

PARI(S) SANTÉ FEMMES

IVG de 14 à 16 SA : Quels enjeux? De la femme aux professionnels


Dre Nathalie Trignol-Viguiier

- Centre d'orthogénie du CHU Tours
- Réseau Périnat Centre-Val de Loire
- Co présidente de l'ANCIC



RÉSEAU PÉRINAT
Centre-Val de Loire





La loi est votée et
promulguée depuis le 3
mars 2022

L'allongement du délai
de 14 à 16 SA

est applicable de suite

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045287560>



Prévisionnel?

- Plus de la moitié des IVG sont réalisées avant 10 SA
- Plus le terme avance, moins le nb d'IVG est élevé
- Estimation 14/16 SA autour de 2000/an, soit 1% des IVG, soit **1 à 2 IVG/mois/département**

Tableau complémentaire B. Répartition des IVG hospitalières en 2019 selon l'âge gestationnel (en semaines d'aménorrhée)

âge gestationnel (SA)	moyen non précisé	méthode instrumentale	méthode médicamenteuse	total
1	0%	0%	0%	0%
2	0%	0%	0%	0%
3	1%	0%	0%	0%
4	2%	0%	2%	2%
5	6%	1%	16%	10%
6	15%	4%	32%	20%
7	16%	11%	25%	19%
8	17%	17%	15%	16%
9	10%	19%	5%	10%
10	7%	16%	2%	8%
11	5%	13%	1%	6%
12	4%	9%	0%	4%
13	4%	7%	0%	3%
14	2%	2%	0%	1%
15	2%	0%	0%	0%

Lecture : 30 % des IVG médicamenteuses réalisées en centre hospitalier concernent la 6e semaine d'aménorrhée.

Champ : IVG en établissements de santé.

Sources : ATIH (PMSI-MCO), calculs DREES.

- Environ 300 IVG entre 14 et 16

Enjeux pour les femmes

- Être informées de l'allongement du délai
- Liberté du choix à disposer de leur corps en toute autonomie jusqu'à 16 SA
- Respect du principe de justice avec la gratuité
- Accès à l'IVG jusqu'à 16 SA partout sur le territoire métropolitain et ultramarin

L'allongement du délai ne doit pas retarder la prise en soin des demandes < 14 SA et doit permettre un accès rapide entre 14 et 16 SA

Enjeux pour les professionnel.le.s

- Accéder à la formation aux spécificités de cette prise en soin
 - Pour les médecins et les SF qui feront les gestes
 - Pour les équipes qui participeront à l'activité : IDE, SF, AS ...
- Organiser le parcours de soins
 - Equipes qui assureront la prise en soin
 - Equipes qui délègueront
- S'assurer d'un maillage territorial adapté, y compris en période estivale

Protocoles 14/16 SA

Pas de reco françaises à ce jour : ni HAS, ni CNGOF

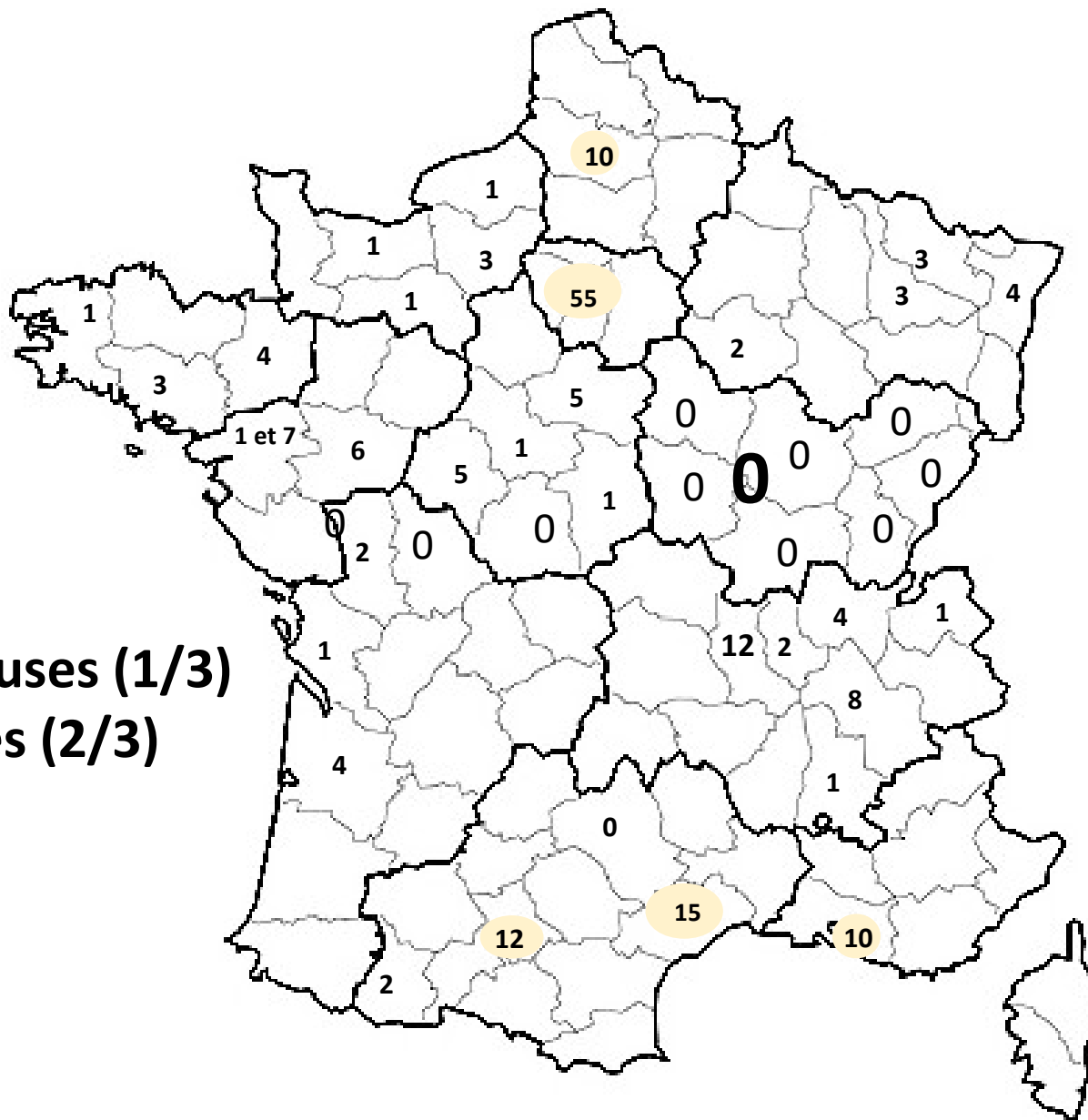
- Jusqu'à 14 SA :
 - HAS : instrumentale entre 9 et 14 SA
 - CNGOF : instrumentale ou médicamenteuse jusqu' à 14 SA
- Expérience de l'IMG :
 - Principalement médicamenteuse jusqu'au terme
 - Instrumentale au cas par cas selon les équipes jusqu'à 16/18 SA

Où en sommes-nous 2 mois après le vote de la loi?

- Emergence de protocoles :
 - REVHO propose un protocole instrumental de D/E
 - <http://revho.fr/wp-content/uploads/2022/03/IVG-par-methode-instrumentale-entre-14-et-16-SA-Conseils-techniques-V5.p>
 - Protocoles IMG médicamenteuses superposables pour l'IVG
- Beaucoup d'interrogations dans toutes les équipes :
 - Compétences acquises pour certaines : D/E avec les IMG, formation à l'étranger, envie de transmission par compagnonnage
 - Motivations à se former, peurs par manque de formation

Etat des lieux (non exhaustif)
des IVG réalisées /
département
au 10/05/22

49 IVG médicamenteuses (1/3)
129 IVG instrumentales (2/3)



Martinique 1
Guadeloupe 3
Réunion 7



Idéal à atteindre pour toutes les femmes

- Un service bienveillant
- Des locaux adaptés
- Du personnel formé
- Des délais de prise en soin respectant le terme limite de 16 SA
- Une distance raisonnable du domicile de la femme pour respecter l'accès et la confidentialité
- Le choix de la méthode

Différences entre IVG instrumentale et médicamenteuse de 14 à 16 SA

IVG INSTRUMENTALE

- Geste court, même si un peu plus long (15 à 30')
- Pas de visuel pour la femme, visuel fœtal entier ou fragmenté pour le médecin (+/- l'équipe en salle)
- Au bloc ou en salle blanche, à distance de la salle de naissance
- Personnel dédié du centre d'IVG (recommandé par la HAS/IVG)
- Pas de question du devenir du corps

IVG MEDICAMENTEUSE

- Durée de qq heures à qq jours, aspiration secondaire à anticiper
- Visuel fœtal pour la femme et l'équipe : SF/IDE en 1ère ligne, médecin moins confronté
- Hospi complète +/- salle de "naissance" : proximité des accouchées, monito, 1ers cris
- Equipe différente : SF d'obstétrique si salle de "naissance"
- Devenir du corps?

Définition du terme

- L'imprécision du terme augmente avec l'âge gestationnel : +/- 8 j
- Reco CNGOF pour 14 SA = BIP 30 mm soit le 90 ème P
- Par extrapolation à **16 SA** :
 - **BIP = 38 mm au 90ème P**
 - **PC = 132 mm au 90ème P** : valeur de référence pour la datation > 14 SA ?

1. Kiserud T, Piaggio G, Carroli G, et al. The World Health Organization Fetal Growth Charts: A Multinational Longitudinal Study of Ultrasound Biometric Measurements and Estimated Fetal Weight. PLoS Med. 2017;14(1):e1002220.
2. Papageorghiou AT, Ohuma EO, Altman DG, et al. International standards for fetal growth based on serial ultrasound measurements: the Fetal Growth Longitudinal Study of the INTERGROWTH-21st Project. Lancet. 2014;384(9946):869-879 (Supplementary appendix).

Protocole instrumental

(à partir de la fiche technique proposée par
REVHO)

Préparation cervicale

Mifépristone

+

Misoprostol

Cas particuliers : dilapans ?

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

Protocole antalgique

- Au même titre qu'avant 14 SA!
- Avant le misoprostol : cf dia précédente
- Pendant l'hospitalisation: si nécessaire, rajouter Oxynorm 5 mg
- Penser à la bouillotte...
- Prescrire dès la cs pré IVG
 - pour avant si besoin (dès la mifépristone, besoin rarement)
 - Pour après : Ibuprofène +/- paracétamol ou paracétamol + opium +/- néfopam

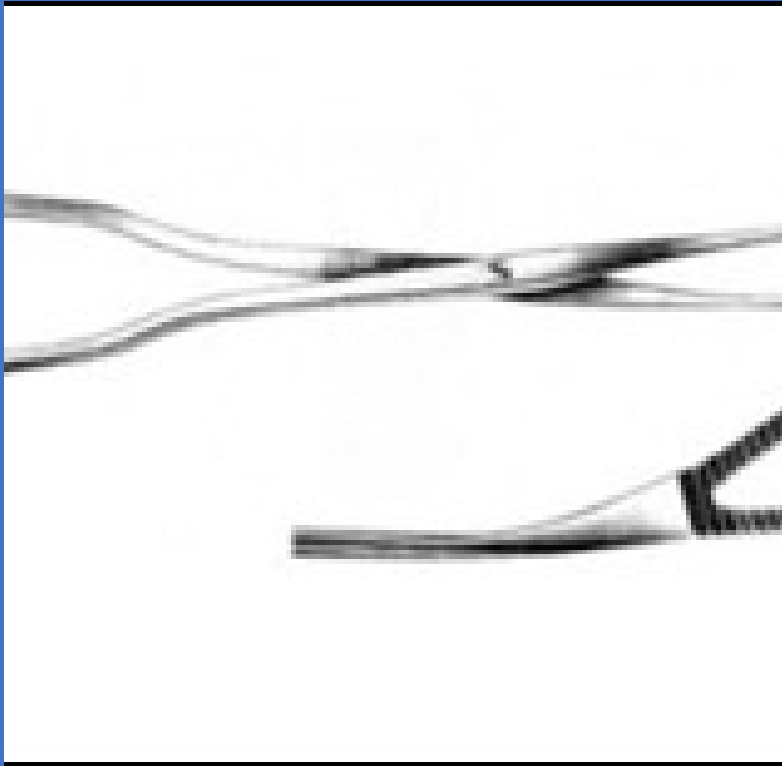
Dilatation cervicale

- D&E : le col doit être suffisamment préparé pour permettre une insertion aisée des instruments.
- Corrélation entre dilatation et âge gestationnel :
 - entre 14 et 15 SA : au moins bougie n° 14 ou n° 15
 - entre 15 et 16 SA : au moins jusqu'à la bougie n° 15 ou n° 16

Inutile et déconseillé de dépasser la bougie n°16.

Evacuation de l'utérus

- Commencer par une **aspiration intra-utérine** pour aspirer le LA (prendre la plus grosse canule disponible).
- Demander 5 unités de Syntocynon[®] en IVL
- Puis 10 U dans une poche de 250 ml durant toute la procédure.
 - L'ocytocyne provoque la contraction de l'utérus qui
 - favorise le décollement du trophoblaste « délivrance dirigée per abortum »
 - diminue le risque de perforation
 - diminue les pertes sanguines
- Extraire le trophoblaste s'il se présente à l'orifice externe par traction douce.



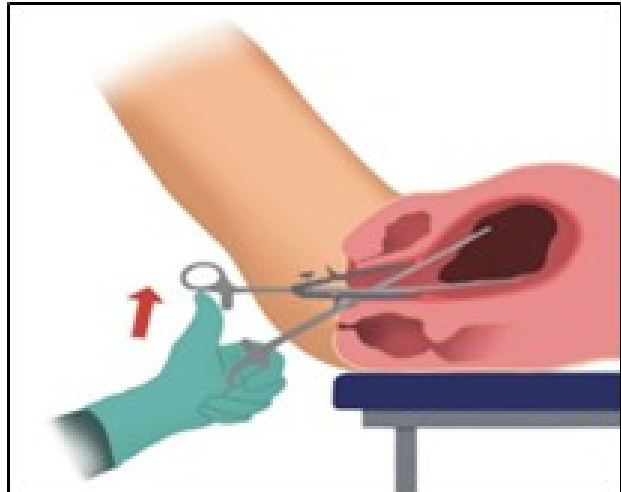
Pince de Mac Clintok 24

- Le type de pince recommandé est une pince de Mc Clintok 24 cm
- C'est un modèle qui peut être introduit dans l'utérus avec une dilatation de 12 et qui ne se démonte pas. Les pinces à faux germes habituellement disponibles sont trop larges et démontables. La disjonction des branches de la pince pendant le geste le complique beaucoup.

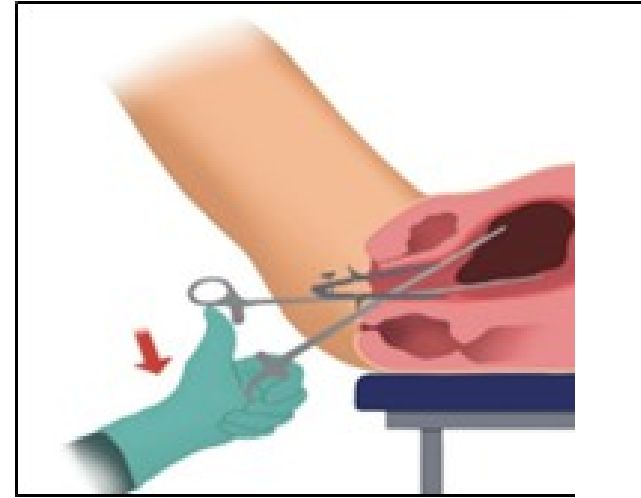
Utilisation de la pince de Mac Klintok

Introduire la pince sous contrôle écho

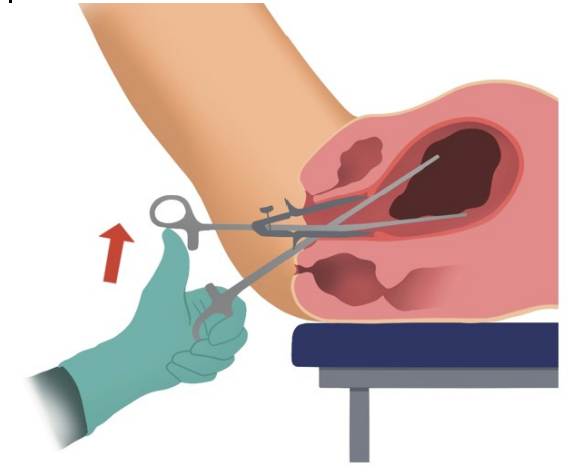
Une fois introduite dans l'utérus, la pince doit s'ouvrir verticalement et non pas horizontalement.



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.



Evacuer les tissus, en fermant les mâchoires de la pince autour des tissus fœtaux et la faire pivoter de 90° avant de la retirer par traction douce avec des petits mouvements de droite/ gauche de la main.



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. (Figure 3)

Trucs et astuces

4 conseils pratiques :

- Utiliser un sac de recueil sous fessier pour les fragments de tissus
- 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.
- 5 nouvelles unités de syntocynon[®] en IV lente ou un massage utérin peuvent permettre de ramener des fragments vers la partie basse de l'utérus.
- Les vacuettes d'aspiration souples, plus longues que les rigides peuvent être utiles

AL ou AG?

- Idéalement : laisser le choix à la femme
- Sous réserve d'une prise en soin adaptée avec une équipe accompagnatrice rodée et un.e opérateur/rice expérimenté.e
- Pour commencer : privilégier l'AG?

PROTOCOLE MEDICAMENTEUX (à partir des premières propositions

du CNGOI

MIFEPRISTONE 200 ou 600 mg

24 à 48 h

MISOPROSTOL 400 µg

MISOPROSTOL 800 µg

Toutes les 3h, en buccal ou sublingual, si pas d'expulsion sans dépasser 2000 µg*

MISOPROSTOL 400 µg

MISOPROSTOL 400 µg

MISOPROSTOL 400 µg

MISOPROSTOL 400 µg

Cas particulier de l'utérus cicatriciel :
½ dose de miso/prise
Maxi : 1400 µg

Risque de geste chirurgical complémentaire pour rétention placentaire
Risque d'hospitalisation le soir de l'IVG en cas d'échec de l'IVG médicamenteuse et d'aspiration tardive

*HAS 09/2021, RTU misprostol, maxi 1200 µg/24h, 600 si ut cicat

Le protocole mis en place dans chaque équipe pour la prise en soin des IMG du 2ème trimestre est une base de réflexion inter équipe pour le protocole des IVG entre 14 et 16 SA mais doit être adapté à la spécificité de l'IVG

Protocole antalgique
Idem protocole instrumental + recours à la péridurale?

Antibioprophylaxie

- Comme pour les termes plus précoces un dépistage systématique des IST est indiqué : PCR Chlamydia/gono reco HAS 2018
- Pas d'antibioprophylaxie systématique

Prévention de la lactation?

Prévenir la femme qu'elle peut survenir : ne pas stimuler les seins ni tirer le lait, utiliser une brassière serrée, mettre des poches réfrigérantes sur les seins, prendre des AINS pour soulager la douleur.

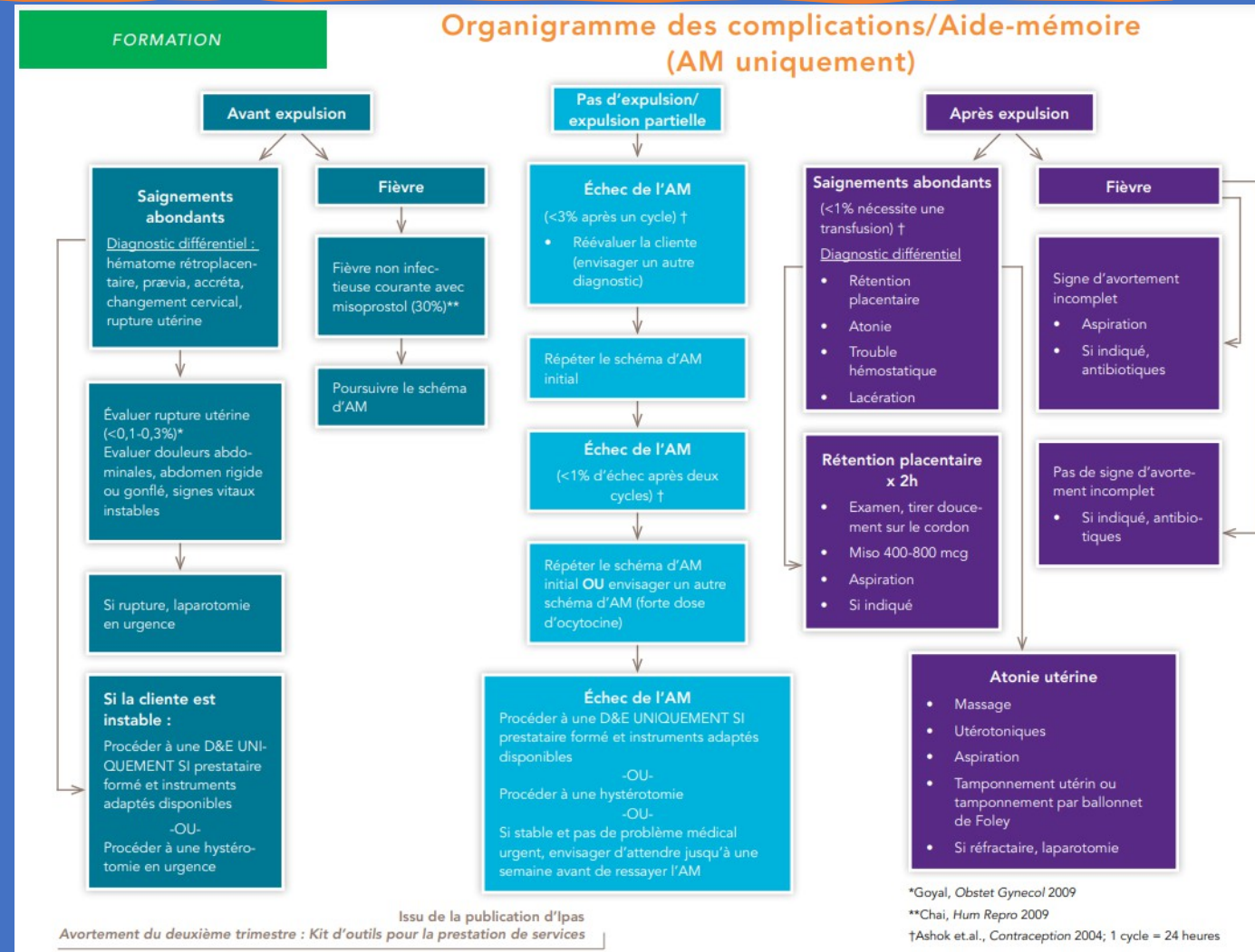
Doit-on traiter? Pas en systématique.

Si oui:

- En préventif ?
 - Dostinex 0,5 mg 2 cp en 1 prise dans les 24 h suivant l'IVG
- Après début de la lactation ?
 - Dostinex ½ cp toutes les 12 h pendant 48h
- CI :

Complications

- Le risque de perforation ou d'hémorragie augmente avec le terme et avec l'inexpérience : pour l'IVG instrumentale, ne pas être seul.e au départ, compagnonnage
- La littérature montre qu'il n'y a pas plus de complications avec l'une ou l'autre des méthodes.



Conclusion

- Une nouvelle porte s'ouvre pour la liberté des femmes en France. D'autres tentent de se fermer ailleurs dans le monde : restons vigilant.e.s et appliquons ce que l'on a la chance d'avoir acquis.
- Notre rôle de soignant.e est d'être à l'écoute des besoins de nos patient.e.s : nous ne cessons de nous former pendant toute notre vie professionnelle, alors formons-nous et formons nos équipes à la pratique de l'IVG entre 14 et 16 SA.
- L'IVG entre 14 et 16 SA doit pouvoir être accessible à toutes les femmes en France, gratuitement, confidentiellement et dans le respect de leur choix, en toute sécurité et bienveillance pour elles et les équipes qui les prennent en soin

Merci de votre attention