

**A. L'Échographie : Datation de la grossesse**

- L'Échographie reste la référence:
  - Si l'embryon est non visible : mesure du sac gestationnel (la présence d'une vésicule vitelline signe le caractère endo-utérin de la grossesse)
  - Dès l'apparition de l'embryon : la mesure de la longueur cranio-caudale (LCC définie par Robinson) ou plus tardivement on peut ajouter la mesure du diamètre bipariétal (BIP défini par le Collège français d'échographie fœtale).
  - Si l'âge gestationnel est proche de 14 SA : l'IVG peut être réalisée jusqu'à une mesure de BIP de 30 mm (procédure d'urgence pour prise en charge de l'IVG)
- L'échographie de routine au cours et/ou au décours de l'IVG instrumentale ne fait pas partie des recommandations
- La réalisation systématique d'une échographie post-IVG médicamenteuse n'est pas recommandée en routine.

**B. IVG médicamenteuse**

L'IVG médicamenteuse réalisée avec la dose de 200 mg de mifépristone (1 cp) associé au misoprostol est efficace à tout âge gestationnel.

- **Avant 7 SA** : à domicile ou en hospitalisation (le choix est laissé à la patiente)
  - Mifépristone 200 mg (1 cp per os) associé à 400 µg de misoprostol (2cps) avec un délai entre les deux prises de 24h à 48h (délai minimum à 8h pour une efficacité optimale). La dose de 400µg de misoprostol peut être renouvelée après 3 h si absence de saignement.
  - La voie d'administration du misoprostol peut être la voie vaginale, orale (comprimés avalés), sublinguale (les comprimés doivent fondre sous la langue) et buccale (les comprimés sont mis en place entre les joues et les gencives, et les femmes doivent avaler les fragments résiduels au bout de 30mn). Cette voie est aussi dénommée jugale, voie que nous privilégions dans notre région.
  - Au-delà de 7 SA, les modes d'administration du misoprostol, par voie vaginale, sublinguale ou buccale sont plus efficaces et mieux tolérés que la voie orale.



➤ **Entre 7 SA et 9 SA :** (en hospitalisation)

- Mifépristone 200 mg par voie orale suivi 24h à 48h après de 800 µg de misoprostol (4 cps) par voie vaginale, buccale ou sublinguale.
- La prise de misoprostol peut être complétée par une dose de 400 µg au bout de 3/4h si absence de saignement.

➤ **Entre 9 et 12 SA :**

- Mifépristone 200 mg par voie orale suivi 24h à 48h après de 800 µg de misoprostol (4 cps) par voie vaginale, buccale ou sublinguale.
- Les doses suivantes de misoprostol (jusqu'à 5 doses supplémentaires) devront être de 400 µg, administrées toutes les 3 heures

➤ **Après 12 SA :**

- Mifépristone 200 mg par voie orale suivi 24h à 48h après de 800 µg de misoprostol (4 cps) par voie vaginale.
- Les doses suivantes de misoprostol (jusqu'à 5 doses supplémentaires) devront être de 400 µg, administrées toutes les 3 heures par voie vaginale, buccale ou sublinguale, jusqu'à l'expulsion.
- **entre 9 et 14 SA**, les méthodes instrumentale et médicamenteuse devraient pouvoir être proposées. Les femmes doivent être informées des avantages et des inconvénients de chacune des méthodes en fonction du terme et des effets secondaires afin de faire un choix en fonction de leur situation personnelle et de leur ressenti par rapport à la technique.

NB : allaitement, obésité, grossesse gémellaire et utérus cicatriciel ne sont pas des contre-indications à l'IVG médicamenteuse.

**1) Prise en charge de la douleur :**

➤ **Evaluation par échelle visuelle analogique de la douleur (EVA) ou numérique.**

- Ibuprofène 400 mg à 600 mg à renouveler si besoin sans dépasser 1200 mg.

La prise systématique d'ibuprofène n'est pas supérieure à la prise à la demande, mais pour des raisons organisationnelles il pourrait être donné à titre systématique.



Il n'existe pas à ce jour de recommandation sur le moment de la prise du traitement antalgique.

Le phloroglucinol (spasfon) n'a pas démontré son efficacité.

Le paracétamol seul est insuffisant dans la prise en charge de la douleur dans les IVG mais associé à l'ibuprofène il potentialise son effet.

## **2) Conduite à tenir post IVG :**

La consultation de suivi est recommandée dans les 3 à 4 semaines suivant la prise de misoprostol nous proposons un taux de BHCG < 1000 pour s'assurer de l'efficacité du traitement.

Dosage des HCG 15 jours après IVG : un taux inférieur à 1000 u est attendu.

La consultation post-IVG a par ailleurs d'autres objectifs (contraception, vécu de l'IVG) et doit donc être systématiquement proposée. Elle a lieu entre J 18 et J 30.

## **3) Contraception après interruption volontaire de grossesse :**

Les méthodes contraceptives comme le DIU ou l'implant semblent efficaces pour éviter la répétition des IVG, notamment lorsqu'elles sont débutées précocement.

### **En cas d'IVG médicamenteuse :**

- La pilule œstro-progestative orale, micro progestative et le patch devraient être débutés le jour même ou le lendemain de la prise des prostaglandines.
- L'anneau vaginal devrait être inséré dans la semaine suivant la prise de mifépristone
- L'implant peut être inséré à partir du jour de la prise de mifépristone.
- Un DIU peut être inséré dans les 10 jours suivant la prise de mifépristone après s'être assuré par échographie de l'absence de grosses intra-utérine.

NB : Il est raisonnable de proposer une contraception d'urgence après une IVG en cas de situation à risque



**C. IVG INSTRUMENTALE**

**Page 4/4**

- Cette pratique présente un taux de succès élevé quelque soit l'âge gestationnel y compris avant 7 SA
- L'antibioprophylaxie est encore recommandée
- Il est recommandé de faire une préparation cervicale par le Misoprostol qui semble le plus approprié à une dose de 400 µg (soit 200 µg x 2) :
  - 3 heures avant l'intervention si administré par voie vaginale
  - 1 à 3 heures avant si administré par voie sublingual
- L'adjonction de Mifépristone 24 ou 48 heures avant l'intervention n'est bénéfique que pour les grossesses entre 12 et 14 SA.
- Pour la prise en charge de la douleur avec 600 mg d'Ibuprofène en préopératoire
- Il n'y a pas de différence entre anesthésie générale ou locale

**1) Si anesthésie locale**

Injection en 2 ou 4 points à plus de 1.5 cm de profondeur

4 pressions de spray à la lidocaïne à 5% peuvent être proposées avant l'injection de l'ALP.

- L'aspiration évacuatrice est préférable au curetage et est très efficace à faible risque et acceptable pour les femmes.
- A la sortie de la patiente, il doit être proposé de remettre un compte rendu opératoire donnant des informations suffisantes pour prendre en charge des complications éventuelles.

**2) Les complications**

- La perforation utérine lors d'une aspiration est un évènement exceptionnel, l'abstention thérapeutique est possible en l'absence de signes d'irritation péritonéale, de douleur croissante et de signes de déperdition sanguine.
- La conduite à tenir devant une rétention post ivg médicamenteuse ne devrait pas être différente de celle proposée après une grossesse arrêtée spontanément.
- L'hémorragie est un évènement très rare (1%).
- Le décès lié à la pratique de l'IVG est de l'ordre de 1/100000 bien inférieur au risque dans un accouchement.

