

# IVG médicamenteuses précoces

Les grossesses de localisation  
indéterminée

# Des demandes plus précoces

- Suppression du délai de réflexion
  - Sensibilité des tests urinaires plus élevées et plus disponibles
  - Délais de RDV rapides avec le développement des IVG médicamenteuses en ville
- ➔ Augmentation des diagnostics de GLI

# Enjeux

## **Répondre à la demande des femmes / crainte de la GEU**

- Prise en charge précoce , sans multiplication des examens complémentaires jusqu'à vérification de la localisation
- Diagnostic plus précoce en cas de GEU chez les femmes en demande d'IVG médicamenteuse (pas de perte de chance)

# 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

Semaine d'aménorrhée	Limite inf. de la normale	Limite sup. de la normale	Moyenne
3	10	180	
4	16	6 000	
5	550	1 5000	3 000
6	2 400 - 7 000	70 000	28 000
7	10 000- 25 000	130 000	57 000
8	30 000- 46 000	190 000	94 000
9	35 000- 48 000	160 000	87 000

## HCG quantitatifs en fonction de l'âge gestationnel

Les HCG doublent tous les 48h dans une grossesse normalement évolutive

# 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 3600 mIU/mL avec une sonde abdominale)

HCG (mUi/ml)	Echographie
10-500	SIU non visible
> 1000-1500	SIU normalement visible par voie vaginale
> 2500	SIU normalement visible par voie sus-pubienne
> 7000	SIU avec vésicule vitelline
> 10 000	Embryon avec activité cardiaque

le seuil de visualisation  
du sac gestationnel pour grossesse normale

## le sac gestationnel

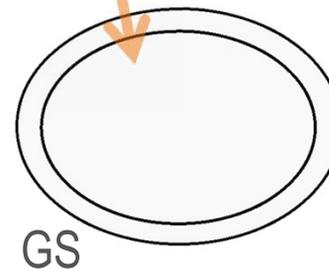
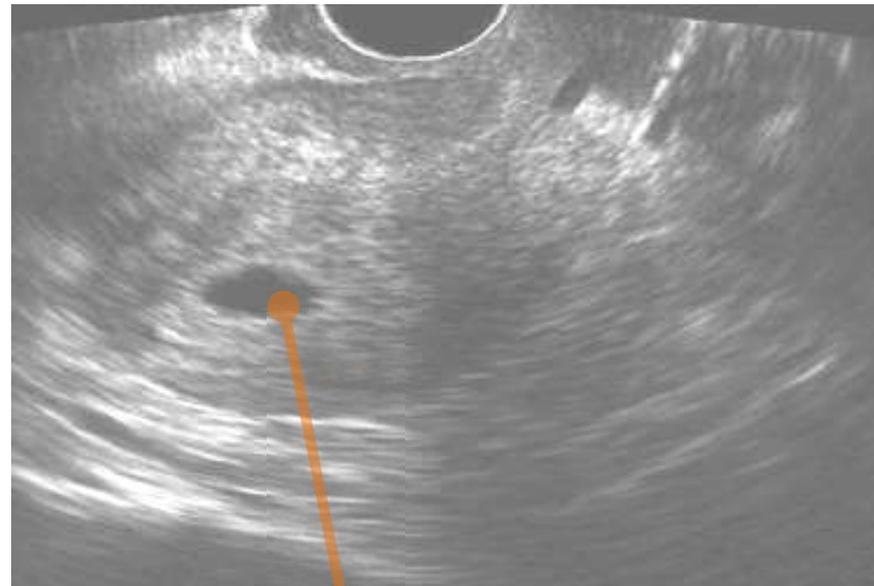
**forme ronde ou elliptique**

sur des coupes longitudinales et transversales

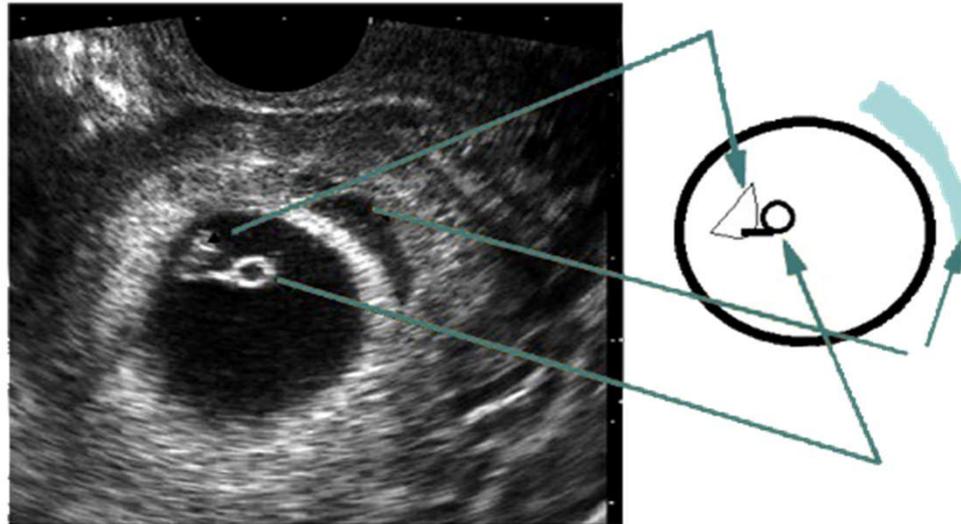
**entouré par réaction chorio-déciduale** apparaissant comme un liseré blanc floconneux entourant le sac (double anneau)

**> 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 intra-utérine précoce non évolutive

- **fréquente** (15 à 20 % des grossesses )
- **signes cliniques** : diminution des symptômes de grossesse +/- saignements et douleurs (début de fausse couche)
- **décroissance rapide des HCG**
- **vécu psychologique** différent pour la femme entre une IVG et une grossesse arrêtée
- **critères échographiques** :
  - anomalies de la forme du sac gestationnel
  - décollement trophoblastique
  - diamètre du sac > 8 mm sans vésicule vitelline visible
  - **diamètre du sac > 16 mm sans embryon visible**
  - **embryon > 5 mm sans activité cardiaque**

# images de grossesses arrêtées



# 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, métorragies (noirâtres et modérées)

# Monitoring des Beta HCG

- Beta HCG plasmatiques à J1
- 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, Fiala c, 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