


# RECOMMANDATIONS DU RESEAU PERINATAL LORRAIN

<b>Réseau Périnatal Lorrain</b> 	<b>RECOMMANDATION RPL_IVG_chirurgicale</b>	Version du 17/05/2018 MAJ 03/10/2024
	<b>IVG chirurgicale &lt; 12SA</b>	<b>Pilote :</b> Dr Alain MITON
		<b>Validation</b> Commission IVG

## PREAMBULE

Cette recommandation concerne la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) réalisée dans un cadre légal, en Lorraine, et dans un délai inférieur à 12 semaines d'aménorrhée, une recommandation pour la prise en charge des 12/14 SA ayant fait l'objet d'une recommandation RPL spécifique.

Cette recommandation concerne les IVG réalisées dans une structure disposant d'un plateau technique chirurgical. Le Réseau Périnatal Lorrain propose, en annexe 1, la liste des établissements lorrains pratiquant l'IVG chirurgicale.

### *Prérequis pour les centres d'accueil :*

1. Centre d'accueil de l'IVG chirurgicale = établissement de santé (hôpital de jour – séjour < 12h)
2. Répartition de l'offre de soins = nombre suffisant de structures d'accueil et de prise en charge de l'IVG chirurgicale en Lorraine – organisation du recours à une structure adaptée le cas échéant.
3. Disposer d'un plateau technique chirurgical complet
4. Disposer d'au moins un échographe avec sonde vaginale
5. Impliquer et former des professionnels en nombre suffisant pour pratiquer ces IVG

***NB : les spécificités de prise en charge des mineures et des demandes de secret qui feront l'objet de recommandations spécifiques.***

## I. ACCUEIL ET CONSULTATIONS MEDICALES PREALABLES A L'IVG

Une femme en demande d'IVG chirurgicale obtient un RDV dans un délai compatible avec le délai légal de l'IVG : le centre d'accueil de l'IVG s'organise pour répondre à ces demandes, qu'elles émanent de la patiente elle-même, ou d'un adresseur.

Une ligne téléphonique est dédiée à l'activité d'orthogénie dans chaque établissement (annexe), son numéro est diffusé largement sur les sites internet des établissements et du RPL et il est connu de la plateforme nationale d'orientation (N° vert 0.800.08.11.11).

## I.1. Première consultation médicale

La première consultation apporte, à la patiente, des informations claires et précises sur la procédure de prise en charge de l'IVG chirurgicale, le type d'anesthésie et le déroulement du séjour. L'information donnée est tracée, ainsi que le recueil de la demande. Une documentation spécifique lui est remise.

Un entretien d'information, de soutien et d'écoute est proposé systématiquement, même en cas de délai court. Il est obligatoire pour les mineures. Il est réalisé par un professionnel qualifié en tant que conseiller conjugal et familial.

L'âge gestationnel est évalué par l'interrogatoire et l'examen clinique. L'échographie de datation est disponible lors de cette 1<sup>ère</sup> consultation (faite sur place ou en ville).

Une double détermination du groupe sanguin et du rhésus, et une RAI sont également prescrites ; elles sont réalisées avant la 2<sup>ème</sup> consultation.

Un dépistage des maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH, ainsi qu'un frottis cervico-vaginal de dépistage peuvent être proposés (mais non inclus dans le forfait IVG).

Une antibioprophylaxie par azithromycine n'est pas recommandée en systématique ; elle n'est à proposer qu'en cas de contexte particulier. Par ailleurs, en fonction de l'examen clinique, la prescription d'un ovule (néomycine sulfate + nystatine + polymyxine b sulfate) peut être proposée.

La contraception est systématiquement évoquée lors de cette première consultation ; elle est prescrite si la patiente le souhaite.

Le délai de réflexion est supprimé (art. 82 et 127 : modification de l'art. L2212-5 du CSP). Cependant, l'IVG ne peut pas être pratiquée le même jour que la 1<sup>ère</sup> consultation pré IVG.

Seul un délai de 48h est maintenu entre l'entretien psychosocial (facultatif pour les majeures) et l'IVG.

## II. METHODE

La technique chirurgicale nécessite une prise en charge anesthésique au choix de la patiente :

- Anesthésie locale para cervicale (ALP) : technique de 1<sup>ère</sup> intention lors d'une demande d'anesthésie locale
- Anesthésie générale qui sera précédée d'une consultation d'anesthésie.

## III. PREPARATION CERVICALE ET TECHNIQUE D'EVACUATION

Deux phases sont préconisées pour les IVG chirurgicales :

1. Une phase de préparation cervicale médicamenteuse
2. Une phase de dilatation du col et une évacuation du contenu utérin par aspiration dans des conditions strictes d'asepsie.

### III.1 - La préparation cervicale

Lors de la seconde consultation avec un médecin, et après signature du consentement écrit de demande d'IVG, la préparation cervicale consiste à :

1. **400 µg de misoprostol : au choix de la patiente**
  - a. Par voie vaginale, 3h avant l'aspiration
  - b. Par voie sublinguale ou jugale, 1 à 3h avant le geste (efficacité supérieure mais effets indésirables)

La maturation cervicale avant IVG chirurgicale diminue les complications, les traumatismes cervicaux, les perforations utérines, les hémorragies et les évacuations utérines incomplètes.

Cette phase ne nécessite pas d'hospitalisation, mais doit respecter les règles de prescription et d'AMM des spécialités.

### III.2. - L'évacuation utérine

L'IVG a lieu dans un bloc opératoire disposant d'un équipement anesthésique réglementaire et d'une salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) lorsqu'elle a lieu sous anesthésie générale.

Les mesures d'asepsie chirurgicales sont appliquées (lavage des mains, casques et gants stériles, préparation du site opératoire ...).

L'intimité de la patiente est respectée.

En cas d'IVG sous ALP, sa mise en œuvre doit être décrite dans un protocole adapté à l'établissement et à un recours secondaire anesthésique.

L'évacuation utérine repose sur l'aspiration à l'aide d'une canule et, lorsque cela est nécessaire, sur l'utilisation de pinces adaptées, selon le terme de la grossesse. Cette technique requiert une formation courte mais spécifique

Elle est pratiquée de préférence sous écho-guidage si le terme est avancé, à l'aide de canules d'aspiration transparentes, rigides, en plastique, uni fenêtrées, à usage unique, courbes et légèrement biseautées, de 12 mm de diamètre maximum. La source de vide doit permettre une dépression constante et réglable jusqu'à 1000 mbar.

Elle est réalisée comme suit :

1. Introduire la canule jusqu'au fond utérin
2. Attendre quelques secondes sous dépression ⇔ l'œuf se décolle
3. Effectuer des mouvements lents de rotation à 180°
4. Retirer peu à peu la canule
5. Utiliser une pince pour désobstruer la canule, si besoin, et une pince atraumatique pour faciliter l'évacuation utérine le cas échéant
6. Contrôler l'évacuation utérine par échographie et réaliser un cliché de vacuité utérine
7. *NB : en cas de choix de mise en place d'un dispositif intra utérin ou d'un implant, possibilité de le mettre en place dès la fin de l'aspiration*
8. Si nécessaire, injecter un ocytocique en fin d'intervention, par voie IV (5 UI d'oxytocine)
9. Antibio prophylaxie peropératoire sur indication médicale

Les complications de la technique instrumentale ne semblent pas plus fréquentes en cas de terme avancé (pas de corrélation terme/perforation utérine). Le taux d'hémorragies augmente de façon significative avec les termes > 20 SA, donc non significatif en France (délai légal de 14 SA).

## IV. SUITES OPERATOIRES

La patiente est surveillée 2 heures en SSPI (saignements/douleurs). Sa sortie est autorisée 6h après une anesthésie générale. Une échographie de contrôle de vacuité utérine est faite avant la sortie si elle n'a pas été faite au bloc opératoire.

Chez les femmes rhésus -, une injection de 200 µg d'immunoglobulines anti-D (IV ou IM) est prescrite et administrée pour les termes supérieurs à 12 SA. Cette injection n'est plus recommandée par le CNGOF pour les termes inférieurs à 12 SA.

Une prescription d'antalgiques de paliers 1 et 2 ainsi qu'une fiche d'information sur les suites normales de l'IVG avec conseils et numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence sont remises à la patiente. Un RV pour consultation post IVG est donné à la patiente avant sa sortie.

La prescription de contraceptifs est faite avant la sortie si elle n'a pas été faite lors de la 1<sup>ère</sup> consultation. La contraception par œstroprogestatifs est débutée le soir-même de l'IVG ou le lendemain.

## V. VISITE DE CONTROLE

### V.1. - Programmation

Une **visite de contrôle** est systématiquement organisée au moment de l'IVG. Elle est programmée 15 jours après l'IVG.

La patiente signe un document attestant qu'elle a bien reçu une information claire et adaptée sur l'importance de ce contrôle.

### V.2. - Consultation

La visite de contrôle consiste en un examen clinique.

Une échographie complémentaire peut être programmée après le retour des règles, en cas de persistance des saignements et/ou de douleurs au-delà de 8 jours. En cas de persistance de résidus post IVG, une aspiration - curetage est programmée.

Une réévaluation de la contraception est proposée (besoins de la patiente, compréhension, bonne utilisation). La pose d'un dispositif intra-utérin peut avoir lieu lors de cette consultation en cas de preuve de la vacuité utérine.

Un accompagnement peut à nouveau être proposé.

## VI. VALORISATION ET TRACABILITE

Toute IVG entraîne la production d'un RUM (Résumé d'Unité Médicale).

La valorisation se fait par forfait si :

- consultations ou hospitalisation d'une nuit max.
- délivrance du médicament abortif en **deux (ou plus) consultations différentes sans hospitalisation (en externe)**
- Date d'entrée et date de sortie = date de la première consultation

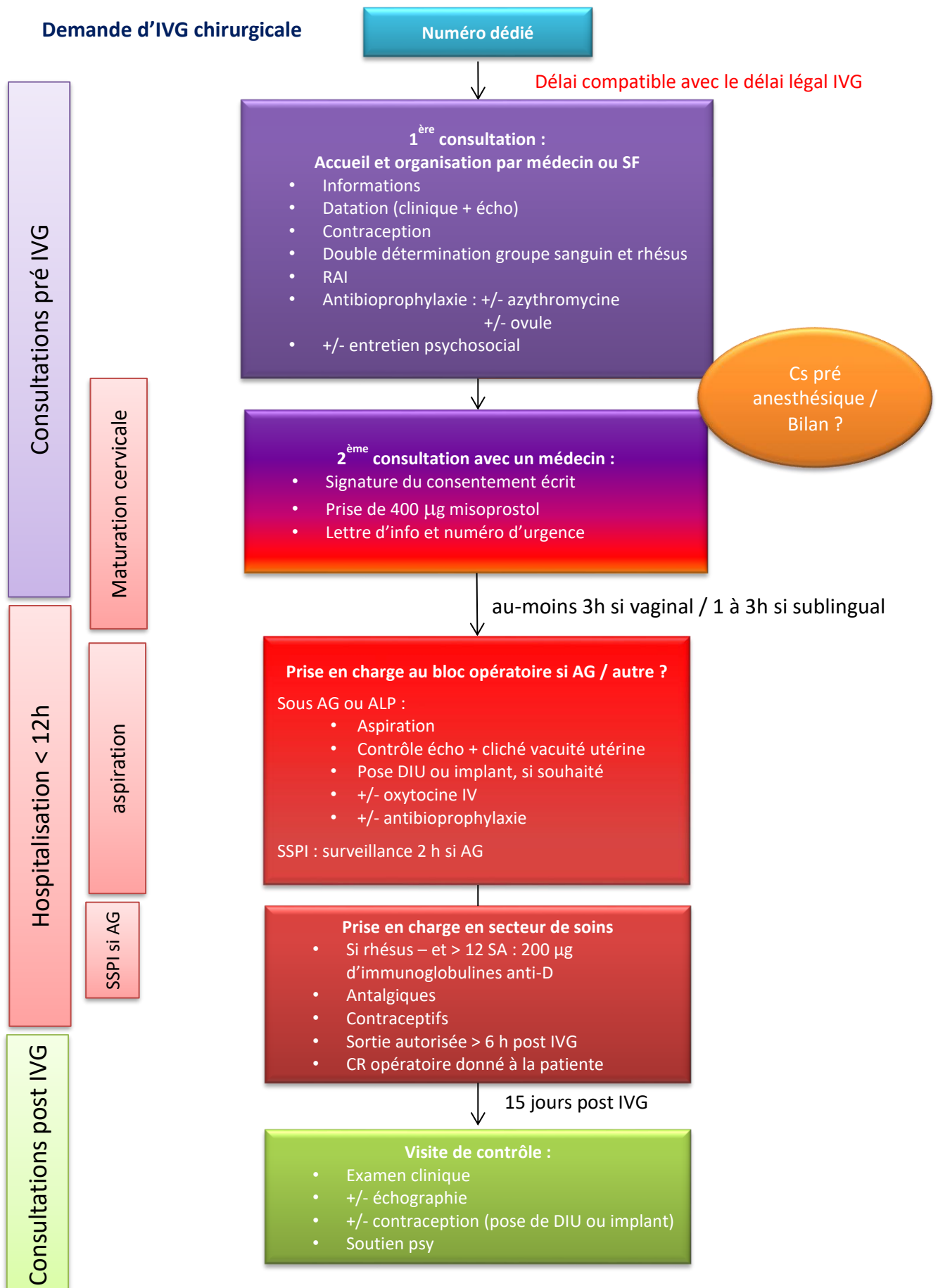
Si plus de 2 nuits, la valorisation redevient classique (hors forfait).

Depuis 2015, 3 nouveaux éléments sont à renseigner sur le RUM d'une IVG :

- le nombre d'IVG antérieures
- l'année de la dernière IVG
- le nombre de naissances vivantes

L'objectif est de pouvoir utiliser le PMSI comme source d'indicateurs pour le suivi épidémiologique des IVG en complément des données recueillies par les ARS.

## VII. LOGIGRAMME



## VIII. ANNEXE : numéro\* dédié à appeler pour une demande d'IVG

	ETABLISSEMENT	Numéro IVG	Centre 12 – 14 SA ?	Recours
54	Briey CH	03.82.47.50.74	oui	
	Lunéville CH	03.83.74.24.81	oui	
	Mont-Saint-Martin CH	03.82.44.72.61	oui	
	Nancy CHRU	03.83.34.44.27	oui	
	Nancy - Majorelle	Appel au cabinet des praticiens conventionnés avec l'établissement	oui	
	MGEN	03.83.17.76.00	NC	-
	Toul CH	03.83.62.21.52	non	CHRU Nancy
55	Bar-le Duc - Polyclinique du parc	03.29.79.03.05	non	CH Bar-le-Duc
	Bar-le-Duc CCP	03.29.45.88.08	oui	
	Verdun CH	03.29.83.85.48	non	IVG médicamenteuse
57	Forbach CH	03.87.88.80.47	oui	
	Metz - Claude Bernard	Appel au cabinet des praticiens conventionnés avec l'établissement	oui	
	Metz CHR	03.87.34.54.28	oui	
	Saint-Avold - Clinique Saint-Nabor	03.87.29.41.22	oui	
	Sarrebourg CH	03.87.23.26.09	non	Strasbourg
	Sarreguemines CH	03.87.27.34.13	non	CMCO / CHU Strasbourg
	Thionville - Clinique ND	Appel au cabinet des praticiens conventionnés avec l'établissement	non	CHR – site Thionville
	Thionville CHR	03.82.55.84.28	oui	
88	Epinal CH	03.29.68.71.08	non	Clinique Arc-en-Ciel
	Neufchâteau CH	03.29.94.80.35	oui	
	Remiremont CH	03.29.23.41.98	oui	
	Saint-Dié CH	03.29.52.83.12	oui	

\* ce numéro est, d'emblée et en cas de modification :

- indiqué sur les sites internet des établissements, facilement accessible
- indiqué sur le site du Réseau Périnatal Lorrain
- transmis à la plateforme nationale d'orientation

# REFERENCES

1. Code de la Sécurité Sociale
2. Code de la santé publique.
  - Art. 82 et 127 : modification de l'Art. L2212-5 / suppression du délai de réflexion minimal de 7 jours avant l'IVG.
  - Art. L2212 modifié par la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016.
3. Site de l'assurance maladie.  
<http://www.ameli-sante.fr/ivg/quel-est-le-cout-dune-ivg.html?xtmc=ivg&xtcr=1>
4. Extrait des mises à jour en gynécologie médicale, volume 2006, publié le 29/11/2006, CNGOF.
5. Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines, mars 2001, MAJ 2010, service des recommandations et références professionnelles, ANAES, MAJ 2010 HAS.
6. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. Recommandations de bonne pratique. HAS. Décembre 2010.
7. CIRCULAIRE N° DGOS/R3/DGS/MC1/2015/245 du 23 juillet 2015 relative à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) pendant la période d'été et au soutien aux plateformes téléphoniques régionales d'information relatives à l'IVG et à la contraception.
8. DECRET n° 2015-1865 du 30 décembre 2015 relatif aux bénéficiaires et aux prestations de la protection universelle maladie et à la cotisation forfaitaire prévue à l'article L. 381-8 du code de la sécurité sociale.
9. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
10. Article L2212 du Code de Santé Publique modifié par la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016.
11. ARRETE du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse.
12. Cahier des charges pour la réalisation des interruptions volontaires de grossesse par méthode instrumentale dans les centres de santé. Mars 2016.
13. DECRET n°2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination.
14. ARRETE du 8 août 2016 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 modifié fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes.
15. L'interruption volontaire de grossesse. Recommandations pour la pratique clinique. CNGOF. Décembre 2016