



Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901
Siret 831 689 419 00016

0556799851
contact@rpna.fr

Guide d'aide à la prise en charge des IVG sur grossesse précoce, non visible à l'échographie



Avertissement

Ce document est un guide d'aide pour la prise en charge des femmes en âge de procréer.

Il s'agit de propositions qui pourront être, le cas échéant, adaptées par les soignants à chaque personne en fonction de la situation médicale et organisationnelle. Elles ne sont pas médicalement opposables.

SOMMAIRE

► ABRÉVIATIONS	04
► OBJET	05
► DOMAINE D'APPLICATION	05
► DOCUMENTS ASSOCIÉS	05
► PRISE EN CHARGE	06
1. Conditions d'éligibilité	06
2. Consultation pré-IVG : les objectifs	07
3. Protocole médicamenteux et de surveillance	08
4. Consultation post-IVG	09
► COTATIONS FORFAIT IVG	09
► BIBLIOGRAPHIE	09

ABRÉVIATIONS

- ▶ **βhCG** : Fraction **B**eta d'**h**ormone **C**horionique **G**onadotrope
- ▶ **CNGOF** : **C**ollège **N**ational des **G**ynécologues-**O**bstétriciens **F**rançais
- ▶ **DDR** : **D**ate des **D**ernières **R**ègles
- ▶ **DIU** : **D**ispositif **I**ntra-**U**térin
- ▶ **ES** : **E**tablissement de **S**anté
- ▶ **FIAPAC** : **I**nternational **F**ederation of **A**bortion and **C**ontraception **P**rofessionals
- ▶ **FDR** : **F**acteur **D**e **R**isque
- ▶ **GEU** : **G**rossesse **E**xtra-**U**térine
- ▶ **GLI** : **G**rossesse de **L**ocalisation **I**ndéterminée
- ▶ **IGH** : **I**nfection **G**énitale **H**aute
- ▶ **IST** : **I**nfection **S**exuellement **T**ransmissible
- ▶ **IVG** : **I**nterruption **V**olontaire de **G**rossesse
- ▶ **PMA** : **P**rocréation **M**édicalement **A**ssistée
- ▶ **SA** : **S**emaine d'**A**ménorrhée

OBJET

Ce guide a pour objectif d'aider les professionnels dans la prise en charge des patientes en demande d'IVG sur grossesse précoce et propose des outils pour la pratique en consultation.

L'accès rapide à l'IVG et la suppression du délai de réflexion conduit en France aujourd'hui à la possibilité de demandes d'IVG à des termes peu avancés. Cette prise en charge précoce évite une attente souvent mal vécue pour les femmes.

Quand la grossesse est très précoce, elle est dans la majorité des cas intra-utérine mais peut aussi être extra-utérine ou bien non évolutive.

Réaliser une IVG dans la situation d'une grossesse située en dehors de l'utérus constitue une des principales inquiétudes chez le praticien notamment en cas de perte de vue de la patiente. Les GEU concernent environ 2% des grossesses ; la prise en charge des patientes dans le cadre d'une demande d'IVG précoce optimise la rapidité de leur diagnostic.

La procédure d'IVG sur grossesse précoce doit respecter des critères d'éligibilité et de surveillance précis. Elle est réservée à des femmes asymptomatiques, avec une date des dernières règles bien identifiée en cycle naturel, sans facteurs de risque de GEU identifiés, observantes et pouvant respecter le suivi préconisé.

Le professionnel doit laisser le choix à la patiente entre la réalisation d'une IVG sur grossesse précoce ou d'une IVG sur une grossesse d'évolution intra-utérine confirmée qui serait réalisée ultérieurement.

Un parcours fluide et bien défini est indispensable entre les professionnels réalisant les IVG sur grossesses précoces, les ES partenaires et les services des urgences gynécologiques qui prennent en charge les complications.

DOMAINE D'APPLICATION

Ce document s'adresse aux professionnels proposant l'IVG médicamenteuse (sage-femmes, médecins généralistes et gynécologues) libéraux, des Centres de Santé hors ES et des Centres IVG en ES.

DOCUMENTS ASSOCIÉS

Les sociétés savantes françaises n'ont pas publié de protocole de prise en charge des grossesses précoces. Le CNGOF mentionne dans ses recommandations de 2016 "qu'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. Il est cependant recommandé d'informer les femmes du risque de non-diagnostic de GEU et des signes qui doivent les alerter". Le CNGOF indique également que "l'échographie avant une IVG doit être encouragée mais n'est pas indispensable pour réaliser une IVG". La FIAPAC recommande la démarche "VEMA" Very Early Medical Aborption et la définit comme procédure sûre et efficace.

Les documents élaborés par le RPNA attenants à ce guide sont les suivants :

- **RPNA_Gyn_Usag_003** : Fiche information IVG médicamenteuse à un terme précoce
- **RPNA_Gyn_Med_008** : Formulaire de consentement IVG médicamenteuse à un terme précoce
- **RPNA_Gyn_Med_007** : Fiche de liaison : IVG médicamenteuse sur grossesse précoce

PRISE EN CHARGE

Ce paragraphe a pour but de décrire les conditions d'éligibilité des patientes à la procédure ainsi que le parcours de soin : de la consultation pré-IVG à la consultation post-IVG en passant par le protocole médicamenteux et la surveillance.

1. Conditions d'éligibilité :

Toutes les conditions suivantes doivent être réunies :

- ▶ DDR bien identifiée avec des cycles réguliers et naturels
- ▶ Le terme théorique doit être cohérent avec le dosage des β hCG et les images échographiques (**échographie non obligatoire mais fortement recommandée**)
- ▶ Echographie, si réalisée, ne retrouvant pas de signes directs ou indirects de GEU
- ▶ Patiente asymptomatique : pas de douleur pelvienne ni de métrorragie
- ▶ Absence de FDR de **GEU contre-indiquant la procédure :**

- Antécédent de GEU
- Antécédent de chirurgie tubaire
- Antécédent d'IGH
- Antécédent de ligature tubaire
- Grossesse obtenue par PMA
- Grossesse sur DIU

À noter :

Le tabagisme et l'âge maternel constituent des contre-indications relatives : le professionnel de santé devra apprécier la balance bénéfices-risques de la réalisation de l'IVG précoce.

- ▶ Pas de contre-indications médico-psychosociales à l'IVG par méthode médicamenteuse
- ▶ Patiente fiable, observante et ayant bien compris la démarche et le suivi obligatoire

Si le taux de BhCG est $> 1\,500$ UI/L et l'œuf est non visible en échographie endovaginale, la suspicion de GEU l'emporte toujours et contre indique formellement la procédure d'IVG sur grossesse précoce.

La patiente devra être adressée aux urgences gynécologiques.

2. Consultation pré-IVG : les objectifs

- ▶ S'assurer du souhait de la patiente et de l'éligibilité de la patiente à la procédure
- ▶ Réaliser aussi souvent que possible une échographie afin de vérifier l'absence de signes directs ou indirects de GEU
- ▶ Informer sur le risque non exclu de GEU et des symptômes de celle-ci
- ▶ Planifier le suivi
- ▶ Remettre la fiche d'information patiente incluant l'information sur les risques, la surveillance, le suivi, les signes devant faire consulter et le lieu et numéros de contact en cas d'urgence
- ▶ Remettre la fiche de liaison à transmettre au service d'accueil des urgences gynécologiques en cas de complication

Le professionnel doit s'assurer au préalable, dans le cadre de son conventionnement avec l'ES que celui-ci soit en capacité de prendre en charge les urgences gynécologiques y compris les GEU nécessitant une chirurgie en Urgence.

Les mentions suivantes sur la fiche de liaison seront utiles à l'accueil du service des urgences pour faire rapidement appel au gynécologue de garde ou d'astreinte :

- **IVG SUR GROSSESSE PRECOCE NON VISIBLE A L'ECHOGRAPHIE**
- **RISQUE DE GEU**
- **PREVENIR EN URGENCE LE GYNECOLOGUE DE GARDE/ASTREINTE**

- ▶ Vérifier la compréhension de la patiente sur les démarches, les risques, les éléments de surveillance et les contrôles indispensables
- ▶ Recueillir le consentement écrit de la patiente
- ▶ Réaliser un temps de prévention et d'éducation à la santé sexuelle, adapté aux besoins de la patiente (dépistage IST, contraception, repérage des violences, suivi gynécologique...)

3. Protocole médicamenteux et de surveillance

J0 = dosage du β hCG et prise de la mifépristone

- Dosage du β hCG quantitatif de référence (s'assurer d'un taux < 1500 UI/L)
- Prise d'un comprimé de Mifépristone de 200 mg par voie orale (possible lors de la consultation ou à domicile)

J2 = prise du misoprostol

- Prise d'un comprimé de misoprostol de 400 μ g par voie transmuqueuse orale
- Possibilité en ES ou au domicile de la patiente (présence d'un tiers accompagnant nécessaire)

J5 = premier contrôle

- Dosage du β hCG quantitatif
- Efficacité = Taux du β hCG $\leq$ à 50% du taux initial + évolution clinique normale
- Exemple :
 - Taux initial J0 à 800 UI/L
 - Taux J5 $\leq$ 400 UI/L = SUCCES
- Évaluation réalisée par téléconsultation ou en présentiel

J7 = deuxième contrôle

- Deuxième dosage du β hCG quantitatif
- Efficacité = Taux de β hCG $\leq$ à 20 % du taux initial (décroissance d'au moins 80%) + évolution clinique normale
- Exemple :
 - Taux initial J0 à 800 UI/L
 - Taux J7 $\leq$ 160 UI/L = SUCCES
- Évaluation à réaliser en présentiel (sauf difficultés organisationnelles)

Remarque : l'injection d'immunoglobulines anti-D en cas de rhésus négatif n'est plus recommandée (CNGOF 2024) en cas d'IVG en dessous de 12 SA

Si la patiente n'a pas présenté de saignement dans les 72 heures suivant la prise de misoprostol ou les taux de β hCG sont supérieurs aux seuils attendus à J5 et/ou J7, la patiente devra être orientée vers le centre IVG partenaire ou les urgences gynécologiques de l'ES partenaire selon l'organisation locale.

4. Consultation post-IVG

- ▶ À réaliser à J7 lors du deuxième contrôle (sauf difficultés organisationnelles, weekend ou jours fériés, auxquels cas la réaliser le plus rapidement possible)
- ▶ Vérifier l'évolution clinique favorable
- ▶ Evaluer la survenue de complications éventuelles
- ▶ Poser un DIU si souhaité et succès de l'IVG
- ▶ Évaluer le vécu et proposer l'entretien psycho-social

Si la patiente n'est pas venue à la consultation post-IVG, la contacter le jour même par téléphone et tracer les appels dans le dossier.

COTATIONS FORFAIT IVG

Il n'existe pas d'actes relatifs à une procédure IVG sur grossesse précoce. La cotation sera la même que celle des IVG médicamenteuses en ES ou hors ES.

BIBLIOGRAPHIE

- Recommandations pour la pratique Clinique. L'interruption volontaire de grossesse. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. 2016.
<https://cngof.fr/app/uploads/2023/06/2016-IVG.pdf>
- K. Bettahar, A. Pinton, T. Boisramé, V. Cavillon, S. Wylomanski, I. Nisand, D. Has-soun Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2016. 45, 1490 - 1514.
- eTG 2021, Very early medical abortion, Therapeutic Guidelines.
- Goldberg, A 2018, Safe medical abortion at very early gestation, The 13th FIAPAC Conference: Liberating women – removing barriers and increasing access to safe abortion care, Nantes, France, 14-15 september 2018, International Federation of Professional Abortion and Contraception Associates, available: file:
<https://fiapac.org/media/uploads/abstract-book-v1.pdf>
- I Bizjak, C Fiala et al, Efficacy and safety of very early medical termination of pregnancy: a cohort study. 2017
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28856829/>
- Prévention de l'allo-immunisation anti-RH1 au premier trimestre de la grossesse: recommandation pour la pratique clinique du Collège national des gynécologues-obstétriciens français. 2024.
<https://cngof.fr/app/pdf/RPC//RPC%20DU%20CNGOF/Gyn%3%A9cologie/Grossesses%20D%C3%A9butantes/Allo-immunisation%20-%20Rh%C3%A9sus%20D%202024-Prevention%20de%20l'allo-immunisation%20anti%20RH1.pdf>



Réseau Périnatal Nouvelle-Aquitaine