



CONSULTATION POST-IVG

13/12/19, Atelier Journée Pleiraa



Mlle S , 31 ans

- ▶ ATCD, clinique, bilan IST RAS selon la patiente, non retrouvé
- ▶ Entretien CCF sans particularités
- ▶ Demande d'IVG med à 6sa+3, échographie en rapport
- ▶ HCG de contrôle non fait
- ▶ Depuis 3 jours : douleur abdo + leucorrhées fétides
- ▶ Examen: uterus douloureux à la mobilisation , lochies malodorantes
- ▶ Echo pelvienne: endomètre discrètement irrégulier, mesuré à 10 mm
- ▶ Qu'évoquez-vous? Que faites-vous?

Endométrite/ IGH

- ▶ 33. Shannon, C., L. Perry Brothers, Neena M. Philip, and Beverly Winikoff. (2004) Infection after medical abortion: a review of the literature. [Contraception 70:183-190.](#)
- ▶ « Une infection suite à un avortement médicamenteux est un **événement rare qui s'est produit dans moins de 1%** des 46 400 cas, ce qui correspond à un pourcentage inférieur aux infections constatées suite à des avortements chirurgicaux. » Ces chercheurs ont aussi déclaré : «... la fréquence générale des infections reportées après un avortement médicamenteux (0,92%) est moindre que celle des infections reportées après un avortement chirurgical ou un accouchement.»³³



Endométrite

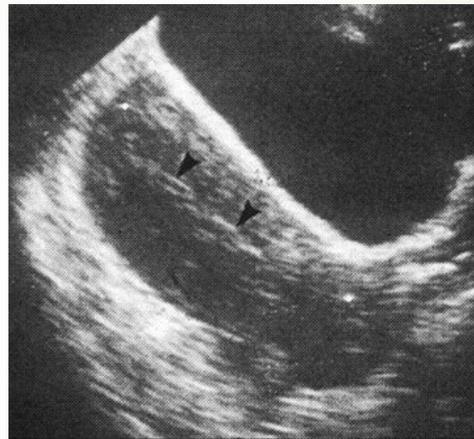
- CNGOF 2013 Antibioprophylaxie et IVG
- **Le risque d'infection du post-abortum est faible** et du même ordre de grandeur en cas d'IVG instrumentale ou médicamenteuse (1 à 2 %). La démonstration de l'efficacité d'une stratégie d'antibioprophylaxie pour prévenir les infections génitales hautes du post-abortum a été faite pour l'avortement provoqué instrumental mais les **études manquent pour l'avortement médicamenteux**. Le niveau d'efficacité est variable suivant les endroits ou suivant les groupes de population en fonction de l'incidence des IST et/ou de la vaginose bactérienne. La majorité des études n'ont **pas évalué l'antibioprophylaxie** dite universelle, c'est à-dire celle pratiquée sans faire de dépistage des IST ou de la vaginose bactérienne. Des études comparatives manquent pour déterminer le meilleur protocole antibiotique mais elles ne pourront être menées de façon satisfaisante que lorsque des progrès notables seront réalisés dans le diagnostic de l'infection génitale haute, c'est-à-dire dans la pertinence et la reproductibilité des critères utilisés pour juger de sa réalité. Enfin l'intégration du dépistage et du traitement des IST (*Chlamydiae trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*) dans une stratégie d'antibioprophylaxie systématique doit être étudiée sur le plan de l'efficacité et évaluée sur le plan du coût.

Endométrite

- **Clinique.** Le diagnostic clinique d'endométrite aiguë du post-partum est facile quand s'associent **des douleurs pelviennes, une hyperthermie et des lochies fétides**. En cas de doute sur une vacuité utérine ou de non réponse au traitement bien conduit par antibiothérapie, une échographie doit être pratiquée (grade B).
- **Examens Complémentaires: PV complet + NFS CRP** - Il faut réaliser une **échographie pelvienne** car elle permet d'évoquer le diagnostic mais pas de signe pathognomique (aspect feuilleté, épaissement hétérogène, rétention, image liquidienne), d'éliminer une forme compliquée d'IGH (abcès tubo-ovarien) ou une autre pathologie (grade B).
- **Traitement:**
 - l'antibiothérapie des IGH non compliquées simples (traitées en externe) **est la ceftriaxone 1 g, 1 fois, par voie intramusculaire (IM) ou intraveineuse (IV), associée à la doxycycline 100 mg x 2/j et aumétrondazole 500 mg x 2/j par voie orale (PO) pendant 10 jours**. (grade A) (Tableau 1) CNGOF
 - une association **clindamycine (900 mg 3 x/jour) et gentamycine** (1,5 mg/kg 3 x/jour) par voie intraveineuse (grade A)
 - une **pénicilline combinée à un inhibiteur des b-lactamases** (amoxicilline-acide clavulanique, 3 à 4 g/jour) (grade C).

La prescription de l'antibiotique de première intention ne doit pas être retardée par l'attente des résultats de l'analyse microbiologique. La durée optimale de traitement en cas d'endométrite ne peut pas être déterminée par la littérature (5 à 10 jours) d'autant que l'intérêt d'un relais par voie orale n'a pas été démontré
- **Surveillance.** La réalisation **d'une échographie 3 mois après** l'épisode infectieux initial peut dépister les séquelles d'IGH à type d'hydrosalpinx ou de faux kyste péritonéal (NP2). Cependant sa réalisation n'est pas recommandée en l'absence de symptômes dûment avérés (douleurs, infertilité) (accord professionnel).

- 
- En cas d'IGH simple, le traitement antibiotique en hospitalisation n'offre aucun avantage par rapport au traitement non hospitalier (en externe) et ne modifie pas le pronostic ultérieur (NP1). Le traitement antibiotique en externe est recommandé pour traiter les IGH simples (grade B). CNGOF



Endométrite post-IVG

Aspect fréquent ; la ligne de vacuité (V) d'aspect feuilleté, bien que légèrement épaissie, est peu échogène éliminant une rétention digne d'un curetage.



Mlle R , 19 ans

- ▶ Contexte: communauté des gens du voyage
- ▶ ATCD, clinique, Bilan IST RAS
- ▶ Entretien CCF sans particularités
- ▶ Demande d'IVG med à 6sa+2, échographie en rapport.
- ▶ Seule sa cousine et une travailleuse sociale au courant
- ▶ Doit changer de camp avant la visite de contrôle, ne sait pas où elle ira
- ▶ Que faites-vous?



HAS 2001

- Visite de contrôle
- -La visite de contrôle est prévue entre le 14^e et le 21^e jour post-IVG. -Le contrôle de la vacuité utérine nécessite un examen clinique. Selon les données de cet examen, une échographie peut être réalisée.
- -La compréhension de la contraception et de sa bonne utilisation, normalement prescrite au décours même de l'IVG, doit être vérifiée. La présence et la situation correcte d'un éventuel dispositif intra-utérin mis en place lors d'une IVG chirurgicale sont vérifiées. Le cas échéant, le dispositif intra-utérin peut être mis en place. -Il existe peu de données concernant le retentissement psychologique de l'IVG. Un accompagnement spécifique doit être proposé et disponible



ANCIC

Consultation post-IVG

Quelle que soit la méthode utilisée, une consultation de suivi est comprise dans le forfait de l'IVG. Elle doit être réalisée entre le 14ème jour et le 21ème jour suivant l'interruption de la grossesse, afin de s'assurer de l'absence de complication et de faire le point sur la méthode de contraception choisie. A cette occasion, un entretien psycho social post IVG est aussi proposé..



Mme V, 24 ans

- ▶ Contexte d'origine Nigériane, Logement dans foyer
- ▶ bilan IST OK
- ▶ Pas d'ATCD, clinique RAS
- ▶ Entretien CCF : esclavage sexuel en Libye, prostitution en France
- ▶ IVG med à 5SA+6, echo en rapport
- ▶ Ne vient pas à la cs de contrôle , HCG à 900 à J14
- ▶ Plusieurs passages aux urgences pour douleurs et saignements , echo faite par l'interne endomètre 12mm
- ▶ Que faites vous?



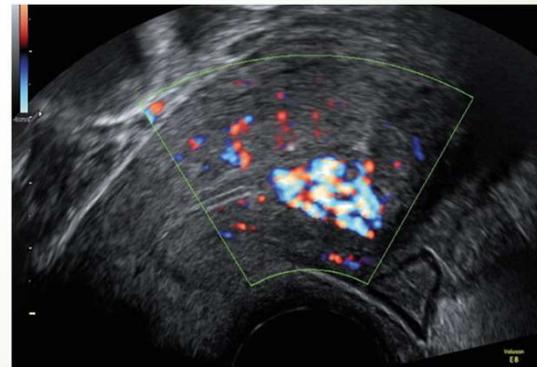
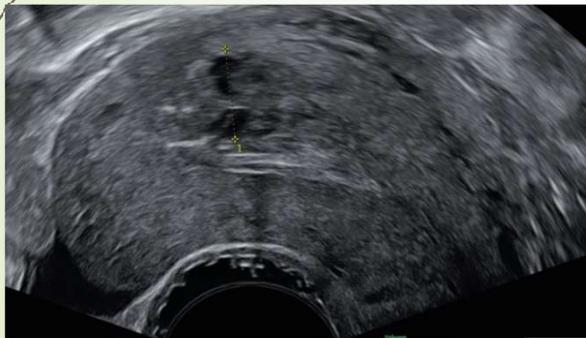
Psychotrauma

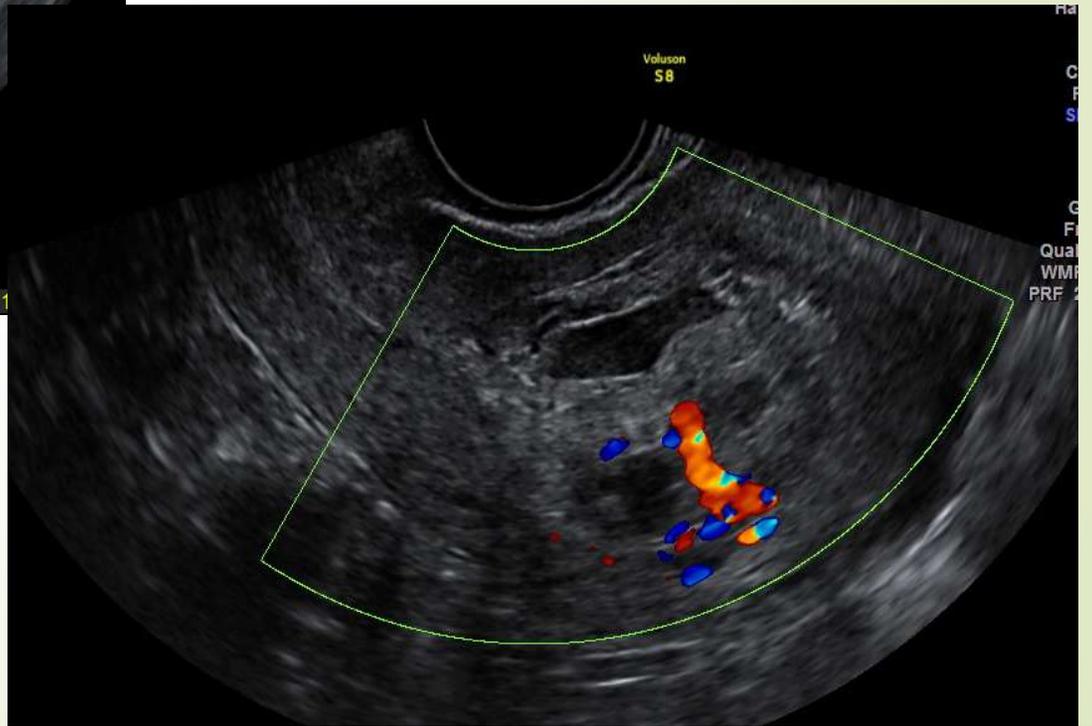


- ▶ **Syndrome de reviviscence** = mémoire traumatique: pensées récurrentes sur les violences, ruminations, souvenirs intrusifs de tout ou partie de l'évènement (sensations douleurs, bruits, paroles), agissements soudains comme si l'évènement allait se reproduire, flash-back, illusions, rêves répétitifs, cauchemars; vécus intensément avec une forte angoisse et une détresse, l'accouchement peut être une situation de réactivation des réminiscences;
- ▶ **Syndrome d'évitement**(évitement phobique de toutes situations se rapportant au traumatisme ou pouvant rappeler l'évènement, évitement de la pensée, développement d'un monde imaginaire); évitement de toute situation douloureuse ou stressante, émoussement des affects, désinvestissement des relations interpersonnelles, perte de l'anticipation positive de l'avenir;
- ▶ **Syndrome d'hypéreactivité neuro végétative**(hypervigilance, état d'alerte, sursaut, insomnie, réveils nocturnes, hypersensibilité, irritabilité, colères explosives, troubles de la concentration et de l'attention
- ▶ **Et des symptômes dissociatifs importants**(troubles de la mémoire, amnésie, absences, perte de connaissance, épisode de confusion, sentiment d'étrangeté, sentiment d'être spectateur de sa vie, activité automatique dépersonnalisation, déréalisation, distorsion du temps et de l'espace, anesthésie affective, indifférence à la douleur, déconnexion, vie imaginaire envahissante, compagnon imaginaire);
- ▶ **Auto agressivité et hétéro-agressivité**

MAV

- Echographie: pas de formation intracavitaire stricte , zone hétérogène vascularisée intensément DEVELOPPEE AUX DEPENS DU MYOMETRE, avec vssx dans le myomètre, vitesse élevée et très basse résistance.
- CAT: IRM puis décision expectative ou embolisation







Mlle J, 28ans

- Bilan IST OK
- Pas d'ATCD, clinique RAS
- Entretien CCF : RAS
- IVG instru à 10 SA
- Cs de contrôle : inquiète des conséquences fertilité



Recommandations pour la pratique clinique

L'interruption volontaire de grossesse

- **L'IVG instrumentale n'est pas associée à une augmentation du risque d'infertilité ultérieure (NP2).** Un antécédent d'IVG n'apparaît **pas être un facteur de risque de fausse couche spontanée** sauf si l'intervalle entre l'IVG et la grossesse suivante est inférieur à 3 mois. Pour autant, cette augmentation de risque est suffisamment faible pour ne pas devoir recommander à une patiente d'attendre 3 mois post-IVG pour débuter une nouvelle grossesse (accord professionnel).CNGOF
- **L'antécédent d'IVG n'apparaît pas être un facteur de risque de GEU(NP2).**Au total l'IVG instrumentale par la technique d'aspiration ne semble pas augmenter le risque d'anomalie de la placentation lors d'une grossesse ultérieure (NP2).La pratique d'une IVG instrumentale du premier trimestre, réalisée par aspiration, n'apparaît **pas être un facteur de risque d'accouchement prématuré ultérieur** (NP3). L'IVG médicamenteuse même répétée n'est pas associée à une augmentation du risque d'accouchement prématuré ultérieur (NP2).



Mlle G, 25 ans

- Bilan IST OK
- Logement dans foyer
- Pas d'ATCD, clinique RAS
- Entretien CCF : RAS
- IVG med à 5SA+6, echo en rapport
- Cs de contrôle J16 , HCG à 600 à J14 (mais a eu RNP sans contraception , 5 jours après la prise de misoprostol), echo p endomètre 12mm, vient avec DIU au cuivre qu'elle veut faire poser
- Que faites vous?



HAS: Contraception chez la femme après une ivg, juillet 2013 MAJ juillet 2019

- ▶ Quel que soit le DIU, il peut être mis en place :
 - immédiatement au décours de l'aspiration après une IVG chirurgicale (sauf en cas d'épisode infectieux) ;
 - lors de la visite de contrôle après une IVG médicamenteuse si la vacuité utérine à l'échographie est constatée ou si le dosage de bêta-hCG plasmatique est négatif.
- ▶ En cas de doute, le DIU est posé lors des règles suivantes (dans ce cas, une autre contraception doit être utilisée dans l'intervalle



CNGOF 2016 Recommandations pour la pratique clinique L'interruption volontaire de grossesse

- ▶ En cas d'IVG médicamenteuse, un DIU peut être inséré dans les 10 jours suivant la prise de mifépristone après s'être assuré par échographie de l'absence de grossesse intra-utérine (grade C), car il n'est pas observé plus d'expulsions, d'infections, de perforations ou de saignements par comparaison à une insertion différée (NP3). Le taux de poursuite de la méthode contraceptive est similaire à 6 mois suivant le moment de l'insertion, mais plus de femmes se présentent à la visite post-IVG lorsque la pose a lieu précocement (NP3).
- ▶ Par ailleurs, recos HAS contraception d'urgence: DIU dans les 5 jours ou 120h



Mlle T, 17 ans,

- Contexte mineure accompagnée copain majeur
- Bilan IST non fait lors de la prise
- Pas d'ATCD, clinique RAS
- Entretien CCF : ras
- IVG chir 10sa
- Cs de contrôle , bilan ist réalisé: le labo appelle VDRL – et TPHA +, puis nouveau test qui confirme que probable syphilis débutante. Par ailleurs chlam +
- Que faites vous? Et particulièrement, prévenez-vous les parents avant de la traiter?

UNE ABSENCE DE GARANTIE EFFECTIVE DU DROIT AU SECRET

Par dérogation au principe de l'autorité parentale [4] et pour un nombre limité d'actes médicaux, le législateur a supprimé l'exigence de consentement des titulaires de l'autorité parentale et a introduit un droit au secret ou à l'anonymat au bénéfice des personnes mineures, sans référence à un âge civil (Cf. Encadré 1).

- Encadré 1 : Les dérogations au principe de l'autorité parentale
- **Prise en charge des usagers de produits stupéfiants en établissement.** La loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses [5] dispose que les toxicomanes qui se présentent spontanément dans un dispensaire ou dans un établissement de santé afin d'y être traités, peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants.
- **Prescription, délivrance et administration de contraceptifs.** La loi du 4 décembre 1974 portant diverses dispositions relatives à la régulation des naissances [6] autorise les centres de planification ou d'éducation familiale à délivrer, à titre gratuit, des médicaments, produits ou objets contraceptifs, sur prescription médicale, aux mineurs désirant garder le secret ; la loi du 4 juillet 2001 relative aux interruptions volontaires de grossesse et à la contraception [7] dispose que le consentement des titulaires de l'autorité parentale n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures.
- **Dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST).** La loi du 23 janvier 1990 portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et à la santé [8] dispose que les centres de planification ou d'éducation familiale agréés peuvent, dans le cadre de leurs activités de prescription contraceptive et sous la responsabilité d'un médecin, assurer de façon anonyme le dépistage et le traitement de maladies transmises par la voie sexuelle. La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales [9] précise que les activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles sont gratuites et anonymes lorsqu'elles sont exercées par des établissements ou organismes habilités dans des conditions définies par décret ou par un organisme relevant d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention.
- **Interruptions volontaires de grossesse (IVG).** La loi du 4 juillet 2001 relative aux interruptions volontaires de grossesse et à la contraception [7] prévoit que si la femme mineure non émancipée ne veut pas recueillir le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou si le consentement n'est pas obtenu, l'IVG ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée. La loi du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale [10] prévoit la gratuité et l'anonymat de cette prise en charge

Recos HAS chlamydia Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis Septembre 2018

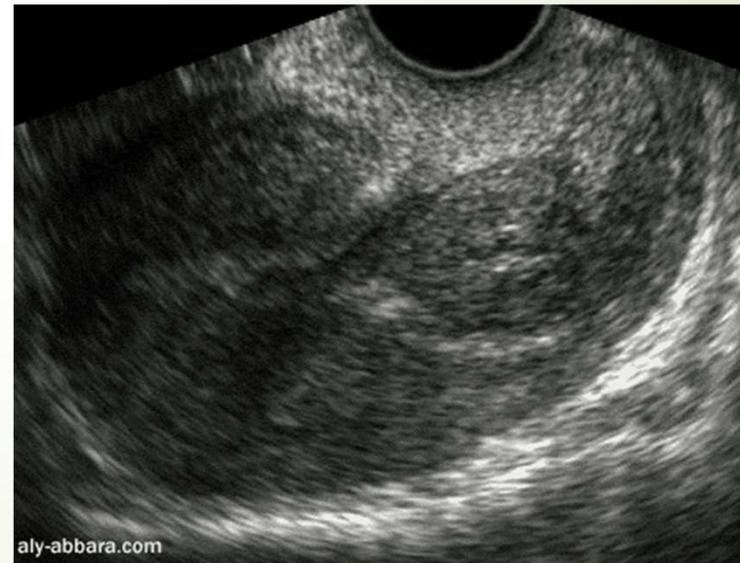
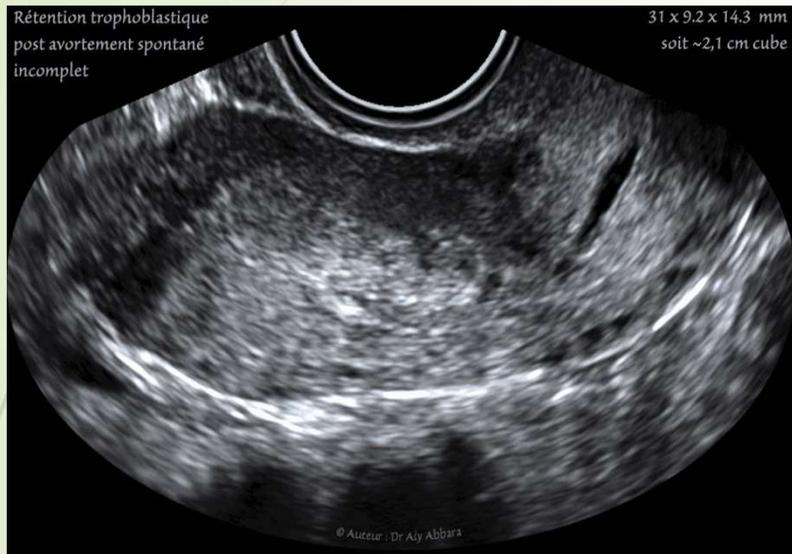
- **Entre 2013 et 2015, le nombre d'infections à CT déclarées a augmenté de 10 %. Les femmes âgées de 15 à 24 ans** représentent la majorité des cas diagnostiqués. □ La proportion de patients asymptomatiques a diminué, passant de 58 % en 2013 à 46 % en 2015. □ La proportion de patients asymptomatiques variait selon les lieux de consultation (22 % en consultation de gynécologie hospitalière, contre 74 % en CDAG/CIDDIST). □ La diminution de la proportion de cas asymptomatiques pourrait suggérer une baisse de l'activité de dépistage
- On recommande:
 - un dépistage opportuniste systématique des femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans** (inclus), y compris les femmes enceintes
 - un dépistage opportuniste ciblé:**
 - des hommes sexuellement actifs présentant des facteurs de risque, quel que soit l'âge
 - des femmes sexuellement actives de plus de 25 ans présentant des facteurs de risque,
 - des femmes enceintes consultant pour une IVG, sans limite d'âge.
 - **Les facteurs de risque sont: multipartenariat** (au moins deux partenaires dans l'année), **changement de partenaire récent, individus ou partenaires diagnostiqués avec une autre IST** (NG, syphilis, VIH, Myco-plasma genitalium), antécédents d'IST, HSH, **personnes en situation de prostitution, après un viol**. Le dépistage doit être répété annuellement en cas de test négatif et de rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire. En cas de test positif, le dépistage doit être répété à 3-6 mois et tous les trois mois pour les HSH.
 - **L'auto-prélèvement** représente une alternative au prélèvement par un professionnel de santé et doit être considéré et proposé dans tous les lieux pour augmenter le taux de recours au dépistage, sans pour autant se substituer systématiquement au prélèvement par un professionnel de santé.
 - **traitement** anti-chlamydia azithromycine : 1 g en monodose ou doxycycline : 200 mg/j en deux prises par voie orale pendant 7 jours

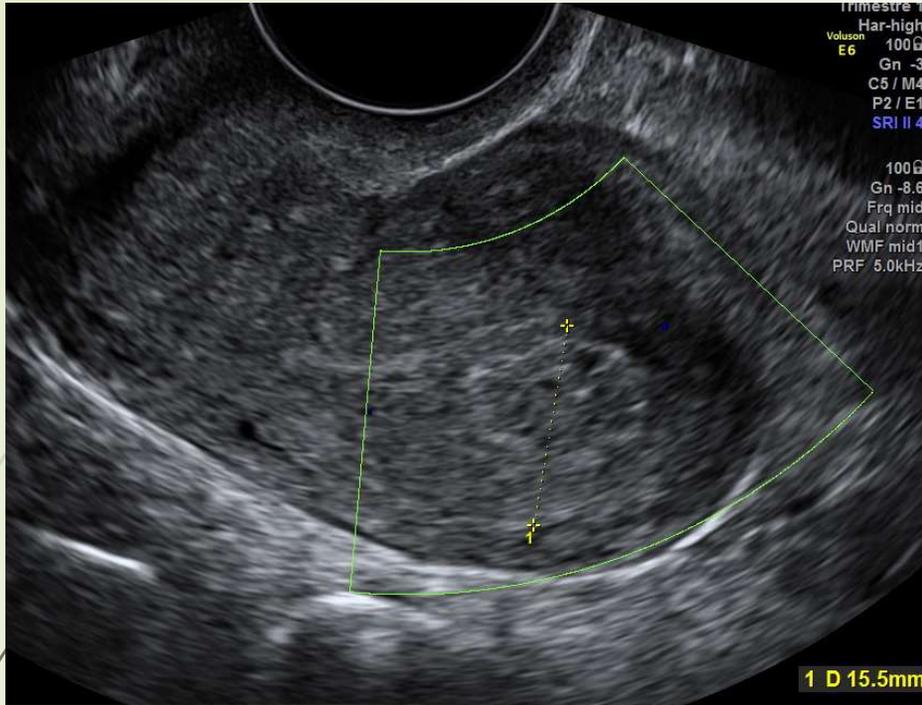


Mme S

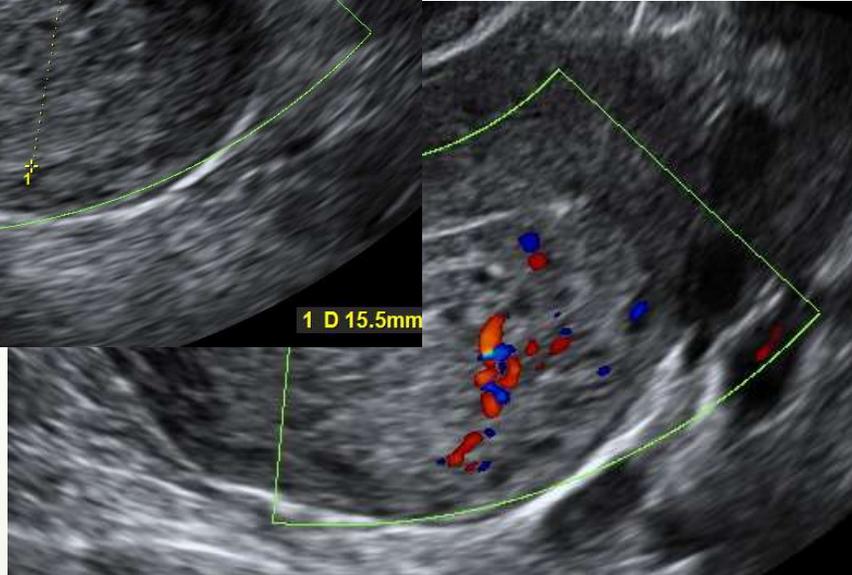
- Contexte
- Bilan IST RAS
- Pas d'ATCD, clinique RAS
- Entretien CCF : ras
- IVG med 6sA+2
- Cs de contrôle Cliniquement ok: qqs traces de sang, HCG : 950, Rétention echo avec un aspect hétérogène mesuré à 20mm
- Que faites vous?

RETENTION





RETENTION VASCULARISEE



HEMATOMETRIE



ECHO DE CONTRÔLE DE VACUITE UTERINE

► Indication : PAS TOUJOURS INDISPENSABLE

- Si pas de saignement
- Si hémorragie
- Si douleurs
- Si taux HCG décroît de façon trop lente et notamment si au contrôle il est $>20\%$ du taux initial (date du contrôle) ou >1000



RETENTION OVULAIRE PARTIELLE

La présence d'une cavité épaisse homogène pouvant atteindre 15mm est habituelle, et la présence de structures hyperechogenes intracavitaires n'est pas forcément synonyme de rétention (caduques ou caillots). En revanche, la présence d'un signal doppler artériel plaide en faveur d'une rétention

DONC PAS DE SIGNAL DOPPLER ET <15mm: RASSURANT

CNGOF 2016 Recommandations pour la pratique clinique lors de l'IVG

- La conduite à tenir devant une rétention après une IVG médicamenteuse ne devrait pas être différente de celle proposée après une grossesse arrêtée spontanément (accord professionnel). Une rétention ovulaire sera donc prise en charge soit par **une aspiration instrumentale soit par l'administration de misoprostol** ; l'expectative n'est pas recommandée dans ce cas. **Une rétention de produit de conception sera contrôlée après la survenue des règles en l'absence de symptomatologie clinique** (accord professionnel). Dans le cas contraire ou si la rétention persiste après les règles une évacuation de l'utérus sera pratiquée par **aspiration ou par exérèse sous contrôle hystéroscopique** (grade A). La conduite à tenir est la même après une IVG instrumentale sauf si la rétention est constituée de débris embryonnaires qui nécessiterait dans ce cas une aspiration instrumentale d'emblée (accord professionnel).
- Il n'y a pas d'argument suffisant pour recommander en routine l'échographie au cours et/ou au décours de l'IVG instrumentale (accord professionnel). Lorsqu'elle est réalisée, un endomètre d'épaisseur supérieure à 8 mm devrait conduire à une réaspiration (grade B). L'étude échographique de l'endomètre quelques jours après une IVG instrumentale n'est pas pertinente (grade B). En cas d'IVG médicamenteuse, la réalisation systématique d'une échographie post-IVG n'est pas recommandée en routine (grade B). **Si elle est pratiquée, l'échographie sus-pubienne ou endovaginale après une IVG médicamenteuse devrait être réalisée à distance (15 jours) (accord professionnel). L'étude de l'épaisseur de l'endomètre n'a pas de place dans l'évaluation de l'indication d'une aspiration (accord professionnel). Si une échographie est effectuée dans les suites de l'IVG médicamenteuse, son seul but devrait être de déterminer si le sac gestationnel est présent (accord professionnel)**

POUR CONCLURE

- **A plus de 15 jours**
- **Ecouter** la patiente, la laisser raconter et poser ses questions
- **Clinique** :Saignements? Douleurs? Signes infectieux? Autres?
- **Examens complémentaires?** Un interrogatoire seul ou combiné à l'examen clinique ne permet pas de déterminer de façon fiable le succès de l'ivg med (NP1)
- Le recours au dosage de **l'HCG** sérique 15 jours après l'IVG med peut être utilisé pour juger du succès de la méthode (grade B) soit baisse de 80% par rapport au taux initial (grade B).
L'autotest urinaire (<1000)??peut aussi être utilisé (NP2) après 15 jours et peut être réalisé à domicile avec entretien téléphonique (grade B).
- L'apport de **l'echo** dans le diagnostic de rétention trophoblastique n'a pas été prouvé (NP2). La réalisation d'une écho post IVG medicamenteuse systématique en routine n'est pas recommandée (grade B). Si elle est pratiquée , l'echo devrait être >15 jours (accord pro).
Lorsque l'examen echo est effectué lors du suivi son seul but devrait être de déterminer si le sac gestationnel est présent (accord pro) , l'étude de l'épaisseur de l'endomètre SEULE???? n'a pas de place dans l'évaluation de l'indication d'une reprise instrumentale (accord pro).
- Néanmoins, 1 à 6 % de rétention , **clinique++++, aspi si rétention importante et précoce et hystero opératoire si tardif car risque de synéchie.**



PREVENTION

- Quel vécu? Eliminer cauchemards, reviviscence, évitement, Tristesse de l'humeur? Anxiété? Souhaite-elle en discuter avec quelqu'un
- A-t-elle consulté? Fait des examens complémentaires?
- A-t-elle la contraception qu'elle souhaite?
- A-t-elle eu les dépistages qu'elle souhaitait?



La suite

- ▶ A-t-elle un suivi?
- ▶ Courrier?
- ▶ Problématique spécifique avec suivi spécifique?
- ▶ Porte ouverte,