

	<b>Protocole IVG 14-16 SA</b> <b>Méthode médicamenteuse</b>		
	Plateforme d'expertise IVG de la Région Auvergne Rhône Alpes	<a href="http://www.pleiraa.org">www.pleiraa.org</a>	Rédaction : octobre 2022
		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*

---

## Ce protocole comporte

**Le parcours de la patiente et protocole MIFÉGYNE® Mifépristone + MISOONE® Misoprostol**  
**Le protocole NALADOR® Sulprostone**  
**Le protocole d'anesthésie et d'antalgie**

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

Bien que le protocole soit identique à celui d'une IMG, celui-ci diffère en concernant les suites de l'acte. Il n'y a pas de préparation ni de présentation du corps du fœtus à la patiente. Aucune déclaration à l'état civil ni délivrance de certificat d'accouchement n'est possible à son issue.

Le maintien de la clause de conscience permet aux sages-femmes présentes en salle de naissance de refuser de pratiquer l'IVG.

## Points clés

- Nécessité d'une double préparation cervicale optimale et d'une antalgie efficace
- Durée d'hospitalisation entre 24 et 72h
- Pas de déclaration du fœtus à l'état civil
- Maintien de la confidentialité

## Acteurs concernés

- Médecins orthogénistes
- Gynécologues- Obstétriciens
- Anesthésistes-réanimateurs
- Sages-femmes de salle d'accouchement
- IDE des CIVG
- IDE d'hospitalisation
- AS de salle d'accouchement
- AS d'hospitalisation
- Psychologues
- Conseillères conjugales et familiales (CCF)
- Secrétaires des CIVG
- Brancardiers

La consultation de demande d'IVG est identique à celle décrite pour la méthode chirurgicale

---

## Parcours patiente pour IVG 14-16 SA méthode médicamenteuse

---

Prise de mifepristone 36 à 48h avant l'hospitalisation

⇒ **Le jour de l'hospitalisation**

- Patiente accompagnée au bloc obstétrical, puis installation en salle de pré travail ou salle d'accouchement
- Cimétidine 200 mg (TAGAMET®) donnée par l'IADE ou la SF
- Pose anesthésie péridurale (APD) : réalisée par le médecin anesthésiste-réanimateur (MAR)
- Toucher vaginal et pose de DILAPAN si le col ne permet pas de rupture artificielle des membranes (RAM)
- **Misoprostol 400 µg (MISOONE®) 1 comprimé per os** toutes les 3h, **sans excéder 3 prises** sur 24h
- R.A.M. rapide dès que possible et A.P.D. efficace
- **Pas de diminution de dose en cas d'utérus cicatriciel (à adapter selon les protocoles de chaque service)**
- Expulsion en salle d'accouchement
- Si expulsion du placenta : curetage doux sous écho guidage en salle
- Si rétention placentaire : transfert de la patiente au bloc pour curetage aspiratif
- **Antibioprophylaxie par 2g de Céfazoline lors du curetage**, à doubler si IMC > 30kg/m<sup>2</sup> et poids > 100kg (ou Dalacine 1200mg en cas d'allergie à la pénicilline)
- **Pas d'administration préventive d'ocytocine systématique**, mais **recours facile à 5UI de Syntocinon si curetage hémorragique**
- **Rajoute-t-on la pose de DIU après le curetage ?**
- 

**En cas d'expulsion en salle d'accouchement :**

- Devenir du corps : le placer, avec le placenta si expulsé, dans une boîte d'anatomopathologie et apposer une étiquette sur le couvercle avec la date du jour. Ne pas mettre d'étiquette avec le nom de la patiente afin d'assurer la confidentialité due au circuit des IVG.
- Il sera pris en charge par la chambre mortuaire.
  
- Inscription systématique sur le registre « enfants nés sans vie » de la salle d'accouchement

⇒ **Retour dans le service**

- Surveillance en SSPI en cas d'aspiration sous AG/ en salle de travail si expulsion sous APD
- Fin de la surveillance et retour dans le service si :
  - ➔ pertes sanguines physiologiques
  - ➔ récupération du bloc sensitivo-moteur en cas d'ALR (Score d'ALDRETE ≥ 9, score de Bromage égal à 0)
- Ablation du cathéter d'APD en fin de surveillance, en salle de travail
- Injection du **RHOPHYLAC 200µg** en cas de rhésus négatif et traçabilité dans le dossier informatisé et conservation de la traçabilité papier (scannée dans le dossier/renvoyée à la pharmacie)
- Poursuite de l'antalgie per os

## PROTOCOLE

MIFÉPRISTONE (Mifégyne<sup>®</sup>) – MISOPROSTOL (Misoone<sup>®</sup> en RTU\* ou autre)

ENTRETIEN – DOSSIER DE LIAISON – CS ANESTHÉSIE – BILAN PRÉ-OP  
Hospitalisation la veille

Préparation cervicale

MIFÉPRISTONE (Mifégyne<sup>®</sup>)

1 ou 3 cp en 1 prise

Intervalle libre : 24h à 48h avant l'hospitalisation

DILAPAN si nécessaire

(1 à 3 à placer au-delà de l'orifice interne du col)  
entre 18H00 et 20H00 la veille  
(si douleurs : MEOPA)

### Le jour du déclenchement :

- Pose d'anesthésie péridurale souhaitable quel que soit le terme
- **Avant 32 SA :**  
MISOPROSTOL 400 microg per os  
3 fois à 3 heures d'intervalle  
(par ex : 7H00 - 10H00 - 13H00)  
(précédé d'un TV avant chaque prise)  
Ne pas dépasser 1 200 microg en 24H



**NE PAS POURSUIVRE L'ADMINISTRATION DE MISOPROSTOL si début du travail.**

**PAS DE CONTRE-INDICATIONS à ce protocole Mifépristone - Misoprostol**  
**PRÉCAUTIONS : UTERUS CICATRICIEL (utiliser Misoprostol 200 microg)**

**Si Echec :**  
Même protocole  
le lendemain

**Si 2<sup>ème</sup> échec :**  
Protocole SULPROSTONE (Nalador<sup>®</sup>)  
Discuter ballonnet (Cf. protocole spécifique)

\* RTU : recommandations temporaires d'utilisation

### CAS PARTICULIERS :

#### ▸ Utérus cicatriciel et AG < 32 SA :

- MIFÉPRISTONE 600 mg
- DILAPAN la veille
- MISOPROSTOL 200 microg per os toutes les 3 heures  
**Ne pas dépasser la posologie de 600 microg / 24H**

Si échec malgré Rupture des Membranes certaine :  
césarienne à discuter à J+1 ou reprise MISOPROSTOL

## PROTOCOLE SULPROSTONE (Nalador®)

A utiliser dans le cas d'un double échec du protocole Migégyne-Misoprostol  
Ampoule dosée à 500 microgrammes / ampoule

### PROTOCOLE CLASSIQUE

#### Pousse-seringue

- ▶ 2 ampoules de Sulprostone
- ▶ dans 49 cc de glucosé isotonique 5%
- ▶ soit 20µg/cc
- ▶ Démarrer à vitesse 5 (5 ml/h)
- ▶ Dose maximale cumulée injectée : 3 ampoules
- ▶ Vitesse maximale : 25 cc/heure ou 500 microgrammes/heure ou 1 ampoule par heure
- ▶ Augmenter d'1 vitesse / 30'

### AUTRE PROTOCOLE

#### Compte-gouttes :

- ▶ 1 ampoule de Sulprostone
- ▶ dans 250 cc de glucosé isotonique 5% (2 microgrammes/cc)
- ▶ Démarrer à 15 gouttes/mn
- ▶ Augmenter de 5 gouttes tous les ¼h
- ▶ Maximum 85 gouttes/mn

### CONTRE-INDICATIONS

- ▶ Asthme Bronchite spasmodique (avis pneumo)
- ▶ Allergie aux prostaglandines
- ▶ Tabac et âge > 40 ans
- ▶ Affections cardiovasculaires : Coronaropathies, HTA sévère, Insuffisance cardiaque
- ▶ Accidents thromboemboliques
- ▶ Glaucome, Thyrotoxicose, Diabète
- ▶ Troubles hépatiques et rénaux graves

## LA PÉRIDURALE

est à proposer très largement quel que soit le terme de la grossesse

- ▶ Consultation d'anesthésie préalable
- ☞ A programmer pour 8h du matin (noter sur le tableau de Salle d'accouchement)
- ▶ Pose de l'APD et surveillance en Salle d'accouchement
- ▶ Mise en place d'un pousse seringue (changement de seringue par IADE)
- ▶ Tenir l'anesthésiste de Salle d'accouchement et IADE au courant de l'analgésie et progression du travail

**SURVEILLANCE** notée par écrit sur **fiche** de surveillance :  
Pouls, TA, Fréquence cardiaque, niveau de conscience, niveau d'analgésie (EVA) et mobilité des membres inférieurs, **toutes les 30' pendant 90'** après pousse-seringue, **puis toutes les heures**

## PROTOCOLE ANTALGIQUE SI PAS DE PÉRIDURALE

- ☞ Voie veineuse périphérique posée avant l'administration du produit déclenchant
- ☞ Débuter le protocole dès l'apparition de contractions (douleuses ou non)

**XANAX**  
1 cp à 0.25 mg

**MORPHINE (à faire prescrire par l'anesthésiste)**

- 5 mg en sous cutané puis à la demande 5 mg en sous-cutané (attendre 1/2h avant 1 nouvelle administration)  
Dose maximum : 40 mg
- ou voie IV mode PCA
- ou morphinique per os

**TAGAMET 200 mg effervescent à donner après l'expulsion (avant la révision)**

**SURVEILLANCE** notée par écrit sur **fiche de surveillance** :  
Pouls, Fréquence respiratoire, niveau de conscience, niveau d'analgésie (EVA)  
**toutes les 30' pendant 90' après Morphine, puis toutes les heures**

## PROTOCOLE DE PÉRIDURALE

**PRODUITS UTILISÉS :** Idem accouchement normal

## PROTOCOLE RACHI-PÉRI COMBINÉE

**PRODUITS UTILISÉS :**

- ▶ Rachi anesthésie pour Foeticide : 5 mg à 7.5 mg de Marcaine + 5µg de Sufenta
- ▶ APD : Idem accouchement normal