

	<b>Protocole IVG 14-16 SA</b> <b>Méthode chirurgicale</b>		
	Plateforme d'expertise IVG de la Région Auvergne Rhône Alpes	<a href="http://www.pleiraa.org">www.pleiraa.org</a>	Création : janvier 2023
			Validation groupe régional IVG janvier 2023

Sources initiales :

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

Rédaction pour adaptation à PLEIRAA: Dr Marion Delbosco - Dr Giulia Gouy- Dr Aude Van-Nieuwenhuysse

Relecture : Dr Guillaume Hingrai – Dr Olivia Porquet - Dr Marie Sicot  
 Relecture au sein du groupe de travail régional IVG le 13 décembre 2022

Avertissement : protocoles rédigés en l'absence de recommandations officielles

*Ces fiches techniques s'adressent à des équipes qui maîtrisent déjà la technique de l'IVG instrumentale (ne décrit pas la totalité du manuel opératoire de celle-ci) ainsi que la technique de l'IMG en salle de naissance*

Se référer au « **Protocole IVG 14-16SA** » pour des informations relatives à :

- La consultation pré-IVG tardive (datation grossesse + consultation médicale et les ordonnance à délivrer) ;
- La sortie du service ;
- La consultation post IVG tardive.

## Mise en garde

Si jusqu'à 15 SA, il est parfois possible de réaliser l'avortement uniquement par aspiration (technique de référence pour les IVG jusqu'à 14 SA), entre 15 et 16 SA il est nécessaire de maîtriser la technique dite de "Dilatation-Évacuation".

## Points clés

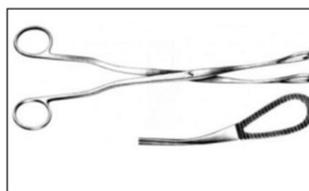
- Nécessité d'une double préparation cervicale optimale
- Nécessité d'une dilatation suffisante
- Nécessité d'un écho-guidage : 2 OPÉRATEURS EXPÉRIMENTÉS REQUIS
- Réalisation du geste sous ocytocine (SYNTOCINON®)

## Acteurs concernés

- Médecins orthogénistes
- Chirurgiens gynécologues
- Gynécologues-Obstétriciens du DAN
- Anesthésistes-réanimateurs
- Sages-femmes de salle d'accouchement
- Sages-femmes de centre IVG
- IDE des CIVG
- IDE de bloc
- IADE
- IDE d'hospitalisation
- AS de bloc
- AS d'hospitalisation
- Psychologues
- Conseillères conjugales et familiales (CCF)
- Secrétaires des CIVG
- Brancardiers

## Matériel

- Une boîte de curetage, comportant actuellement :
- 1 spéculum
- Bougies d'Hégar N°5 à N°14
- 2 pinces de Pozzi
- 1 pince de Museux
- 1 curette mousse
- 1 porte aiguille
- 1 pince à suture
- Une boîte de bougies d'Hégar N°15 à N°16
- Une pince de McClintok 24 ou pince équivalente
- Un tuyau d'aspiration : diamètre 14 mm
- Un canule d'aspiration rigide N°14 (les N°15 et 16 n'existent pas encore sur le marché français mais devraient être potentiellement commercialisées dans le futur - demande en cours)
- Un échographe
- Un aspirateur



## Prescription pour IVG chirurgicale entre 14 et 16 SA

### En systématique :

#### A domicile :

- Mifépristone - MIFEGYNE® 200 mg : 1 comprimé per os **24 à 48 heures avant le geste**

#### A l'hôpital :

- Misoprostol - MISOONE® 400 µg : 1 comprimé **par voie transmuqueuse orale 2 à 3 heures avant le geste**
- Kétoprofène - BI-PROFENID® 100 mg : 1 ampoule IV, 15 à 30 minutes avant la délivrance de Misoprostol  
OU si voie IV impossible  
IBUPROFÈNE 200 mg : 3 comprimés PO, 15 à 30 minutes avant la délivrance de Misoprostol
- Néfopam - ACUPAN® 20 mg/2mL : 1 ampoule IV ou PO, 15 à 30 minutes avant la délivrance de Misoprostol  
OU si voie IV impossible  
Néfopam - ACUPAN® 20 mg/2mL : 1 ampoule PO, 15 à 30 minutes avant la délivrance de Misoprostol
- Paracétamol- PERFALGAN 1000 mg : 1 flacon IV, 15 à 30 minutes avant la délivrance de Misoprostol  
OU si voie IV impossible  
PARACETAMOL 1000 mg : 1 comprimé PO, 15 à 30 minutes avant la délivrance de Misoprostol

### En si besoin :

- RHOPHYLAC 200® : 1 seringue IV si Rhésus négatif avec RAI négatif
- Ondansétron - SETOFILM® : 1 setofilm si nausées
- Anxiolytique si besoin
- Phloroglucinol - SPASFON® : 2 ampoules de 80 mg en IV si douleur > 4/10
- ACTISKENAN 10 mg PO : 1 comprimé si EVA > 4/10 malgré quadruple antalgie (Kétoprofène + Néfopam + Paracétamol + Phloroglucinol), au moins 1h après la délivrance des antalgiques.
- DILAPAN® : 3 dilateurs osmotiques à insérer dans le col au bloc opératoire en cas de dilatation impossible malgré usage de Mifépristone -MIFEGYNE® et Misoprostol-MISOONE®  
DOSTINEX® Cabergoline 0,5 mg : 2 comprimés en une prise PO en post-opératoire immédiat (à la demande)

---

## *Accueil en hospitalisation et prémédication*

---

⇒ **Accueil de la patiente - Prise en charge avant le bloc**

Organisation propre à chaque établissement, horaire d'arrivée de la patiente à organiser pour permettre la prise de la prémédication de façon adaptée.

⇒ **Prémédication pour IVG tardive (préparation cervicale et antalgie) :**

Cette méthode doit être accompagnée d'une antalgie efficace et elle associe obligatoirement la Mifépristone ET le Misoprostol

- **Mifépristone** - MIFEGYNE® 200 mg : 1 comprimé per os  
**24 à 48 heures avant** le geste (ne pas réduire le délai), à prendre à domicile

**Puis**

- **L'antalgie** : à délivrer le jour de l'intervention
  - BI-PROFENID® - Kétoprofène 100 mg : 1 ampoule IV ou PO
  - + Néfopam - ACUPAN® 20 mg : 1 ampoule si besoin
  - + Paracétamol - PERFALGAN 1000 mg : 1 flacon IV ou PO

**Puis**

- **Misoprostol** - MISOONE® 400 µg : 1 comprimé (ou 2 comprimés de GYMISO 200 µg) :  
**2 à 3 heures avant le geste par voie transmuqueuse orale** ou per os

Si apparition de contractions douloureuses malgré une antalgie optimale :

- Phloroglucinol - SPASFON® : 2 ampoules de 80 mg en IV si douleur > 4/10
- ACTISKENAN 10 mg PO : 1 comprimé si EVA > 4/10 malgré quadruple antalgie (Kétoprofène + Néfopam + Paracétamol + Phloroglucinol), au moins 1h après la délivrance des antalgiques.

Mise en garde :

*Contrairement aux termes de grossesse plus jeunes où le Misoprostol peut être donné 1/2 heures avant le geste, **le délai de 2 heures d'action est nécessaire***

*Attention avec l'association Mifépristone + Misoprostol une expulsion peut avoir lieu, surveiller l'apparition d'éventuelles contractions utérines.*

---

## Détail de la technique de dilatation-extraction

---

La procédure de Dilatation-Évacuation ne doit pas être effectuée si le col n'est pas suffisamment préparé. La dilatation doit être suffisante pour permettre une insertion aisée des instruments et pour extraire les tissus sans rencontrer de résistance importante.

Une dilatation insuffisante est source de prolongation excessive du geste et augmente le risque hémorragique.

Le degré de dilatation requis augmente avec l'âge gestationnel :

- Entre 14 et 15 SA, le col doit être dilaté au moins jusqu'à la bougie n° 14 ou n° 15
- Entre 15 et 16 SA, le col doit être dilaté au moins jusqu'à la bougie n° 15 ou n° 16
- *Si le col peut admettre une bougie d'un diamètre supérieur, utiliser des bougies plus grandes sans dépasser la bougie n°16.*

En pratique :

→ **1ère étape : Évaluer l'efficacité de la préparation cervicale en début du geste.**

Cas de figure N°1 : Dilatation effectuée jusqu'à la bougie souhaitée, adaptée au terme : débiter la technique de Dilatation-Évacuation (*cf infra*)

Cas de figure N°2 : Dilatation insuffisante par rapport au terme (*cf protocoles en Annexes 1-1*) :

3 options :

- **OPTION N°1 :**

- Arrêter le geste et prévenir l'anesthésiste du report de l'intervention
- Réveil de la patiente
- Administrer une dose supplémentaire de Misoprostol MISOONE® 400 µg par voie jugulaire
- Transférer la patiente en salle de réveil (SSPI)
- Reprendre le geste **au moins 1h plus tard**

- **OPTION N°2 :**

- Arrêter le geste et prévenir l'anesthésiste du report de l'intervention
- Mise en place de 2 voire 3 dilateurs osmotiques (DILAPAN®) en intra-cervical en les bloquant avec un bloc de compresses intravaginales afin d'éviter qu'ils se déplacent.
- Réveil de la patiente
- Transférer la patiente en salle de réveil (SSPI)
- Reprendre le geste **au moins 3h plus tard**

- **OPTION N°3 :**

- Associer les 2 méthodes de dilatations (Option N°1 + Option N°2)
- Reprendre le geste **au moins 3h plus tard**

→ **2ème étape : Si la dilatation est efficace, entamer l'évacuation de l'utérus :**

- Sondage vésical si vessie pleine
- Vérifier la non utilisation de gaz halogénés pour l'anesthésie (favoriserait l'atonie utérine)
- Demander l'injection de 5 UI d'ocytocine SYNTOCINON® en IVL en fin de dilatation ou après aspiration du liquide amniotique.
- Commencer par une aspiration intra-utérine avec une canule N°14
- Aspirer le liquide amniotique et le quantifier pour le distinguer des pertes sanguines

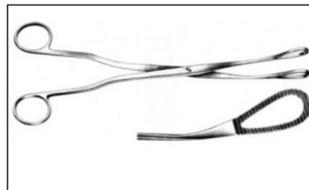
- Lors de l'aspiration : délivrance de 10 UI supplémentaires d'ocytocine SYNTOCINON® en IVL dans une poche de 250 ml durant toute la procédure si besoin

*NB : L'ocytocine provoque la contraction de l'utérus qui favorise le décollement du trophoblaste « délivrance dirigée per abortum », diminue le risque de perforation et diminue les pertes sanguines*

- Extraire le trophoblaste s'il se présente à l'orifice externe par traction douce.
- Réaliser la procédure Dilation-Évacuation **sous contrôle échographique** à l'aide d'une pince de Mc Clintock ou équivalent si nécessaire pour l'extraction de débris foetaux

*NB : Le type de pince recommandée est une pince de Mc Clintock 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 Germe" habituellement disponibles sont trop larges et démontables. La disjonction des branches de la pince pendant le geste le complique beaucoup.*

*Pince de Mc Clintock 24*



- Introduire la pince sous contrôle échographique
- Une fois introduite dans l'utérus, **la pince doit s'ouvrir verticalement** et non pas horizontalement (*Figure 1*)
- 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. (*Figure 2*)
- Evacuer les tissus, en fermant les mâchoires de la pince autour des tissus foetaux 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*)
- Répéter le geste jusqu'à élimination complète du fœtus et du trophoblaste

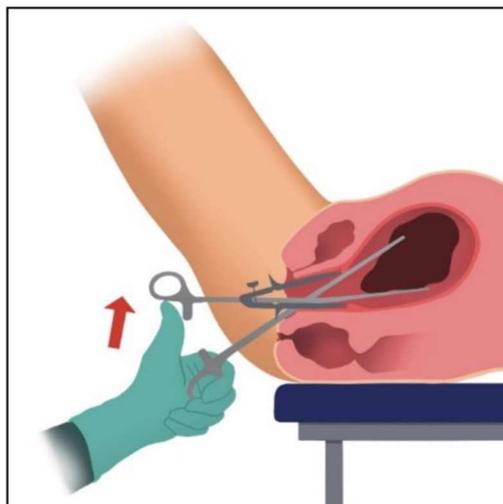
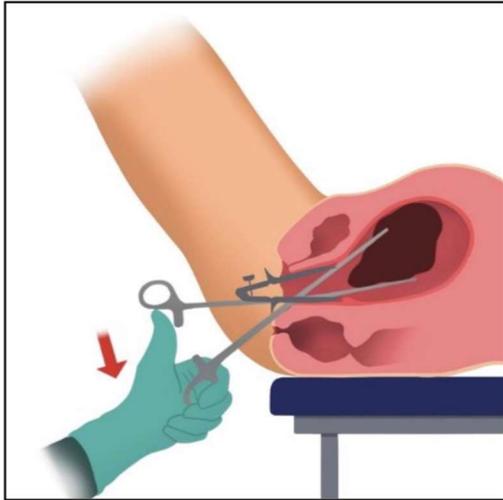
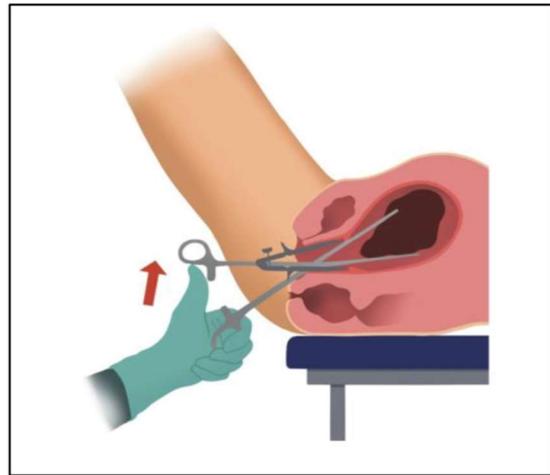


Figure 1



*Figure 2*



*Figure 3*

**Conseils pratiques en fin de technique :**

Délivrer 5 UI d'ocytocine SYNTOCINON® en IVL ou faire un massage utérin peuvent permettre de ramener des fragments vers la partie basse de l'utérus

Terminer le geste par une aspiration qui s'assure de l'absence de tissus résiduels. Les vacuettes d'aspiration souples, plus longues que les rigides peuvent être utiles en fin de geste

Faire une échographie finale de vacuité

L'antibioprophylaxie : Les indications sont les mêmes que pour les IVG instrumentales à des termes plus précoces. Il n'y a pas lieu de faire une antibioprophylaxie systématique. Celle-ci sera indiquée en fonction des résultats des dépistages IST.