

IVG PAR VOIE
MEDICAMENTEUSE POUR
LES FEMMES DE 14 À 16
SA AU CHU DE NICE :
RÉSULTATS DE LA
PREMIÈRE ANNEE
SUIVANT LA
LEGISLATION

CARPENTIER Hortense (interne de
gynécologie obstétrique)

23 juin 2023



GynAzur 2023
PALAIS DES CONGRÈS
D'ANTIBES JUAN-LES-PINS
FRANCE

21^{ème}
CONGRÈS INTERNATIONAL
DE GYNÉCOLOGIE
OBSTÉTRIQUE
& REPRODUCTION
DE LA CÔTE D'AZUR

INSCRIPTIONS
Sabrina PARRA
sparra@antipolis-events.com
Tél. : +33 (0)4 22 10 60 19

Inscriptions sur www.gynazur.eu
Tarif réduit jusqu'au 7 avril 2023

SPONSORS
Loraine MAUMY
Tél. : +33 (0)4 22 10 60 24
lmaumy@antipolis-events.com

GynAzur

UN PEU D'HISTOIRE

- 17 janvier 1975 et définitivement 31 décembre 1979 loi Veil

- 1983 remboursement SECU loi Roudy

- 2001 délai de 12 à 14 SA

Et enfin 2 mars 2022 allongement du délai à 16 SA



Practice Bulletin No. 135

Second-Trimester Abortion

Practice Bulletin Second-Trimester **Abortion** Second-Trimester **Abortion** Practice Bulletin ... of pregnancies are unintended, with 3 in 10 women having an **abortion** by age 45 years 1. ... Only 1.3% of **abortions** are performed at 21 weeks of gestation or later 4. The proportion of **abortions** performed in the second trimester, usually defined as between 13 weeks of gestation and 26 weeks of ...

June 2013

Review > [BMJ Sex Reprod Health](#). 2020 Mar 17;bmjsrh-2019-200460.

doi: 10.1136/bmjsrh-2019-200460. Online ahead of print.

Surgical or medical abortion of pregnancies between 13⁺⁰ and 23⁺⁶ weeks' gestation? A systematic review and new NICE national guidelines

[Mia Schmidt-Hansen](#)¹, [Patricia A Lohr](#)², [Sharon Cameron](#)³, [Elise Hasler](#)⁴

Affiliations + expand

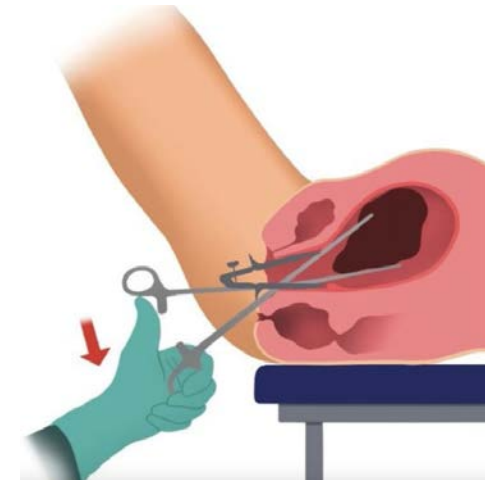
PMID: 32184291 DOI: [10.1136/bmjsrh-2019-200460](#)

AUX USA (ACOG, 2013), EN GRANDE-
BRETAGNE (RCOG, 2020)

DILATATION & EVACUATION

Technique du pas à pas

- 1- Préparation cervicale par Mifépristone et Misoprostol
- 2- Dilatation du col
- 3- Evacuation : aspiration puis extraction à la pince



Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie

Volume 50, Issues 7-8, July-August 2022, Pages 559-562



Comment je fais...

Comment je fais une IVG par méthode instrumentale entre 14 et 16 semaines d'aménorrhée ?

How I do to perform an abortion by instrumental method between 14 and 16 weeks of amenorrhea? ☆

Philippe Faucher^b ✉, Sophie Gaudu^{a b}

METHODE MEDICAMENTEUSE

1- Mifépristone 200 mg
(*D. Webster, 1996*)

2- 36 à 48h plus tard
Misoprostol 800 µgvaginal
puis toutes les 3 h 400 µg
per os max 4 doses (UK)
(*Schmidt-Hansen 2020*) , 5
doses (USA) (*Ashok PW,
2004*)

« Le gemprost (Cervagème®) (dérivé des PGE1) se présente sous forme d'ovule (un ovule dans le cul-de-sac vaginal postérieur à renouveler toutes les 6 heures avec un nombre maximal de 5 ovules). Il peut être utilisé dans les IMG du premier et second trimestre. »

IMG ENTRE 15 ET 32 SA (= protocole standard)

- J0** : 3 cp de Mifégyne et bilan biologique
- J1** : hospitalisation
- J2** : analgésie dès que possible
 - Si > 24 SA, foeticide si nécessaire après péridurale
 - Si examen clinique défavorable (rupture des membranes impossible ou moins de 1 cm) : mise en place de 2 ou 3 Dilapans (au bloc obstétrical)
 - Rupture des membranes dès que possible +++
 - Cytotec (dès que possible) :
 - 2 cp per os ou 1 cp par voie vaginale, toutes les 3 h sans dépasser 4 à 5 prises (si échec : arrêt et reprise le lendemain matin)
 - En cas d'utérus cicatriciel, si la voie basse est acceptée, utiliser une demi-dose

Le protocole « standard » est à réadapter vers J 4 si le déclenchement s'avère difficile

- J4** : mise en place d'une sonde de Dufour en intracervical maintenue en traction (500 g de sérum glucosé et vérification régulière de la traction)

EN FRANCE , LES IMG (*CNGOF 2008*)

NOTRE PROTOCOLE



1- Mifégyne ® 600 mg par voie orale
donné par la sage femme ou le médecin

2- 36 à 48 h plus tard :

- Cervageme ® 1 ovule vaginal
- 3h après MisoOne ® 400 µg 1 cp AR toutes les 3h max 3 cp

7h 30, 10h30, 13h30, 16h30

Si utérus cicat Gymiso ® 200 µg

NOS RÉSULTATS

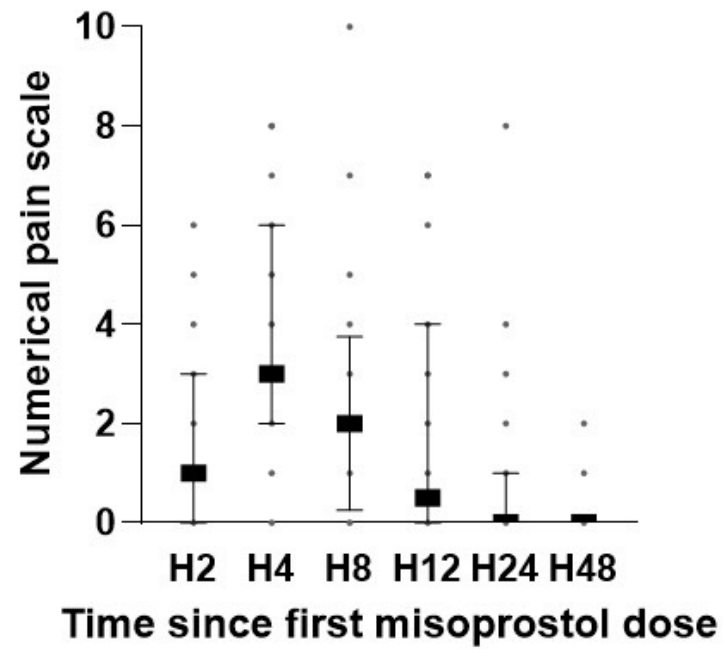
Table 1: characteristics of the population

Characteristics	Total cohort n= 30
Maternal age (years)	27 (22-34)
Body mass index	24.3 (20.3-31.9)
Gestivity	2 (1-3)
Parity	
	0 13 (43.3%)
	1 9 (30%)
	2 6 (20%)
	≥3 2 (6.6%)
Tobacco	12 (40%)
Alcohol	5 (16.6%)
Previous abortion	11 (36.6%)
Medical	5 (16.6%)
Surgical	7 (23.3%)
Contraception before	6 (20%)
Caesarean section's history	4 (13.3%)
1	3 (10%)
2	1 (3.3%)
Vaginal birth	13 (43.3%)
1	6 (20%)
2	5 (16.6%)
3	2 (6.6%)
Pathological pregnancy	3 (10%)
Gestation (weeks + <u>days</u>)*	15w+0d (14w+5d-15w+2d)
Hemostasis disorder**	3 (10%)

Table 1: results

Results	Total cohort n= 30
Fetus expulsion	29 (96.6%)
Interval to induce induction (h)	7 (5.5-11.6)
Aspiration	10 (33.3%)
Retained <u>product</u>	9 (30%)
Failure of fetal expulsion	1 (3.3%)
Canula	10 (8.5-11)
Bleeding loss mL	150 (50-250)
Hemorrhage > 500mL	1 (3.3%)
Misoprostol 400 mcg (number)	2 (1-3)
Hospitalization (hours)	11 (9-27)
Overnight stay	11 (36.6%)
Analgesia	
Peridural	5 (16.6%)
Spinal anesthesia	2 (6.6%)
General	5 (16.6%)
Hemostatic drug	
Syntocinon	8 (26.6%)
Acid tranexamique	2 (6.6%)
Red cells	1 (3.3%)

NOS RÉSULTATS



DISCUSSION

- Protocole médicamenteux aux USA avec 97,1% de succès (*Ashok et al, 2004*)
- Absence de différence significative sur l'HDD, le taux de transfusion, les infection entre médicaments/chirurgie (*Schimdt hansen et al ,2020*), même si plus de risque avortement incomplet
- Curetage (trop ?) systématique dans le protocole, alors que 80% de résolution spontanée si expectative (*Lemmers M et al, 2016*)
- Canule aspiration médiane de 10 VS 15-16 impact sur la compétence cervicale ?
- petit effectif => manque de puissance pour montrer El rare
- discuter acceptabilité patiente/praticien
- réponse à la loi : 26 patientes ont consulté à > 14SA donc pas d'amélioration des délais de PEC , création nouvelle demande ?

POINTS CLÉS :

- 2 méthodes pour les IVG de 14 SA – 16 SA dans la littérature : D&E et médicamenteuse
- 96,6% de succès du protocole à Nice , médiane d'intervalle de temps avant expulsion 7h, et médiane de 2 cp de MisOone
- possible en ambulatoire avec organisation d'un parcours de soin, médiane d'hospitalisation de 11h
- envisager des curetages moins systématiques pour les rétentions intra utérines , revoir l'intérêt du Cervageme et évaluer l'acceptabilité praticien/patient



**MERCI DE VOTRE
ATTENTION**