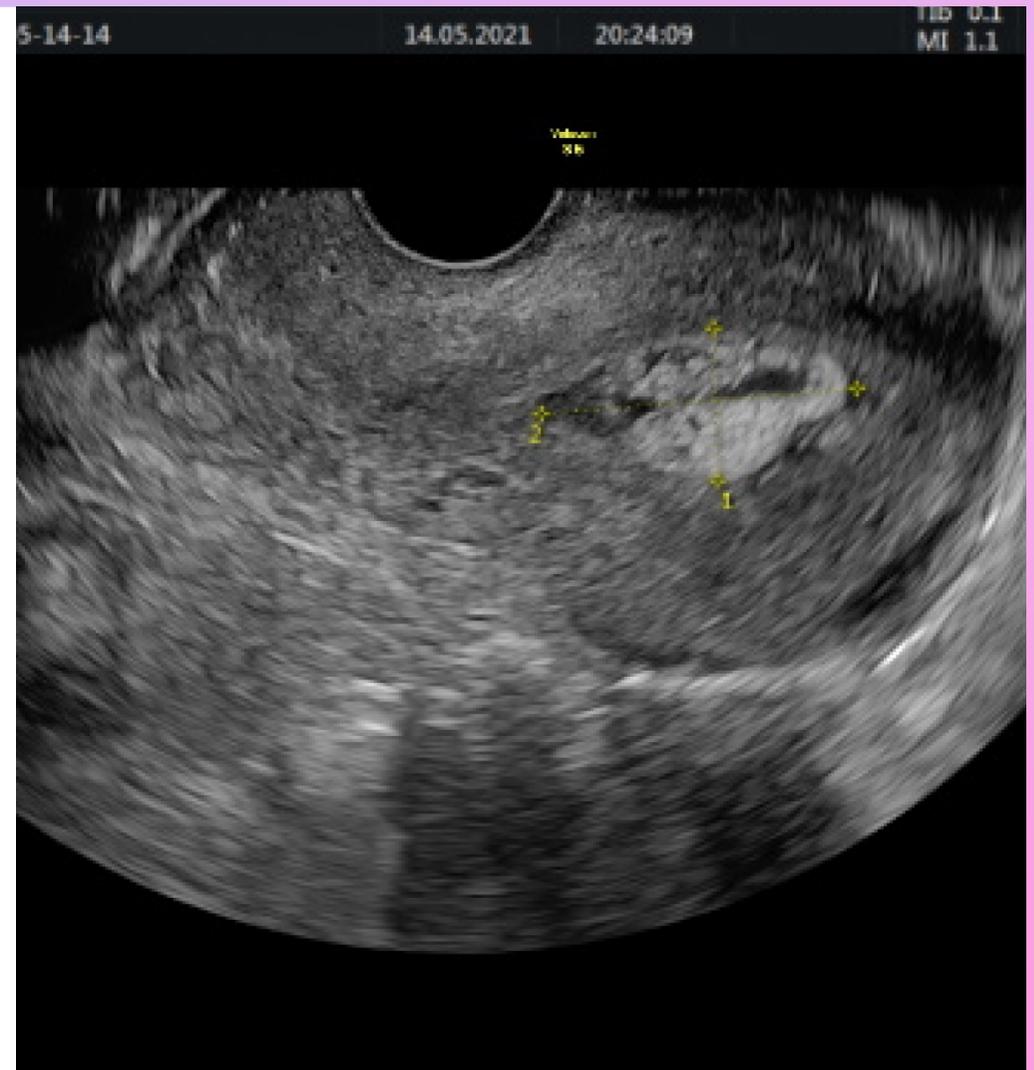
- Persistance d'un sac gestationnel
- Absence d'activité cardiaque si embryon > 7mm
- Absence de modification de l'échographie si réalisée avant prise en charge médicamenteuse
- Prise en charge chirurgicale
- Nouvelle dose de Misoprostol si refus de la chirurgie



Rae N, et al. IVG médicamenteuse, Réseau périnat Nouvelle Aquitaine

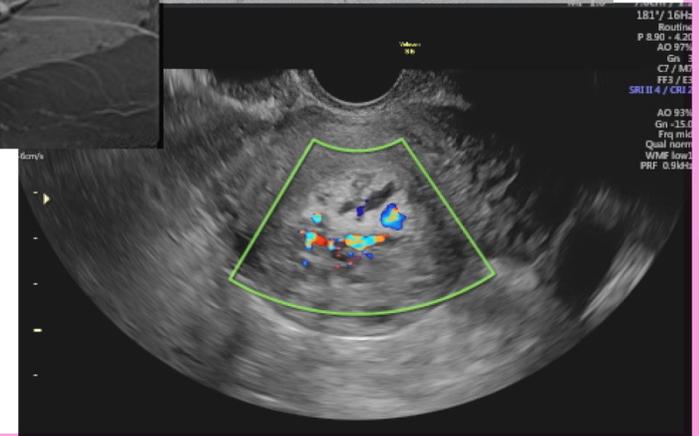
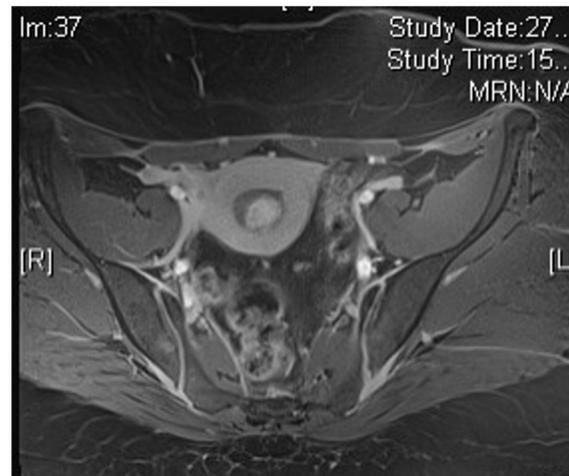
Fausse couche incomplète

- Rétention de matériel trophoblastique
- Parfois difficile à différencier d'un simple caillotage
- HCG utiles si non réalisés en première intention
- Dans la majorité des cas : expulsion spontanée
- Deux propositions :
 - Expectative avec contrôle toutes les 4 semaines
 - PEC chirurgicale (AEU ou résection hystéroscopique)



Malformation artériovoineuse

- Clinique
 - Episodes de métrorragies inopinées, abondantes
 - Persistentes plusieurs semaines après la fin de la grossesse
- Paraclinique
 - Echographie : hypervascularisation au Doppler couleur
 - IRM : Rétention placentaire hypervascularisée
- Traitement
 - Embolisation
 - Résection du produit de fausse couche par hystérocopie

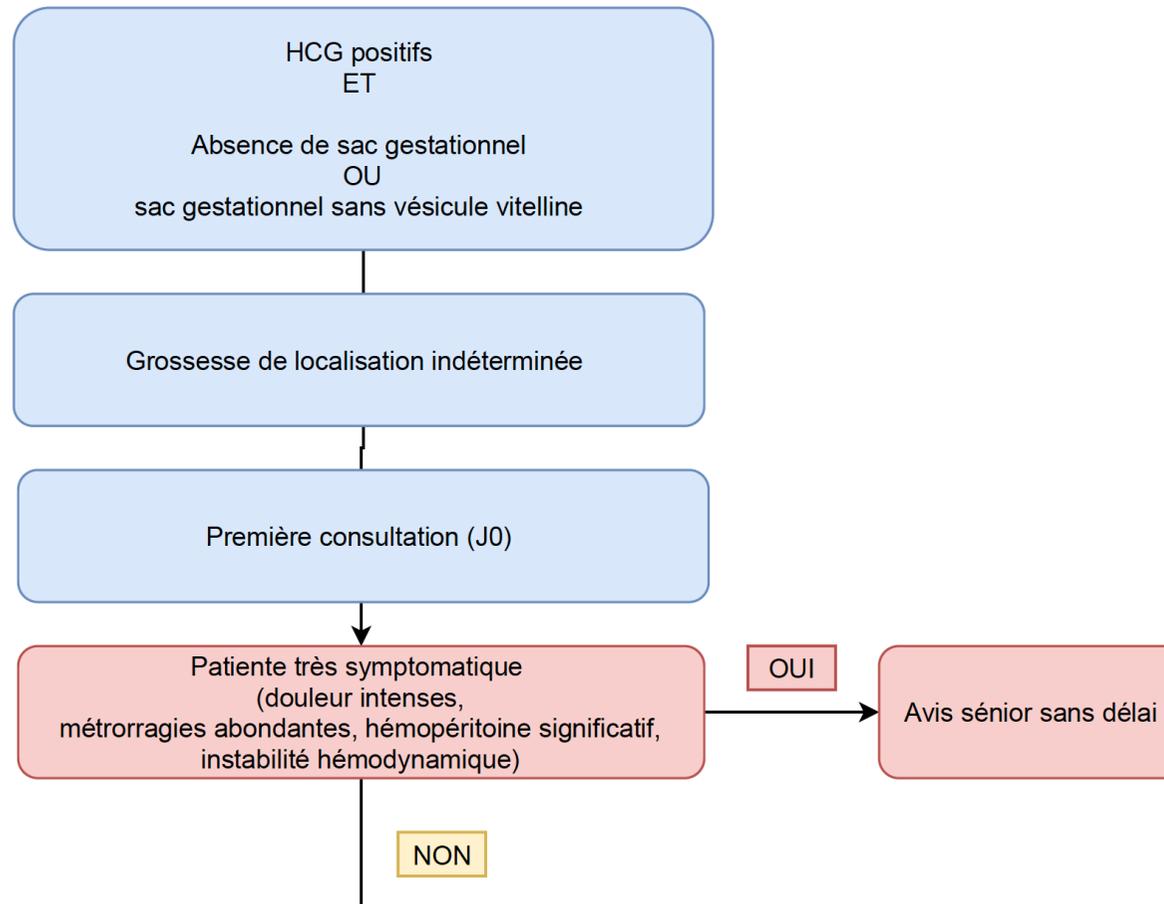


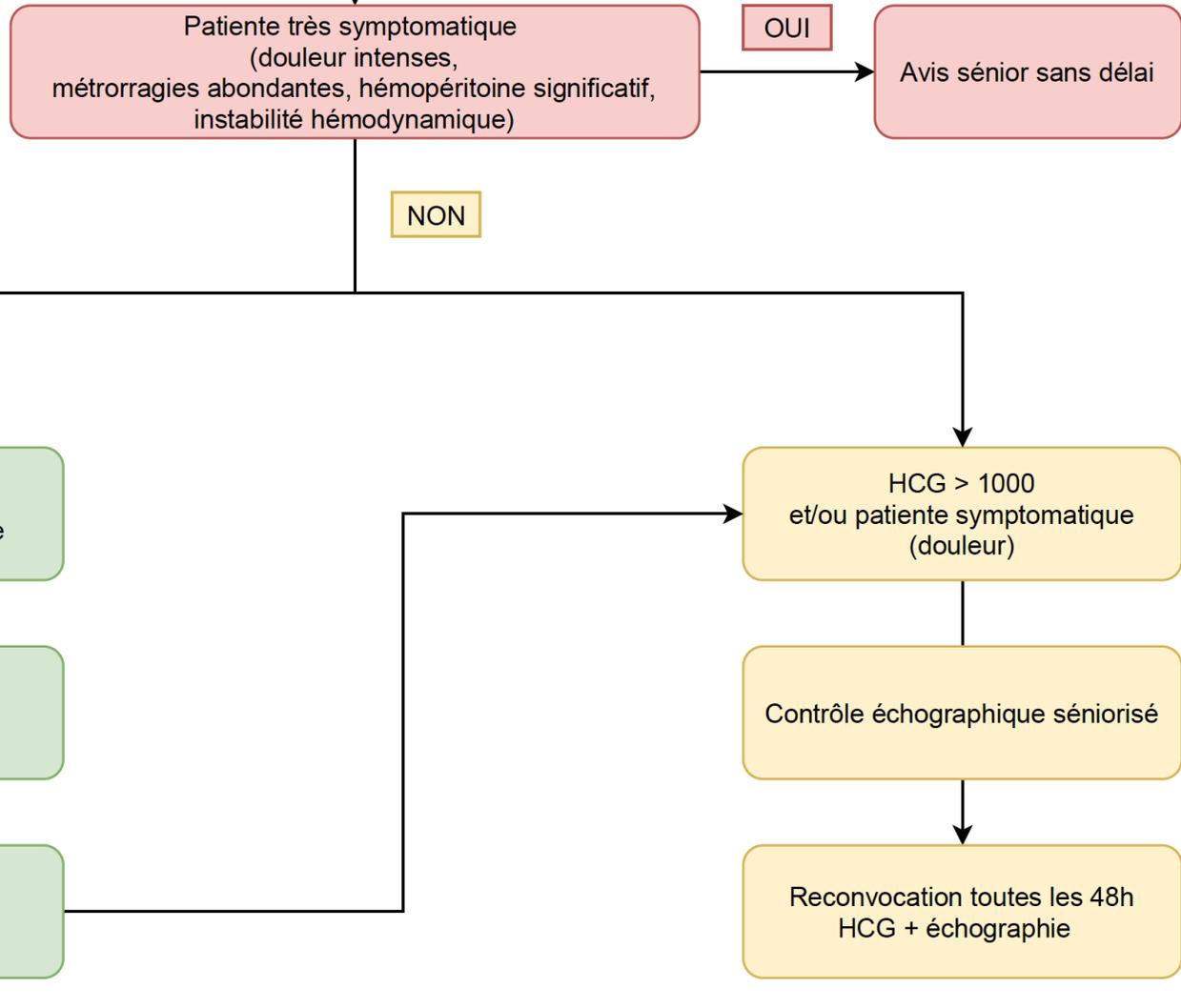
Quand envoyer vers les urgences ?

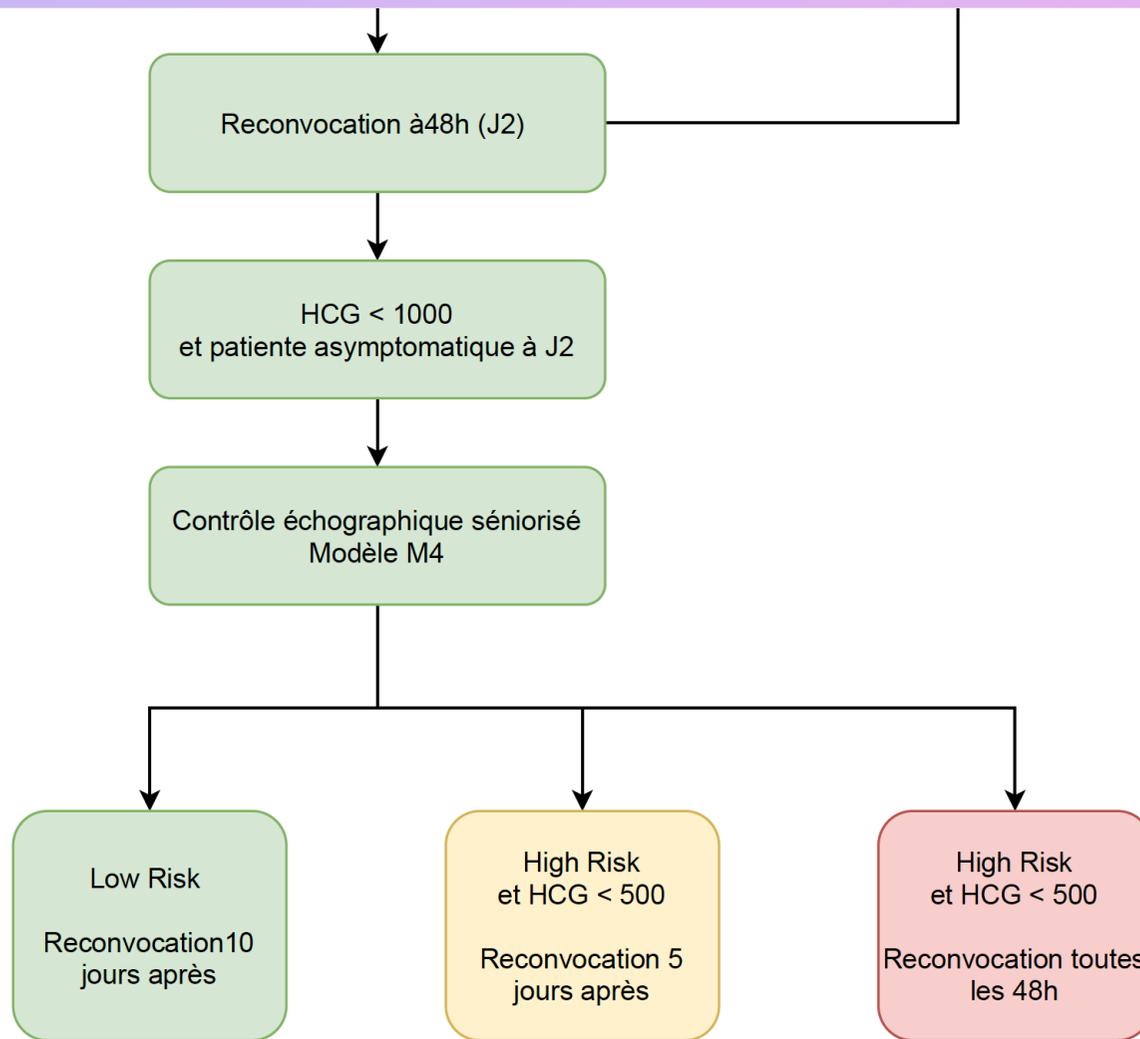
Grossesse de localisation indéterminée

- HCG positifs supérieurs aux seuils précédemment décrits
- Absence de visualisation de la grossesse en intra utérin
- En pratique :
 - Echographie systématique pour localisation de grossesse
 - Dosage HCG à 48h00
 - PEC selon protocoles de service

PEC GLI à la Conception

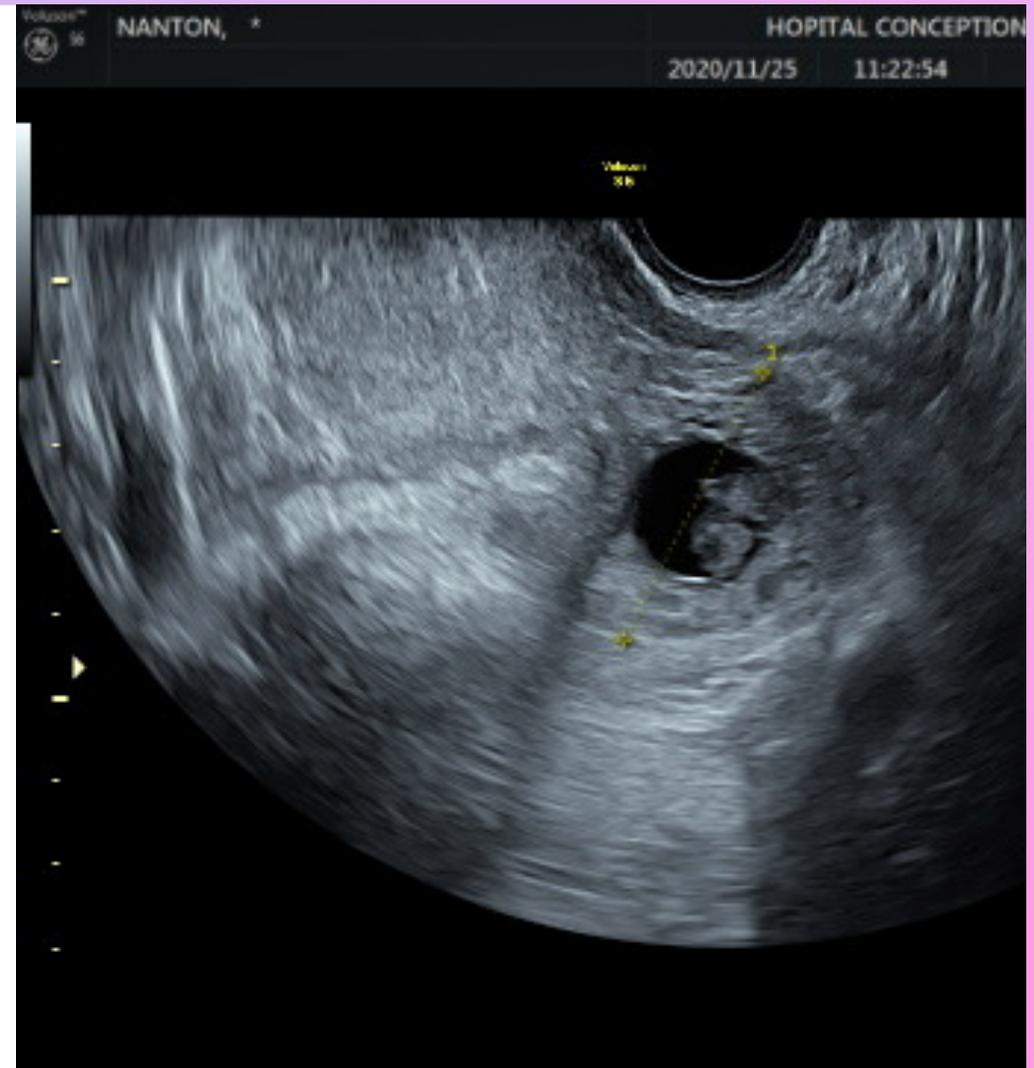






Diagnostic de grossesse extra utérine

- Patiente initialement asymptomatique
- Absence d'échographie réalisée
- Erreur diagnostique lors de l'échographie réalisée initialement
- Grossesse hétérotopique (une grossesse intra utérine et une grossesse extra utérine)



Suspicion endométrite

- Douleurs pelviennes spontanées ou provoquées
- Fièvre
- Douleurs a la mobilisation utérine lors du TV
- Non expliquées par une autre pathologie (endométriose, kyste de l'ovaire, GEU...)

Suspicion d'anémie mal tolérée

- Pâleur
- Tachycardie
- Asthénie marquée
- Vertiges
- Les signes de chocs sont très tardifs, surtout chez les patientes jeunes en bon état général
- Attention aux IVG hémorragiques distillantes

Conclusion

- Si HCG > 1000 ou 80% des HCG initiaux :
échographie
- PEC adaptée au résultat de l'échographie
- Envoyer aux urgences si suspicion de GEU,
endométrite, anémie

Merci de
votre
attention



Références

- Gibelin K, Agostini A, Marcot M, Piclet H, Bretelle F, Miquel L. COVID-19 impact in abortions' practice, a regional French evaluation. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2020 Dec 8;50(5):102038.
- RCP HAS/CNGOF Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse / 11 mars 2021
- CNGOF. recommandations pour la pratique clinique: l'interruption volontaire de grossesse. 2016
- Rae N, et al. IVG médicamenteuse, Réseau périnat Nouvelle Aquitaine 2019
- Lefebvre P, Cotte M, Monniez N, Norel G. The role of parity in medical abortion up to 49 days of amenorrhoea. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept.* déc 2008;13(4):404-11
- Thonneau P, Fougeyrollas B, Spira A. Analysis of 369 abortions conducted by mifepristone (RU486) associated with sulprostone in a French family planning center. *Fertil Steril.* avr 1994;61(4):627-31.
- Clark WH, Gold M, Grossman D, Winikoff B. Can mifepristone medical abortion be simplified? A review of the evidence and questions for future research. *Contraception.* avr 2007;75(4):245-50.
- Faucher P, Rayr C. Peut-on simplifier la procédure de l'avortement médicamenteux ? /data/revues/03682315/00410HS3/8/ [Internet]. 8 juin 2012