

## 1. Objet et champ d'application

L'objet définit en une phrase l'objectif du document (ex cette procédure décrit...)  
 Le champ d'application précise à qui et sur quoi s'applique le document, quand et où.

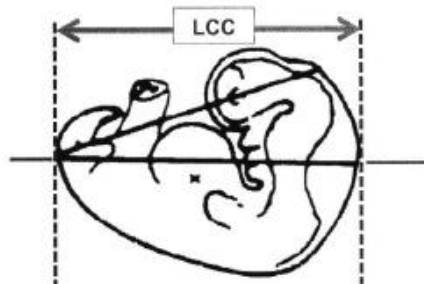
## 2. Échographie pré-IVG

### 2.1. Tableaux de biométrie ovulaire et embryonnaire

#### 2.1.1. Biométrie ovulaire

ECHOGRAPHIE ENDO-VAGINALE (2)			
AGE GESTATIONNEL	SAC OVULAIRE Diamètre externe en mm	LCC (mm)	COMMENTAIRES
4 SA + 3 J	2		Double couronne échogène (caduque et trophoblaste) - hCG = environ 1500 U/L
4 SA + 5 J	4		
4 SA + 6 J	6,5		
<b>5 SA</b>	<b>9</b>		<b>Fine image arciforme de la vésicule vitelline</b>
5 SA + 1 J	11,5		
5 SA + 2 J	14		Vésicule vitelline de 2,5 mm de diamètre
5 SA + 3 J	15,5		
5 SA + 4 J	17	<b>Punctiforme</b>	Vésicule vitelline bien définie, Présence d'un écho embryonnaire
5 SA + 5 J	18		
5 SA + 6 J	19	1,5	Echo embryonnaire en continuité avec la vésicule vitelline secondaire (début AC)
<b>6 SA</b>	<b>20</b>	<b>2,5 - 3 mm</b>	<b>Présence d'une activité cardiaque (AC+)</b>
6 SA + 1 J		4	Activité cardiaque enregistrable (AC+)
6 SA + 2 J		5	
6 SA + 3 J	25	6	
6 SA + 4 J		7	
6 SA + 5 J		7,8	
6 SA + 6 J		8	
<b>7 SA</b>	<b>30</b>	<b>9 -10 mm</b>	<b>Pôle céphalique et membrane amniotique</b>

Prendre 3 Mesures de la plus grande longueur de l'embryon en crânio-caudale (LCC)

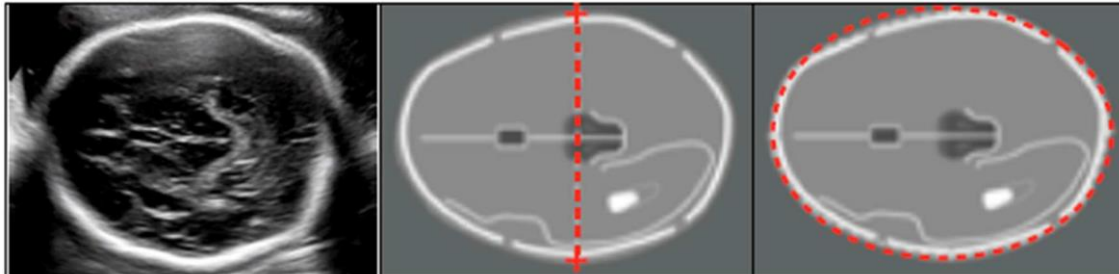


2.1.2. Biométrie embryonnaire et foetale

A utiliser à partir de 12 SA pour datation plus précise.

Grille de lecture OFEF 2021

Diamètre Bi-Pariétal et Périmètre Céphalique



Collège Français d'Echographie Foetale  
INSERM Unité155

(SA ± 3J)	BIP p3	BIP p10	BIP p50	BIP p90	BIP p97
11	12,08	13,12	15,36	17,60	18,63
12	15,81	16,96	19,40	21,81	22,92
13	19,47	20,71	23,30	25,92	27,12
14	23,05	24,36	27,14	29,92	31,23
15	26,56	27,93	30,89	33,82	35,23
16	29,97	31,41	34,53	37,62	39,08

**Limite pour réalisation d'une IVG chirurgicale : BIP = 38 mm**

2.1.3. Corrélation approximative entre taux d'hCG plasmatique et échographie

Datation de la grossesse	Taux d'hCG (mUI/ml)	Échographie vaginale
4-5 SA	< 5	Pas de grossesse
	10-500	Œuf non visible
5-6 SA	> 500	Diamètre ovulaire : 1-5 mm
	> 500-1 000	Diamètre ovulaire : 5-10 mm Embryon : 1-3 mm (Visible dans un tiers des cas) Activité cardiaque ± repérable
	> 1 000-1 500	Embryon : 3-6 mm Activité cardiaque +
7 SA	> 2 500	Visible par échographie sus-pubienne
	> 7 000	Embryon > 6-7 mm

⇒ **Ne pas dater une grossesse avec les hCG**

## 2.2. Critères échographiques pré IVG :

### 2.2.1. Réalisation de l'échographie

Echographie par voie vaginale ou sus pubienne avec :

- Mesure de la taille du sac gestationnel intra-utérin
- Rechercher la présence d'une vésicule vitelline, et/ou d'un embryon.
- Si l'embryon est visualisé, demander la mesure de la longueur crânio-caudale ainsi que la présence de l'activité cardiaque.

Il est indispensable que ces critères soient précis, surtout lors des échographies réalisées précocement.

⇒ Attention au pseudo sac de la GEU

Echographie qui permet d'estimer la date de début de grossesse.

### 2.2.2. Images pièges

Si doute : dosage HCG

**Si HCG > 1500 UI et pas d'image intra utérine => suspicion GEU +++**



#### *Grossesse de localisation indéterminée*

Elle est définie par une positivité du dosage hCG (urinaire ou plasmatique) sans grossesse objectivée **échographiquement** (paragraphe dédié).

#### *Petite image liquidienne infracentimétrique : œuf ou image « piège »*

- Entre 4 et 5 SA : la vésicule ombilicale n'est pas encore visible et la couronne trophoblastique n'est pas toujours très nette.
- Les kystes intraglandulaires sont fréquents en cas de réaction déciduale et peuvent se voir notamment en cas de GEU. Ils forment des petites images liquidiennes pouvant atteindre 2 à 3 mm, parfois multiples avec aspect glandulo-kystique ; ils peuvent simuler un petit œuf.
- Les images intracavitaires, les rétentions liquidiennes (hématométrie, hydrométrie, pyométrie) et surtout les polypes intracavitaires glandulo-kystiques sont parfois très trompeurs.

#### *Image de pseudo-sac*

**La grossesse extra-utérine** à un stade débutant peut-être asymptomatique et de diagnostic difficile. C'est le plus souvent l'absence de sac gestationnel intra-utérin qui permet de la suspecter. L'image piège de pseudo-sac correspond soit à une hypertrophie endométriale entourant une hydro-hématométrie, soit à une caduque détachée avec épanchement central.

#### *Grossesse arrêtée précoce*

C'est un arrêt du développement (stagnation de la taille du sac gestationnel et/ou de la longueur crânio-caudale et/ou disparition d'une activité cardiaque) embryonnaire.



### 3. IVG médicamenteuse ≤ 9 SA

<b>RAPPEL : le terme est celui lors de la prise de MIFEPRISTONE</b>
---

#### 3.1. Précautions et CI concernant l'IVG médicamenteuse

##### 3.1.1. Contre-indications à la méthode médicamenteuse :

- Suspicion de GEU
- Environnement insalubre
- Troubles psychiatriques non stabilisés, méthode non comprise
  - ⇒ Tenir compte de l'environnement familial et professionnel
- Troubles de coagulation et traitements anticoagulants
- Anémie sévère < 9 g/dl

#### 3.2. MIFEPRISTONE et MISOPROSTOL

##### *Contre-indications*

- CI absolues à MIFEPRISTONE
  - Insuffisance surrénale chronique
  - Allergie connue à la MIFEPRISTONE
  - Porphyrurie congénitale
  - Asthme sévère non équilibré
- CI au MISOPROSTOL
  - Allergie connue au MISOPROSTOL
  - ATCD cardiovasculaires graves (infarctus myocarde, AVC, spasmes coronariens)

##### *Précautions avant administration de MIFEPRISTONE et MISOPROSTOL*

- Asthme traité par corticothérapie au long cours : doubler la dose du traitement inhalé ou per os 48 h avant la prise de **MIFEPRISTONE** et pendant une semaine.
- Possibilité de pouvoir se rendre rapidement un centre d'urgence 24h/24 qui puisse prendre en charge les complications de l'IVG
- Insuffisance surrénale aiguë : adaptation nécessaire des doses de **DEXAMETHASONE**
- Affections cardio-vasculaires : AVC, IDM, spasmes coronaires (avis anesthésistes +/- cardiologues)
- DIU en place, retrait impossible en consultation

##### *Précautions avec la MIFEPRISTONE*

Prévenir les patientes du risque de métrorragies (jusqu'à 14 jours après et éventuellement avant l'hospitalisation)

##### *Précautions avec le MISOPROSTOL*

Contrairement aux autres prostaglandines, pas d'effet hypotenseur.

Prévenir les éventuels effets secondaires : diarrhées, nausées, vomissements et manifestations vagales



## Protocole IVG < 14 SA

### 3.2.1. Cas particulier pour les IVG médicamenteuses à domicile

- S'assurer de la **bonne compréhension** de la méthode par la patiente
- S'assurer que la patiente soit accompagnée pendant l'expulsion au domicile par personne de confiance et au courant
- Discuter de l'indication en cas de ménorragies et dysménorrhées chez la patiente.
- Insister sur l'importance de la consultation de contrôle pour évaluation du succès de la méthode

### 3.3. Schéma de la stratégie thérapeutique

- Antécédents médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, recherche de CI à la méthode, ATCD de violences
- Historique de la grossesse
- Datation de la grossesse (mesure de la LCC ou BIP si > 12 SA)
- Evaluation des risques avec la patiente et des complications possibles
- Possibilité de réalisation de l'IVG en hospitalisation ou à domicile
- Protocole antalgique (voir plus bas).
- **Fiche d'information expliquée et consentement signé**
- Traitement :
  - o 600 ou 200 mg de **MIFEPRISTONE** pris sur place ou à domicile en accord avec la patiente et l'équipe.
  - o **24h à 48 h** plus tard :
    - < 7 SA : 400 µg **MISOPROSTOL** par voie transmuqueuse orale
    - ≥ 7 SA : 800 µg **MISOPROSTOL** par voie transmuqueuse orale
- Bilan :
  - o NFS si facteurs de risque d'anémie
  - o PCR par auto-prélèvement vaginal de *C.Trachomatis* ou *N.Gonorrhoea* systématiquement proposée
  - o Proposition de bilan IST systématique
- CNGOF 2024 : « Il est recommandé de ne pas administrer d'immunoglobulines anti-D avant 12 semaines d'aménorrhée dans le but de réduire le risque d'allo-immunisation, en cas d'interruption volontaire de grossesse, de grossesse arrêtée ou de fausse couche »
- Discussion sur la contraception en post abortum
- Ordonnance d'antalgiques et de moyen contraceptif en consultation pré IVG
- Prescription dosage hCG 14 à 21 jours après la prise de MIFEPRISTONE
- Visite de contrôle entre **J15 et J21**.

### 3.4. Protocole anti douleur, IVG médicamenteuse

#### 3.4.1. Dans le service

30 min à 1 heure avant la prise de **MISOPROSTOL**

- AINS : IBUPROFENE 400 mg ou KETOPROFENE LP 100 mg (renouvelables toutes les 6 heures si besoin)
- PARACETAMOL 1 g +/- associé à un opioïde

Après prise de **MISOPROSTOL** :

- IBUPROFENE renouvelable toutes les 4 à 6 h si besoin (maximum 1200 mg par jour)
- PARACETAMOL renouvelable toutes les 4 à 6 h si besoin (maximum 4 g par jour)
- NEFOPAM 30 mg en comprimé si insuffisant (maximum 180 mg par jour)
- MEOPA
- Si échec : TRAMADOL 50 mg en IVD ou per os



## Protocole IVG < 14 SA

*Si nausées :*

- ONDANSETRON 4 mg sublingual

### 3.4.2. Après le retour à domicile

- Alternier **IBUPROFENE 400** mg et PARACETAMOL 1 g +/- associé à un opioïde toutes les 2 à 3 heures.

### 3.5. Contrôle post IVG médicamenteuse

**Contrôle obligatoire** (14 à 21 jours après la prise de MIFEPRISTONE)

#### 3.5.1. Consultation de contrôle (voir figure 1)

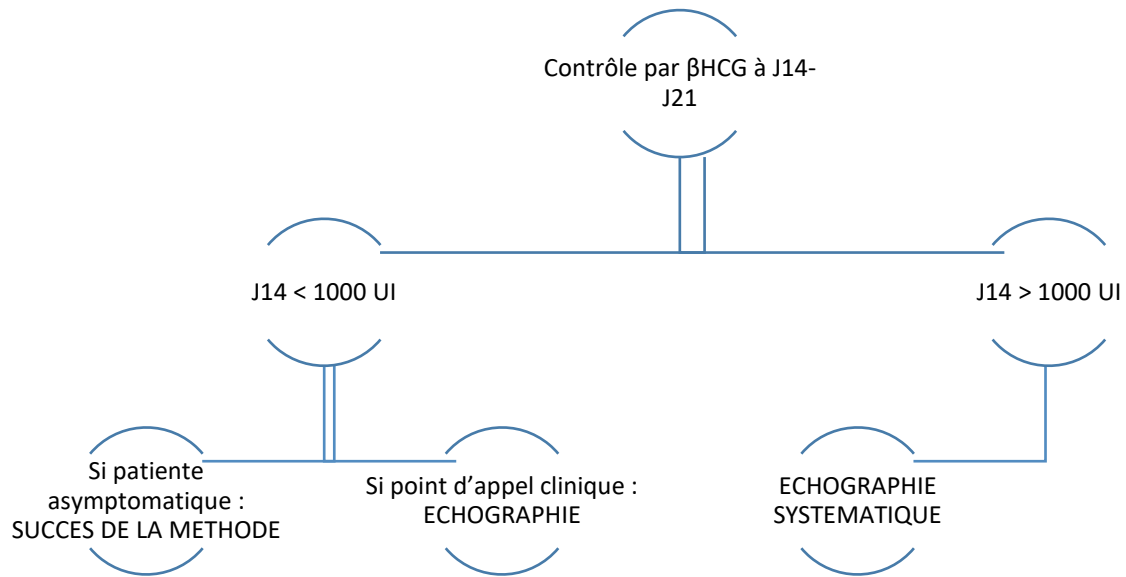
- Evaluation clinique
  - o Historique des saignements après la prise de MISOPROSTOL
    - Quantité, caillots
    - Nombre de jours
  - o Présence de fièvre, existence de leucorrhées
  - o Examen (non obligatoire, en cas de signe d'appel) :
    - Aspect du col
    - Involution de l'utérus
    - Sensibilité au TV

Deux méthodes de contrôle possibles :

- **Dosage hCG** à J14 – J21 < 1000, ou check top (seuil à 1000 UI)
- Réalisation d'une échographie

⇒ **La valeur de l'examen clinique prime sur l'échographie.** Le dosage des hCG doit-être privilégié car moins anxiogène et moins pourvoyeur d'aspirations et moins opérateur dépendant.

- Et si besoin :
  - o Echographie par voie endo-vaginale ou sus pubienne réalisée 14 à 21 jours après la prise de **MIFEPRISTONE** (si persistance de signes cliniques : douleurs, métrorragies).
  - o Réalisation d'une coupe sagittale médiane avec mesure de l'endomètre.



**Figure 1: stratégie post IVG médicamenteuse en fonction des dosages hCG**

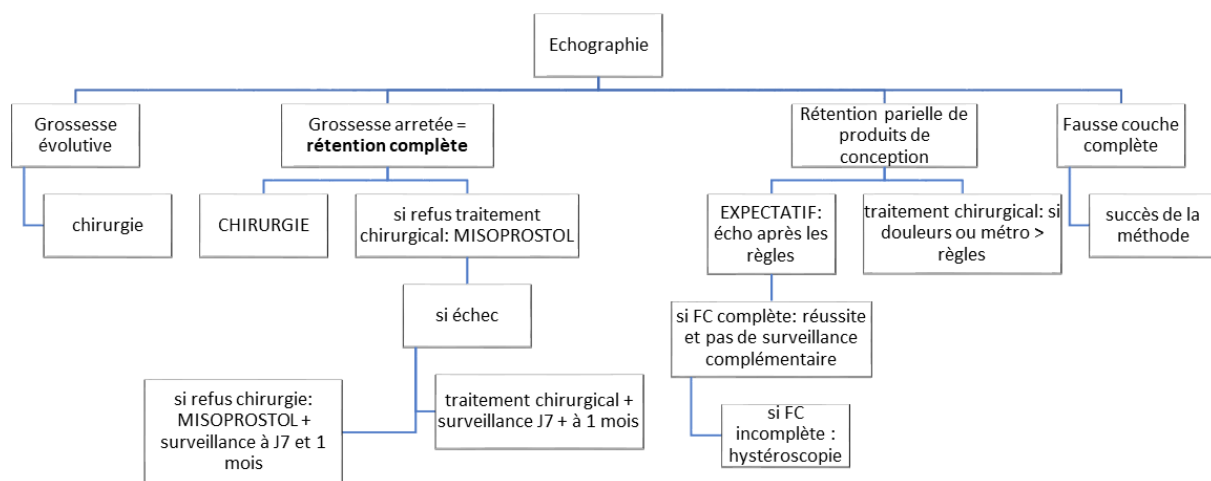
Objectif de l'échographie : vérifier l'efficacité de la méthode par :

- Absence de sac gestationnel et/ou d'embryon.
- Mesure de l'endomètre pour évaluer la présence d'une rétention

*Rétention de produits de gestation (figure 2)*

La rétention est définie par la présence de produit de conception sans sac gestationnel individualisable.

- **Si patiente asymptomatique :**
  - o Attitude expectative
  - o Explications données sur les modalités de reconsultation en urgence (douleurs, hémorragie, signe infectieux).
  - o Contrôle échographique après les prochaines règles
- **Si patiente symptomatique :**
  - o Hémorragie : reprise chirurgicale sous AL ou AG
  - o Infectieuse : prélèvements complets à faire vaginaux + antibioprophylaxie à initier.



**Figure 2: recommandations CNGOF 2016 en post IVG**

### 3.5.2. Contraception

⇒ Vérifier la tolérance et la compréhension avec la patiente.

Toutes les méthodes contraceptives sont possibles en post-abortum (hors CI de la patiente)

## 4. Cas de la grossesse de localisation indéterminée



**La GLI se définit ECHOGRAPHIQUEMENT = échographie OBLIGATOIRE +++**

### 4.1. A qui le proposer :

- hCG < 1500 et pas de SGIU, ou SGIU sans VV
- **Absence de signe échographique direct ou indirect de GEU**
- DDR et/ou date du rapport sexuel à risque concordants
- Aucune douleur évocatrice de GEU
- Aucun saignement
- Patiente accompagnée
- Patiente comprenant les explications et acceptant le contrôle rapproché des hCG

### 4.2. Eliminer les contre-indications :

Ceux de la GEU :

- ATCD de GEU
- ATCD d'IGH/salpingite
- ATCD de plastie tubaire
- Grossesse dans le cadre d'une PMA
- Grossesse sur DIU
- Tabac

### 4.3. Protocole :

- hCG à J1 (le jour de la prise de MIFEPRISTONE)
- Contrôle hCG à J5 ou J7
- Faire signer la fiche de suivi et la fiche de consentement
- Prévoir un RDV téléphonique avec la patiente à J6 ou J8 pour décider de la suite de la prise en charge :
  - Si **hCG à J5 < 50% ou J7 < 80%** : efficacité de la méthode. Consultation de contrôle à J21
  - Si **hCG à J5 > 50% ou J7 > 80%** : suspicion d'échec et bilan aux urgences



## 5. IVG chirurgicale ≥ 6 SA

NB : Il existe un protocole particulier pour les 14-16 SA

### 5.1. Pour toutes les IVG instrumentales

#### 5.1.1. Interrogatoire

- Antécédents médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, recherche de CI aux méthodes
- Historique de la grossesse
- Evaluation des risques avec la patiente,
- Datation de la grossesse
- **Fiche d'information expliquée et consentement signé**



**Ne pas multiplier les échographies endo-vaginales**

#### 5.1.2. Prise en charge médicamenteuse :

##### Préparation cervicale :

- 200 mg MIFEPRISTONE pris sur place ou à domicile en accord avec la patiente et l'équipe 24 à 48h avant l'hospitalisation.
- Ou 400 µg MISOPROSTOL 1h30 à 3 heures avant le bloc opératoire
- Ou en association : 200 mg MIFEPRISTONE 24 à 48h avant l'hospitalisation et 400 µg MISOPROSTOL 20 à 30 min avant le bloc opératoire

##### Autres

- A l'arrivée dans le service :
    - o Anxiolytiques si besoin
    - o AINS per os
    - o Injection de RHOPHYLAC® si Rhésus négatif et RAI négatives (si > 12 SA)
- CNGOF 2024 : « Il est recommandé de ne pas administrer d'immunoglobulines anti-D avant 12 semaines d'aménorrhée dans le but de réduire le risque d'allo-immunisation, en cas d'interruption volontaire de grossesse, de grossesse arrêtée ou de fausse couche »
- o Antibiothérapie **uniquement** si PCR positive

#### 5.1.3. Informations complémentaires

- Explications données sur le type d'anesthésie proposée
- Bilan :
  - o Si grossesse > 12 SA :
    - **1 détermination** de groupe sanguin + **RAI** si Rhésus négatif.
    - RHOPHYLAC au bloc si Rhésus négatif.
  - o Dépistage par auto prélèvement *C.Trachomatis* ou *N.Gonorrhoea* systématique
  - o Recherche d'IST à proposer à toutes les patientes
- Discussion sur la contraception et la visite de contrôle à J 21
- Ordonnance d'antalgiques et de moyen contraceptif en consultation pré IVG
  - o DIU ou NEXPLANON : à poser le jour du bloc
  - o Contraception orale et patches contraceptifs : à débuter le soir ou le lendemain de l'intervention
  - o **Attention** pour les **anneaux vaginaux**, à initier à 5 jours après l'intervention





### 5.1.4. Protocole anti douleur, IVG instrumentales

#### *A l'arrivée dans le service*

- **AINS** avant la prise de 400 µg de MISOPROSTOL
- Anxiolytique si besoin
- Si nausées : ONDANSETRON 4 mg en sublingual

#### *Après le geste chirurgical*

- **AINS**
- **PARACETAMOL 1 g**
- NEFOPAM
- TRAMADOL

#### *Après retour à domicile*

- **AINS**
- **PARACETAMOL 1g**

### 5.1.5. Complications liées à l'acte opératoire

#### *Perforations utérines*

- Perforation avant aspiration
  - Aspiration sous contrôle échographique avec un second médecin gynécologue si la patiente n'est pas algique.
  - Hospitalisation en gynécologie pour différer l'IVG, si patiente algique
- Perforation après aspiration
  - Appel du chirurgien gynécologue pour écarter le doute sur une lésion digestive qui nécessiterait une cœlioscopie

#### *Hémorragies utérines per opératoires*

- S'assurer de la vacuité utérine par écho pelvienne endo-vaginale
- Rechercher une plaie cervicale
- Quantifier les pertes sanguines (mise en place d'un champ de recueil gradué)
- Sondage vésical et massage utérin
- **OXYTOCYNE** : 5 UI en IVD ou 10 UI en IV lente. Dose totale maximale = 40 UI en IV lente + striction du col
- **En cas de persistance des saignements : appel d'un chirurgien du service**

### 5.1.6. Conduite à tenir après une IVG chirurgicale

#### Contrôle obligatoire à J 21.

- Echographie non systématique : Critères identiques à ceux de l'IVG médicamenteuse
  - Si patiente algique + métrorragies : réaliser un PV pour suspicion d'endométrite.
  - Contrôle localisation DIU le cas échéant
- Clinique : reprise consignes contraception
  - Si NEXPLANON : vérifier position et palpation SC possible par patiente et médecin
  - Proposer, si non fait, dépistage IST
  - Examen gynécologique si point d'appel clinique ou dépistages non à jour (test HPV, FCV...)



### 5.2. Spécificités de l'anesthésie locale

#### 5.2.1. Intérêts

- Méthode rapide, peu onéreuse
- Peu de complication (saignements ++)
- Accompagnant non obligatoire

#### 5.2.2. Précautions

- **Vigilance en cas d'antécédents de violences (surtout sexuelles), de toxicomanies et troubles psychiatriques**
- Ne pas oublier de faire un examen gynécologique préalable, surtout chez les nulligestes (cols complexes, utérus polyfibromateux, obésité...).

#### 5.2.3. Protocole

##### *Prémédication*

- **Anxiolytiques** à l'arrivée dans le service
- **AINS et PARACETAMOL 1 g**
- Proposer XYLOCAÏNE 2% gel urétral 1h avant l'intervention, en intravaginal

##### *Préparation cervicale en fonction du choix du service*

##### *Recommandation pour AL au bloc*

- Proposition d'inhalation de PROTOXYDE d'AZOTE (après élimination des CI)
- 20 ml LIDOCAÏNE 1% (non adrénalinée) +/- diluée dans 40 mL de NaCl
- **Anesthésie cervicale et para-cervicale**
- Attendre 2 à 3 minutes avant dilatation
- Dilatation mécanique par bougie de Hégar
- Aspiration à la canule rigide de Berkeley ou souple.
- Pose DIU ou implant possible
- Si > 12 SA : injection de RHOPHYLAC® si RH négatif et RAI négatives
- Pas d'histologie demandée (sauf en cas de possibilité de réquisition par le parquet et suspicion de môle)
- Sortie possible 1 heure après l'intervention si état de la patiente le permet sans accompagnant.

#### 5.2.4. Complications liées à l'anesthésie locale

##### *Incidents*

- Malaise vagal
  - o Symptômes : sueurs, bradycardie, hypotension voire perte de connaissance brève
  - o CAT : prise de TA + oxygénation
  - o Décubitus dorsal, jambes surélevées
  - o Atropine si besoin 0,5 à 1 ml en IV
- Troubles du rythme cardiaque liés à l'ADRENALINE
  - o Symptômes : tachycardie
  - o Poussées hypertension
  - o CAT : appel anesthésiste

##### *Accidents*

- Toxicité neurologique



## Protocole IVG < 14 SA

- Symptômes : Paresthésies, bourdonnements oreille, céphalées, nausées, diplopie, désorientation, agitations, ballonnements, convulsions +++
- CAT :
  - Arrêt immédiat injection
  - Appel anesthésiste

### 5.2.5. En post opératoire

Remise ordonnances avec :

- Antalgiques :
  - PARACETAMOL 1g 3 fois par jour si douleurs.
  - AINS si douleurs
- Contraceptif à débiter le jour de l'intervention ou le lendemain.
- Remise du rendez-vous pour consultation de contrôle entre 2 et 3 semaines après l'aspiration.

### 5.3. Spécificités de l'anesthésie générale

#### 5.3.1. Protocole

Hospitalisation le matin à jeun en service de chirurgie ambulatoire.

- Bilan pré-anesthésique vérifié.
- Mise en place d'une voie d'abord veineuse.

#### *Prémédication*

- Anxiolytiques à l'arrivée dans le service
- AINS et PARACETAMOL 1 g

#### *Préparation cervicale en fonction du choix du service*

*Aspiration au bloc opératoire :*

- Dilatation mécanique par bougie de Hégar
- Aspiration à la canule rigide de Berkeley ou souple.
- Echographie de contrôle systématique si terme proche de 12 SA à 16 SA ou si doute sur vacuité.
- Pose DIU ou implant possible
- Si > 12 SA : injection de RHOPHYLAC® si RH négatif et RAI négatives
- Pas d'histologie demandée (sauf en cas de réquisition par le parquet)
- Antalgique et anti émétiques si besoin (protocole anesthésie)
- Sortie 4 heures après l'anesthésie
- Selon accord de service et suite aux recommandations de la SFAR : RAD possible seule mais pas de conduite de véhicule personnel.

#### 5.3.2. En post opératoire

Remise ordonnances avec :

- Antalgiques :
  - PARACETAMOL 1g 3 fois par jour si douleurs.
  - AINS si douleurs
- Contraceptif à débiter le jour de l'intervention ou le lendemain.
- Remise du rendez-vous pour consultation de contrôle entre 2 et 3 semaines après l'aspiration.

#### 5.4. Consultation post abortum après une IVG chirurgicale

Elle doit-être obligatoirement proposée.

Evaluation clinique et générale

Echographie à réaliser en cas symptômes persistants et en cas de DIU posés pour vérification de la localisation.

#### 5.5. Antibiothérapie

##### 5.5.1. Pour IVG médicamenteuse

<b>Pas d'antibiothérapie prophylactique.</b>
--

*Pour toutes les IVG*

Le traitement recommandé en fonction du ou des germes identifiés à l'occasion du dépistage est le suivant :

- *Neisseria gonorrhoea* :
  - o CEFTRIAXONE 500 mg en dose unique par voie IM
  - o En cas d'allergie aux céphalosporines : AZITHROMYCINE 2g en dose unique ou GENTAMICINE 240 mg par voie IM ou SC en dose unique.
  - o La CIPROFLOXACINE 500 mg en dose unique ne doit être utilisée qu'après vérification de sa sensibilité sur l'antibiogramme.
- *Chlamydia trachomatis* :
  - o DOXYCYCLINE 200 mg en 1 ou 2 prises quotidiennes pour une durée de 7 jours
- *Mycoplasma genitalium* :
  - o AZITHROMYCINE 500 mg à J1 puis 250 mg par jour de J2 à J4.
  - o 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.
  - o En cas de résistance à L'AZITHROMYCINE, MOXIFLOXACINE 400 mg par jour pendant 7 jours.

*Précautions si risque d'endocardite*

3 SONT RETENUES :

- ATCD d'endocardite infectieuse
- Cardiopathies cyanogènes
- Matériel prothétique

## 6. Contraception

### 6.1. DIU ou SIU

#### 6.1.1. Indications

- Après IVG médicamenteuse ou chirurgicale, et le DIU est possible chez les nullipares.
- Rechercher contre-indication
  - o Malformations utérines
  - o Infections en cours
  - o Saignements non expliqués
- Ecarter un risque infectieux
  - o Si infection génitale haute en cours de moins de 3 mois



- Rechercher infection à *Chlamydia trachomatis* et *Gonocoques* systématiquement chez les patientes en demande d'IVG par auto prélèvement de l'endocol (pas de CI à la pose si patiente asymptomatique).

### 6.1.2. Quand le mettre en place ?

- Immédiatement au décours de l'aspiration après une IVG chirurgicale (sauf en cas d'épisode infectieux).
- En post IVG, si vacuité utérine.
- Lors des règles qui suivent l'IVG médicamenteuse, après vérification de la vacuité utérine par échographie ou en dehors du cycle avec dosage des hCG la veille ou avant-veille de la pose.

### 6.1.3. Informations à donner aux patientes

- Efficacité contraceptive (immédiate)
- Longue durée d'action (5 ans)
- Risque potentiel d'expulsion, de perforation ou migration
- Impact sur les cycles
- Contrôle nécessaire 1 à 3 mois après la pose

### 6.2. Contraception orale et patch

- A débuter le soir même de l'IVG
- Ou le soir même de la prise de MISOPROSTOL dans l'IVG médicamenteuse
- CI identiques qu'habituellement



### 6.3. Pose de NEXPLANON®

- Au bloc opératoire, le jour de l'IVG
- Ou le jour de la prise de **MISOPROSTOL** dans l'IVG médicamenteuse



### 6.4. Anneau et patch contraceptifs

- Anneau : A débuter 7 jours après la prise de MIFEPRISTONE ou 5 jours après une IVG chirurgicale.
- Patch contraceptif : A débuter le soir ou le lendemain de l'IVG



## 7. Documents de références

- Protocole REVHO (Paris) pour l'IVG instrumentale, Février 2022
- Référence IPAS : Dilatation & Evacuation : Reference Guide IPAS 2018
- Protocole d'IMG des services de DAN Lyon - Réseau périnatal AURORE 2018
- HAS avril 2022
- RECOMMANDATIONS de la SFAR et du CNGOF Janvier 2020
- SFAR 2016 : Antibio prophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle
- CNGOF 2018 : RPC contraception
- MOUILLIER, R. and B Mesle « interruption volontaire de grossesse » EMC (Elsevier Masson sas paris) 2006. Gynécologie, 738-a-10.
- Procédures régionales de prise en charge de l'IVG en Aquitaine, réseau périnat aquitaine 2017



## 8. Documents Associés

### 8.1. Fiches d'information pour les patientes

#### INFORMATIONS

L'interruption Volontaire de Grossesse (IVG) est un **acte médical**, effectué par des médecins qualifiés. Elle s'effectue selon 2 méthodes différentes médicale ou instrumentale. Celle-ci dépendant de l'âge de la grossesse, de vos antécédents (personnels, médicaux et familiaux), et de votre choix.

L'IVG est possible jusqu'à **14 semaines de grossesse** (ou **16 semaines d'aménorrhée = délais légaux**).

Malgré les précautions prise avant, pendant et après l'acte, des incidents peuvent cependant survenir.

#### Concernant l'interruption volontaire de grossesses selon la méthode médicamenteuse.

Cette méthode est habituellement possible jusqu'à **7 semaines de grossesse** (= **9 semaines d'aménorrhée**).

Cette méthode consiste en la prise successive de deux médicaments administrés à 48 heures d'intervalle. L'expulsion de la grossesse se fait naturellement.

L'efficacité de l'IVG médicamenteuse est de **95%**.

#### Effets mineurs et complications de la méthode médicale :

Des effets mineurs sont possibles et sont attribuables plutôt au 2<sup>ème</sup> médicament (**MISOPROSTOL**) : nausées, vomissements, crampes abdominales, contraction utérines, et diarrhées

Trois types de « complications » sont possibles (environ 5%).

- **La grossesse est arrêtée mais non expulsée ou avortement incomplet ou rétentions utérines** : 1,3 à 4,6%. Très rarement les saignements persistants nécessitent une aspiration secondaire (pour évacuer les fragments restants) dans un délai variable après l'IVG médicale.
- **La grossesse n'est pas arrêtée**. La poursuite de la grossesse doit être considérée comme un échec de la méthode si aucun saignement ne survient dans les 7 jours suivant la prise de de MISOPROSTOL : environ 0 à 1,5%.
- **Les hémorragies (saignements)** : elles sont rares 5% des cas. Elles peuvent se produire avant ou au moment de l'expulsion. Elles peuvent nécessiter une aspiration en urgence (pour interrompre les saignements) dans 0,3% des cas, une transfusion dans 0 à 1,4% des cas.

#### D'où la nécessité d'une visite de contrôle ou visite de suivi obligatoire :

- Elle a lieu **14 à 21 jours** après la prise du premier médicament (J1 **MIFEPRISTONE**) pour s'assurer que la grossesse est interrompue et qu'il n'existe pas de complication.
- Un bilan sanguin (dosage HCG) vous sera prescrit, à faire réaliser dans un laboratoire d'analyses gratuitement 14 jours après l'hospitalisation, et donc avant la visite de contrôle

#### Concernant l'IVG selon la méthode instrumentale (par aspiration)



## Protocole IVG < 14 SA

Cette méthode consiste en l'aspiration du contenu utérin sous **anesthésie locale ou générale** après dilatation du col de l'utérus « préparé » au geste.

1. Dans **95 à 98%** des cas, les suites sont **simples**.
2. Dans moins de 5% des cas, il peut être observé après une IVG.
  - Une rétention (fragment de placenta) pouvant provoquer une hémorragie : 0,3% à 2,0%.
  - Une infection utérine (évoquée devant fièvre supérieure à 38°C, et pertes vaginales malodorantes) : moins de 0,1 à 2%
  - Une déchirure du col utérin, qui peut être réparée (points de suture) : 0,6% à 1,2%.
  - Une grossesse qui peut se poursuivre malgré l'aspiration : moins de 0,3%.
  - Une accumulation de caillots sanguins dans l'utérus, exigeant une intervention supplémentaire pour les aspirer : moins de 0,2%

### Certaines complications sont exceptionnelles :

- La perforation de la paroi utérine nécessitant une hospitalisation: moins de 0,4%.
- Des saignements excessifs exigeant transfusion sanguine, aspiration : 0,02% à 0,3%. Très exceptionnellement une hémorragie incontrôlable peut rendre nécessaire une hystérectomie voire mettre en jeu le pronostic vital.

### Quelle que soit la méthode

1. Surveillez l'importance de vos saignements. **Les hémorragies** sont définies par :
  - **L'utilisation de plus de 4 serviettes périodiques** (modèle maxi) **en deux heures**.
  - Par la survenue de façon soudaine et abondante de saignements au moins jusqu'à **12 jours** après l'IVG ou pour persistance durant plusieurs semaines ou s'ils s'accompagnent de malaises.
2. **Si votre groupe sanguin est Rhésus négatif**, vous recevrez selon le terme de la grossesse une injection de gammaglobulines anti-D pour éviter des complications lors d'une prochaine grossesse.
3. **Après la prise du MISOPROSTOL si vous décidez de poursuivre la grossesse** (suite à un échec de la méthode médicale ou un changement d'avis avant aspiration) : cette prise médicamenteuse **augmente modérément le risque malformatif chez le fœtus** et justifie une surveillance échographique par opérateur référent.
4. **Conseil après IVG**
  - Tant que les saignements persistent, il ne faut pas prendre de bain, mais des douches sont autorisées.
  - Pendant toute la durée des saignements, les rapports sexuels sont contre-indiqués.
  - Utilisez des serviettes périodiques, et surtout pas de tampons.
5. **Consultez en urgence A TOUT MOMENT**, si vous présentez de fortes douleurs abdominales (malgré la prise d'antidouleurs), des saignements excessifs, ou de la fièvre.
6. **Une visite de contrôle** est absolument nécessaire après les IVG médicamenteuses.
7. **La contraception sera débutée le soir même de l'IVG.**





## Protocole IVG < 14 SA

### 8.2. Fiche consentement IVG majeurs

<b>CONSENTEMENT AVANT REALISATION D'UNE IVG</b>
---

Je soussignée .....

Certifie avoir reçu l'information relative aux risques concernant l'interruption volontaire de grossesse, conformément à la loi n°79-1204 du 31.12.1979, et maintenir ma décision.

A ....., le .....

Signature



8.3. Attestation mineurs

**ATTESTATION POUR LA MINEURE**

Je soussignée :

Née le :

Autorise l'établissement ..... ; à pratiquer une IVG sur ma personne.  
Cette autorisation est donnée libre de toute contrainte.

Je souhaite prévenir un de mes parents (ou représentant légal) qui m'accompagne le jour de l'IVG.

**Coordonnée des parents :**

Nom : Prénom

Adresse :

Tél :

Je ne souhaite pas informer mes parents de ma décision et m'engage à être accompagnée le jour de l'IVG par une personne majeure (coordonnées non obligatoires).

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél :

Fait à ..... le :

Signature :