

IVG

médicamenteuses

Situations particulières

- Prise en charge des GLI (plus d'échecs?)
- Prise en charge des 7-9 SA
- Prise en charge des rétentions
- Prise en charge de la douleur

IVG médicamenteuses précoces

Les grossesses de localisation
indéterminée

Les grossesses de localisation indéterminée

- **Test de grossesse positif sans image échographique de SGIU (avec vv ou EE)**
- Grossesse intra-utérine évolutive précoce
- Grossesse intra-utérine précoce non évolutive
- Grossesse extra-utérine

Localiser la grossesse

- seule l'échographie permet de localiser et dater précisément la grossesse
- un sac gestationnel peut être visualisé sur une échographie vaginale à partir 4 SA et 4 jours
- un sac gestationnel **doit** être visualisé à partir de 1000 / 1500 mIU/mL avec une échographie vaginale (ou 2500 mIU/mL avec une sonde abdominale)

le sac gestationnel

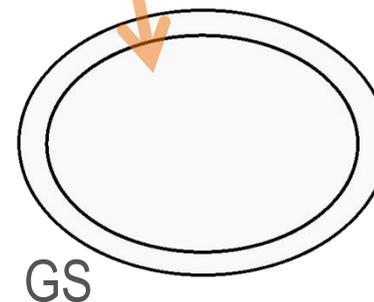
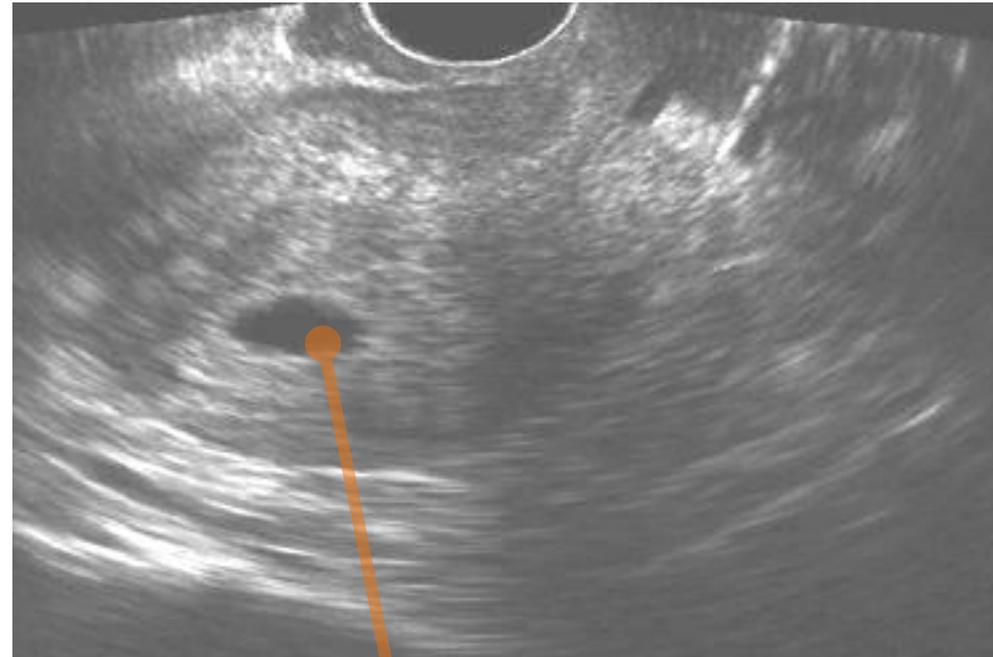
forme ronde ou elliptique

sur des coupes longitudinales et
transversales

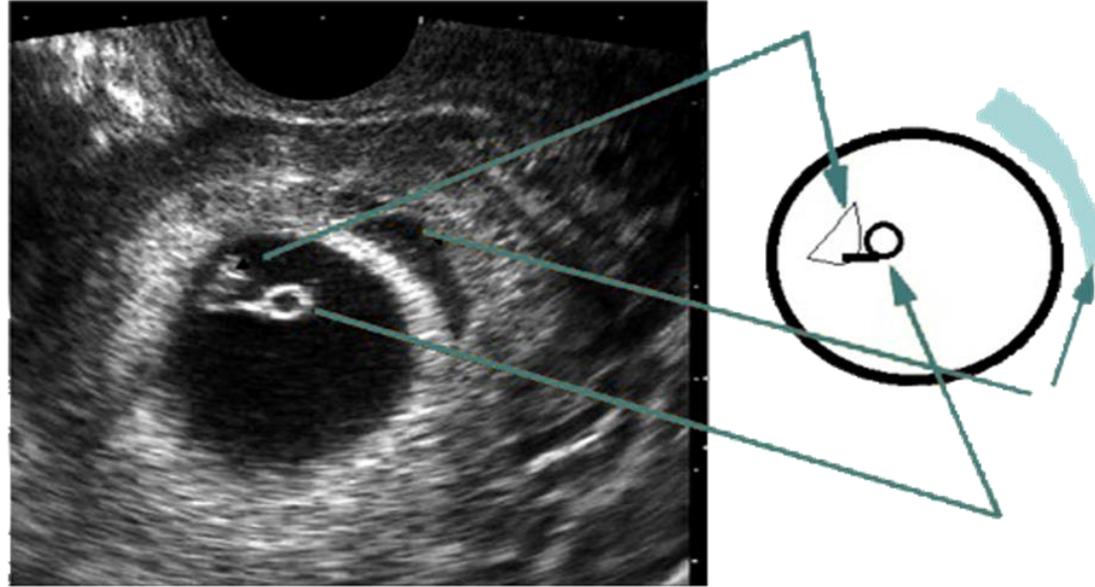
**entouré par réaction chorio-
déciduale** apparaissant comme un
liseré blanc floconneux entourant le
sac (double anneau)

> 4 mm de diamètre

excentré par rapport à la ligne
médiane de l'utérus



D'après NAF



vésicule vitelline

signe la présence d'une GIU dans 100 % des cas
non visible dans 20 % des grossesses normales
élimine un pseudo sac

Grossesse extra-utérine

- En population générale : 2%
- La fréquence est plus faible chez les femmes en demande d'IVG (femmes plus jeunes et plus fertiles).
- Métrorragies et/ou douleurs pelviennes - douleur au TV
 - discordance échographique et facteurs de risque**
 - suivi des beta HCG quantitatifs**
 - très souvent asymptomatique quand précoce**
- Échographie
 - Parfois rien quand précoce
 - Image de pseudo sac
 - MLU et épanchement péritonéale

Recommandations

- avant 2016 : consensus sur la visualisation d'une GIU pour réaliser une IVG
- CNGOF 2016 : « En l'absence de facteurs de risque et de symptômes, une grossesse de localisation indéterminée ne contre-indique pas la prise des médicaments pour l'IVG »

Critères d'inclusion

- DDR fiable et cycles réguliers et :
 - HCG < 1500 sans SGIU à l'échographie endovaginale
 - HCG < 2500 sans SGIU à l'échographie abdominale
 - Sac intra-utérin sans vésicule ni embryon
- Patiente observante et pouvant effectuer le suivi dans de bonnes conditions (compréhension, accord, compliance)
- DDR, échographie et HCG cohérents
- Absence de contre-indications :
 - Signes cliniques pouvant évoquer une GEU : douleurs, métrorragies
 - FDR de GEU : antécédents de GEU, de chirurgie tubaire (plastie, LDT), d'infection pelvienne haute, grossesse par PMA, DIU en place, (tabagisme?)
 - Absence de contre-indication à la méthode médicamenteuse

Informations des femmes

- Recommandations CNGOF : « *Il est (...) recommandé d'informer les femmes du risque de non-diagnostic de GEU et des signes qui doivent les alerter (accord professionnel) »*
- Informations orales et écrites (?):
 - Risque de GEU
 - Possibilité d'une grossesse non évolutive
 - Importance du suivi
 - CAT en cas de signes de GEU avec coordonnées des urgences : douleurs en coup de poignard latéralisées, douleurs scapulaires, ténesme, malaise, tachycardie, métrorragies (noirâtres et modérées)

Monitorage des Beta HCG

- Beta HCG plasmatiques à Jo
- Contrôle à J5 ou J7
 - J5 chute de 50 % → OK
 - J7 chute de 80 % → OK
 - Si le taux est supérieur aux valeurs attendues : GEU ou échec d'IVG médicamenteuses
 - Consultation de suivi avec résultat HCG indispensable

Documents utiles

- Fiche information patiente
- Formulaire de consentement GLI

Conclusion

- méthode sûre et efficace *BJOG. 2017 Dec;124(13):1993-1999 Bizjak I(1), Fiala C(1)(2), et al.*
- permet de :
 - répondre à une demande des femmes et de limiter les délais d'attente
 - diminuer les symptômes de l'IVG
 - simplifie la prise en charge
- nécessite parfois la prudence :
 - avoir éliminer les CI
 - savoir parfois temporiser
 - gérer l'incertitude et le suivi
- 1 à 2 % de GEU : pas de retard diagnostic avec la prise en charge des GLI, au contraire

Cas clinique Charlotte

- Charlotte, 32 ans, consulte le 08/09 pour une demande d'IVG
- Elle n'a pas d'antécédents médico chirurgicaux, a eu un accouchement par voie basse et une IVGM
- La DDR était le 01/08
- Les HCG le 07/09 étaient à 98 UI. On en déduit que les HCG le jour de la consultation étaient aux alentours de 200 UI.
- Elle n'a ni saignement ni douleur
- L'IVG a lieu.
- Les HCG à J7 sont à 33.

Qu'en pensez-vous?

- Succès ?
- Echec ?
- Doute?

Cas clinique Charlotte

Conclusion

- 33/200 : 16,5% donc il y a eu 83,5% de chute des HCG.
- Il n'est pas nécessaire de faire d'autres examens.

Cas clinique Naima

- Naima, 39 ans, G3P2, aucun antécédant notable
- DR 26/08, Grossesse sur DIU
- Consultation le 27/09
 - Echographie : pas de SGIU; DIU en place
 - DIU retiré sans problème le jour même
 - Beta HCG 133

Que faites-vous ?

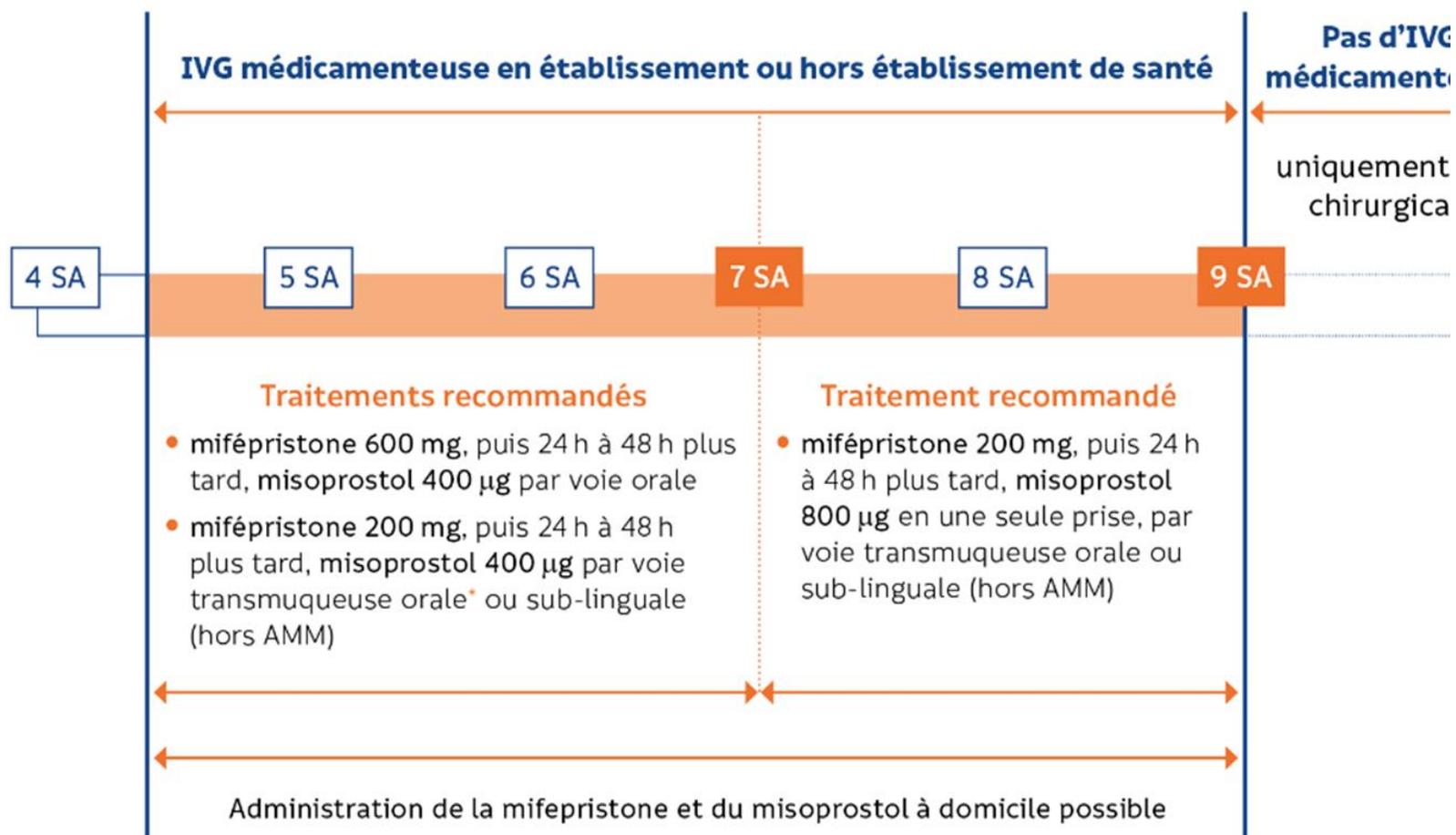
- **Protocole GLI ?**
- **Contrôle écho à J7 pour localisation ?**
- **Contrôle Beta HCG à 48h ?**

Prise en charge des
7-9 SA

Contexte légale

- **Loi du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'IVG permet la réalisation des IVG médicamenteuse jusqu'à 9 SA et possibilité de téléconsultations**
- Pérennisation de mesures temporaires prise pendant l'épidémie de COVID

Protocoles



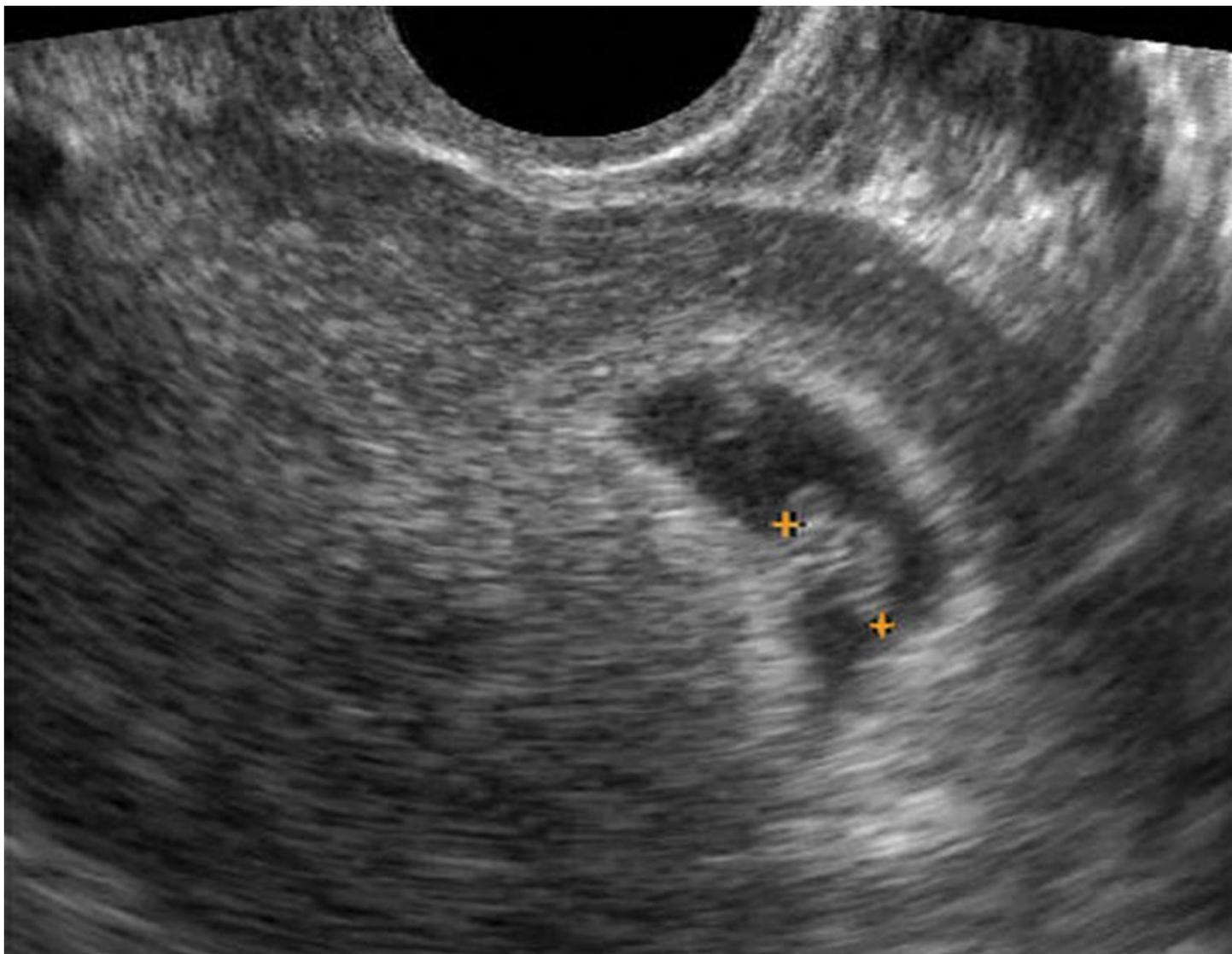
IVG : interruption volontaire de grossesse ; SA : semaines d'aménorrhée.

*voie transmuqueuse orale : les comprimés sont mis en place entre la joue et la gencive et les femmes doivent avaler les fragments au bout de 30 minutes.

Quelles particularités?

- Informations à donner (produit d'expulsion – importance du contrôle)
- Complications
- Echechs

Grossesse 7 SA
LCC 9 mm



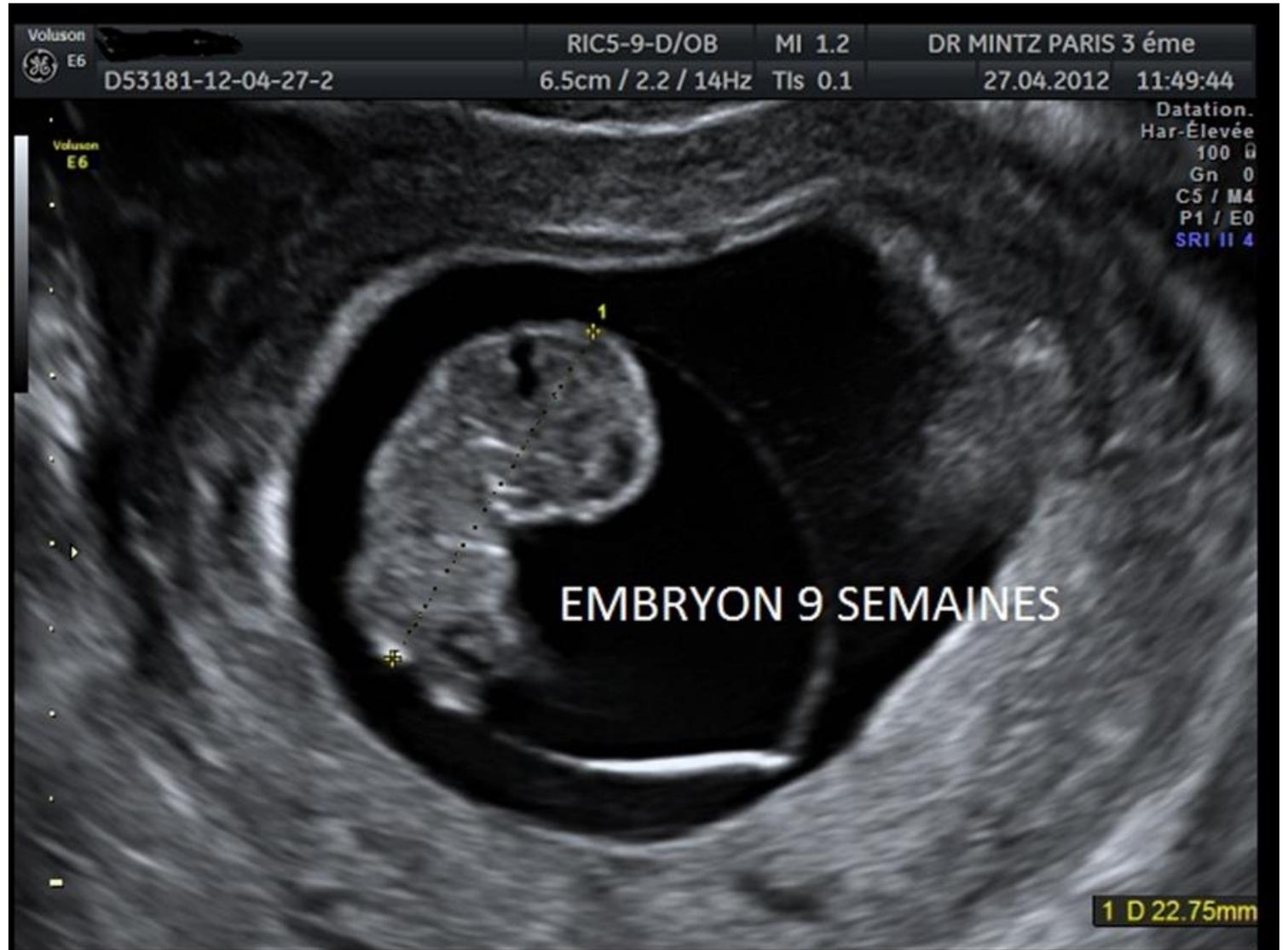
Grossesse 8 SA

LCC 17 mm



Grossesse 8 SA

LCC 17 mm



sac gestationnel à 6 SA
17 mm



Embryon à 9 SA





Prise en charge des rétentions

suivi par dosage des β hCG

- **en théorie** : un taux résiduel à J14 < 20% du taux initial signe le succès de la méthode
- **en pratique à J 14, taux sanguin ou chek-top**
 - un taux résiduel < 1000 signe le succès de la méthode si la patiente est cliniquement stable
 - un taux résiduel > 1000 doit faire conduire à une échographie pelvienne pour rechercher une grossesse évolutive ou une rétention
- NB: entre 1000 et 2000 si l'état clinique est bon et en accord avec la patiente on recontrôle le dosage à J 21

suivi par échographie

effectué d'emblée ou après un contrôle biologique ou un état clinique évoquant une rétention ou une grossesse évolutive

à noter :

- les images échographiques sont parfois **difficiles à interpréter** (compétence et machine dépendantes) – prévenir les femmes d'une possible dramatisation des images par l'échographe de ville
- une image de vacuité parfaite est **rare**
- le plus souvent il y a quelques **images résiduelles**, mal systématisées comme une « ligne de vacuité épaisse »

cas clinique JOSÉPHINE

Joséphine, 32 ans

présente des saignements persistants à J14 avec des douleurs à type de contractions utérines

il n'y pas de fièvre, pas de pertes malodorantes

β HCG à J1 52 000 UI

β HCG à J14 2000 UI

Que faire ?

1. Refaire des β HCG ?
2. Faire une échographie?
3. Reprendre du misoprostol ?
4. Ne rien faire ?
5. La revoir si douleurs persistantes ?

cas clinique JOSÉPHINE



Que faire ?

1. Aspiration ?
2. Reprendre du misoprostol ?
3. Ne rien faire ?

→ QUE FAIRE ?

- ★ clinique rassurante / pas de signes infectieux
- ★ cinétique de décroissance des bHCG bonne, mais à 2000 UI
→ rétention probable de résidus
- ★ on est dans un suivi sans ECHO

refaire des bHCG dans 72 h

si inférieur à 1000 UI

ne rien faire si clinique reste bonne

2 autres attitudes

- attitude attentiste
 - attendre au moins 7 j
 - la revoir après les règles (spontanées ou de privation après arrêt des OP) si la clinique et l'état psychologique le permettent
- 80 à 100 % d'évacuation spontanée
- attitude active
 - idée : provoquer nouvelles contractions pour expulsion des résidus
par MISOPROSTOL 1 prise de 400 ou 600 µg per os

donc ici **LARGE PLACE A SURVEILLANCE SIMPLE**
ET EXPECTATIVE SI CLINIQUE BONNE
EVITER ASPIRATION SYSTEMATIQUE
LA REALISER CEPENDANT SI SOUHAIT
DE LA PATIENTE ou CLINIQUE

cas clinique JULIE

Julie, 26 ans nullipare, nulligeste

6 SA le jour de la prise des comprimés (échographie concordante)

contrôle à J15 :

- a eu des saignements abondants + caillots

- « saignote » le jour de la consultation

β HCG fait à J12 : 6900 UI

Que faire ?

1. Misoprostol ?
2. Aspiration ?
3. Echographie ?

cas clinique JULIE (suite)



Que proposez-vous ?

1. Misoprostol
2. Aspiration
3. Attendre

SAVOIR ATTENDRE et EVITER ASPIRATION SYSTEMATIQUE

★ clinique bonne rassurante

★ bHCG 1 seul dosage ici à J12 6900 UI

Donc non < à 1000 UI

★ résidus rétention ou grossesse arrêtée non expulsée

→ s'aider écho

★ image de sac de grossesse arrêtée

(et non pseudo sac car double couronne excentrée et irrégularité des bords
décollement tropho probable plutôt que restes embryonnaires.

→ QUE FAIRE ?

plusieurs attitudes possibles

1 – aspiration si clinique non favorable ou désir de la patiente

2 – MISOPROSTOL : attitude active souvent préconisée dans ce cas

surveiller les suites

56 à 95 % de succès. si échec aspiration

3 – attendre en sachant qu'expulsion possible dans 25 % à 84 % donc inconstant

→ aspiration si échec

en pratique

une image échographique d'endomètre épais ou de rétention trophoblastique plus ou moins complète ne doit jamais conduire systématiquement à une aspiration

- jusqu'à 15mm d'épaisseur, c'est considéré comme normal
- au-delà, l'échographie seule ne permet pas de porter de façon pertinente l'indication d'une aspiration (sauf si grossesse évolutive)
- **l'abondance des saignements** et la tolérance psychologique sont les critères déterminants pour décider d'une surveillance ou d'une aspiration instrumentale
- **pas de lien entre l'épaisseur de l'endomètre et la nécessité d'une aspiration**

en pratique

si l'état clinique est satisfaisant et selon le souhait de la patiente, 3 possibilités:

- attendre les règles et refaire une échographie après les règles
- traiter par une nouvelle prise de misoprostol (400 µg à renouveler éventuellement)
- faire une aspiration instrumentale

Prise en charge de la douleur

Principes

La douleur dans l'IVG

- IVG = Procédure douloureuse
 - EVA >8/10 à J3 chez 1/3 patientes
- Douleur : pire aspect de l'IVG
 - Winikoff, Mifepristone Clinical Trials Group. Arch Fam Med. 1998
- Négligée dans la littérature
 - Fiala, Pain during medical abortion *Eur. J. Contracept. Reproductive Health Care* 2014

- Apparition possible dès la prise de Mifépristone (J1)
- Paroxysme après (H2) prise Misoprostol (J3)
- +/- expulsion de l'oeuf

Facteurs de risque

- Age: moins de 25 ans
- Nulliparité, Nulligestité
- Dysménorrhées
- < 5SA ou >8SA

Recommandations

- CNGOF 2016:
 - Ibuprofène (syst. ou à la demande?)
 - Paracétamol?
 - Spasfon non indiqué.

HAS 2010, OMS 2013 => AINS

Conclusions: on ne peut déterminer quelle est la prise en charge optimale.

⇒ Que faire? Places de: AINS, PARACETAMOL, ACUPAN, TRAMADOL, CODEINE

⇒ Action multimodale?

⇒ Utilisation des synergies?

Multimodal

- Classification paliers 1 2 3 obsolète
- Classification par mode d'action.

Multimodal

Antalgiques anti nociceptifs	Anti-hyperalgésiques	Modulateurs des contrôles descendants inhibiteurs	Modulateurs de la transmission et de la sensibilisation périphérique
Non opioïdes: PARACETAMOL AINS CORTICOIDES	-NEFOPAM (ACUPAN)	-antidépresseurs tricycliques	-anesthésiques locaux -antiépileptiques
Opioïdes: -Faibles: PARACETAMOL+CODEINE TRAMADOL POUVRE D'OPIUM -Forts: SULFATE DE MORPHINE (AKTISKENAN) OXYCODONE FENTANYL HYDROMORPHINE	-antiépileptiques -antagonistes des récepteurs NMDA: KETAMINE -MEOPA (+ action récepteurs opioïdes)	-IRS	-Capsaicine - électrostimulation transcutanée.

Notions utiles: Paracétamol

- Pic action 30-60 minutes
- Action synergique avec Morphine et Néfopam

Notions utiles: AINS

- Pic d'action 60-90 minutes.
- Analgésique, Antipyrétique, Anti inflammatoire, Anti hyperalgésique
- Pic d'action: 60 -90 minutes.
- Action synergique Paracétamol, Néfopam, Morphine

Notions utiles: Néfopam

- Analgésie et anti hyperalgésie.
- Synergie Paracétamol, Morphine, AINS.
- Problème: PO pas AMM, faible biodisponibilité, pharmacocinétique po non connue (retour expérience)

Notions utiles: Tramadol

- Action centrale
- Efficacité analgésique discutable pour effets secondaires importants.

Notions utiles: Codéine

- Action centrale, 10% métabolisé en morphine
- Inactif chez 15% des caucasiens (CYP2D6)
- Existence de métaboliseurs ultra rapides (Africains)
- Pic d'action 2h
- Efficacité et tolérance imprévisible, effets secondaires

- Actiskenan?

Réflexions

- Organisation du timing
- Informations sans suggestion.
- Retour d'expérience (étude dans le cadre de certification, prise ne charge de la douleur dans l'IVG)
- Améliorer le contexte (accompagnant, confort, bouillote, déambulation, la journée, diminuer l'anxiété...)
- Propositions.

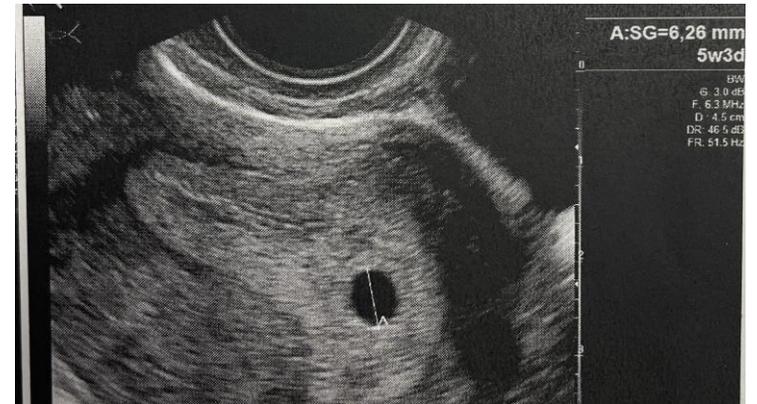
Cas cliniques GLI

Cas clinique Camille

- Camille 25 ans, G1Po, Dépistage chlamydiae positif, ras par ailleurs
- DR 01/09, cycles réguliers
- Consulte le 11/10
 - « tiraillements dans le bas ventre »
 - Echographie SGIU 5mm sans EE ni VV

Que faites-vous ?

- **Beta HCG et protocole GLI ?**
- **Attendre de visualiser vv ?**



Cas clinique Camille

- Beta HCG 4258
- Protocole GLI
 - Mifégyne le 12/10
 - Misoprostol le 14/10
- Appel de la patiente le 18/10 : inquiète car peu de saignements, on la rassure compte-tenu du terme précoce
- Beta HCG de contrôle le 20/10 : 253

Cas clinique Irina

- Irina, 31 ans, rhésus +
- G3P1 (1 AVB 2013, 1 IVG 2017)
- consulte en ville le 12/10/2022 avec beta hCG à 123 la veille
- patiente asymptomatique et aucun FDR de GEU
- fumeuse
- souhaite une IVG médicamenteuse à domicile
- Mifépristone le 12/10 et Misoprostol le 14/10 à domicile
- visite de contrôle avec une échographie à J5 prise du misoprostol et J7 mifépristone) : vacuité utérine (pas de réalisation de beta hcg)

Cas clinique Irina

- Irina vous reconsulte pour métrorragies persistantes et douleur FID à J 24 de son IVG

Que faites-vous?

- Réassurance ?
- Dosage sanguin HCG ?
- Échographie ?
- Les deux ?

Cas clinique Irina

- beta hCG = 155 (rappel beta 123 le 04/05)
- échographie : vacuité

Qu'en pensez-vous?

- Succès de la méthode avec probable douleur ovulatoire ?
- Risque de GEU?
- L'envoyez-vous aux urgences?

Cas clinique Irina

- Risque de GEU, adressée aux urgences ;
 - hémodynamique stable
 - surveillance 48 h
- consultation de suivi aux urgences
 - beta hcg = 91
 - échographie : hématosalpinx droit
 - opérée en coelioscopie pour GEU droite en pré rupture avec salpingectomie droite.

Cas clinique Irina

Conclusion

- erreur de surveillance !
- contrôle beta HCG obligatoire
 - à 48 h : baisse 50 %
 - à J 5 : baisse 80 %
- chez Mme L, une surveillance par beta hcg aurait posé le diagnostic de GEU précocement.

Cas clinique Vénus

- Vénus, 23 ans, rhésus +, G1Po
- patiente sans FDR de GEU sauf le tabac
- DDR : 27/03/2018
- 28/04 :
 - beta hCG à 1499
 - Échographie : clichés non vus mais praticien évoque une grossesse de localisation indéterminée
- Consultation le jour même : Pas de plainte fonctionnelle

Que faites-vous?

- **IVG sur GLI ?**
- **Beta HCG à 48h?**
- **Echographie à J7?**

Cas clinique Vénus

- mifépristone donnée le 28/04 (beta à 1499 ce jour là)
- misoprostol donné le 30/04

Venus reconsulte le 3/05 (à J5) pour douleur latéralisée à droite intense et métrorragie

- beta HCG = 929 le 03/05 (J5)

Qu'en pensez-vous?

- GEU ?
- Grossesse évolutive ?
- Succès ?

Cas clinique Vénus

- GEU avec salpingectomie gauche le 04/05 pour GEU rompue avec hémopéritoine d'1,5L
- **Conclusion**
 - 1500 = seuil de visibilité en échographie intra vaginale
 - pas d'IVG sur GLI dans ce dossier