Interruption Volontaire de Grossesse

Loi, HAS, CNGOF, AMM…
Qui dit quoi? Qui fait quoi?

Dr Nathalie Trignol-Viguier, Centre d’orthogénie , janvier 2017

College de Gynecologie CVL

La loi en vigueur: loi n° 2016-41

du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé:

Chapitre II articles L-2212 1 à 11

- Article L2212-1 La femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut demander à un médecin ou à une sage-femme l'interruption de sa grossesse. Cette interruption **ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse.**
- Toute personne a le droit d'être informée sur les méthodes abortives et d'en choisir une librement.
- Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables.
- Article L2212-2 L'interruption volontaire d'une grossesse **ne peut être pratiquée que par un médecin ou, pour les seuls cas où elle est réalisée par voie médicamenteuse, par une sage-femme.**
- Elle ne peut avoir lieu **que dans un établissement de santé, public ou privé, ou dans le cadre d'une convention conclue entre le praticien ou la sage-femme ou un centre de planification ou d'éducation familiale ou un centre de santé et un tel établissement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.**
- Article L2212-3 Le médecin ou la sage-femme sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse **doit, dès la première visite, informer celle-ci des méthodes médicales et chirurgicales d'interruption de grossesse et des risques et des effets secondaires potentiels.**
- Le médecin ou la sage-femme **doit lui remettre un dossier-guide**, mis à jour au moins une fois par an,
- Article L2212-4 Il est **systématiquement proposé, avant et après l'interruption volontaire de grossesse, à la femme majeure une consultation avec une personne ayant satisfait à une formation qualifiante en conseil conjugal ou toute autre personne qualifiée dans un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé.** Cette consultation préalable comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance ou des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés.
- Pour la **femme mineure non émancipée, cette consultation préalable est obligatoire et l'organisme concerné doit lui délivrer une attestation de consultation. Si elle exprime le désir de garder le secret à l'égard des titulaires de l'autorité parentale ou de son représentant légal, elle doit être conseillée sur le choix de la personne majeure mentionnée à l'article L. 2212-7 susceptible de l'accompagner dans sa démarche.**
- Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre.
- Article L2212-5 Si la femme renouvelle, après les consultations prévues aux articles L. 2212-3 et L. 2212-4, sa demande d'interruption de grossesse, le médecin ou la sage-femme doit lui demander **une confirmation écrite. Cette confirmation ne peut intervenir qu'après l'expiration d'un délai de deux jours suivant l'entretien prévu à l'article L. 2212-4.**
- Article En cas de confirmation, le médecin ou la sage-femme peuvent pratiquer personnellement l'interruption de grossesse dans les conditions fixées au second alinéa de l'article L. 2212-2. S'ils ne pratiquent pas eux-mêmes l'intervention, ils restituent à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au médecin ou à la sage-femme choisis par elle et lui délivrent un certificat attestant qu'ils se sont conformés aux articles L. 2212-3 et L. 2212-5.

Collège de Gynécologie CVL

La loi en vigueur: loi n° 2016-41

du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Chapitre II articles L-2212 1 à 11

- Article L2212-7 Si la femme est mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est recueilli. Ce **consentement est joint à la demande qu'elle présente au médecin ou à la sage-femme en dehors de la présence de toute autre personne.**
- **Si la femme mineure non émancipée désire garder le secret, le médecin ou la sage-femme doit s'efforcer, dans l'intérêt de celle-ci, d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, le représentant légal soient consultés ou doit vérifier que cette démarche a été faite lors de l'entretien mentionné à l'article L. 2212-4.**
- Si la mineure ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée, présentée dans les conditions prévues au premier alinéa. Dans ce cas, la mineure se fait accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix.
- **Après l'intervention, une deuxième consultation, ayant notamment pour but une nouvelle information sur la contraception, est obligatoirement proposée aux mineures.**
- Article L2212-8 Un médecin ou une sage-femme n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens ou de sages-femmes susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2.
- Aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.
- Un établissement de santé privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux.
- Toutefois ce refus ne peut être opposé par un établissement mentionné au 2° de l'article L. 6161-5 ou par un établissement ayant conclu un contrat de concession en application de l'article L. 6161-9 dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires que si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux.
- Les catégories d'établissements publics qui sont tenus de disposer des moyens permettant la pratique des interruptions volontaires de la grossesse sont fixées par décret.
- Article Tout établissement dans lequel est pratiquée une interruption de grossesse doit assurer, après l'intervention, l'information de la femme en matière de régulation des naissances.
- Article L2212-10 Toute interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration établie par le médecin ou la sage-femme et adressée par l'établissement où elle est pratiquée au médecin de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général de l'agence ; cette déclaration ne fait aucune mention de l'identité de la femme.
- Article L2212-11 Les conditions d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Collège de Gynécologie CVL

HAS: mars 2001modifiées suite aux recommandations de décembre 2010 + bon usage du médicament février 2015

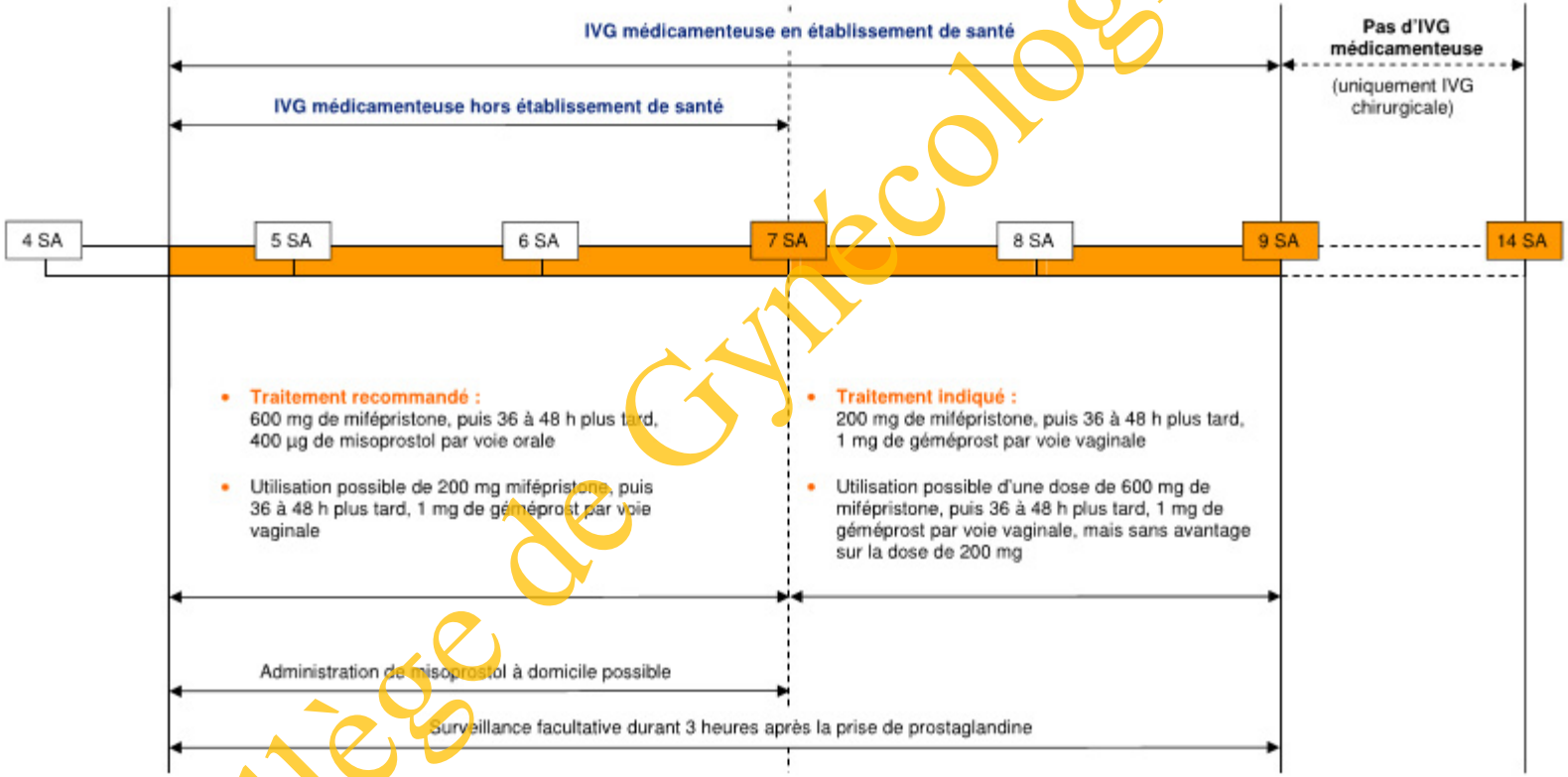
- Age gestationnel: : précisé par l'interrogatoire, l'examen clinique; le recours à une échographie doit être possible sur place lors de la consultation.
- Cs pré-IVG: occasion de proposer, selon le contexte clinique, un dépistage des IST dont l'infection par le VIH et des FCV de dépistage.
- Contraception ultérieure à aborder, prescrire dès la première cs. Tenter de comprendre les raisons de l'échec ou de l'absence de contraception.
- Groupe RH + RAI pour toutes les patientes
- Dans tous les cas où cela est possible, les femmes doivent pouvoir choisir la technique, médicale ou chirurgicale, ainsi que le mode d'anesthésie, locale ou générale.
- IVG chirurgicale: aspiration possible jusqu'à 14 SA. préparation cervicale:
  - Mifépristone: mifégyne ® 200 mg per os 36 à 48 h avant l'aspiration
  - Ou Misoprostol (Gymiso® 400 µg par voie orale ou vaginale 3 à 4 heures avant l'aspiration)
- Technique médicale: 4 SA ½ à 7 SA possible à domicile, jusqu'à 9 SA en hospitalisation, pas d'IVG médicamenteuse au-delà de 9 SA.
- Jusqu'à 7 SA: IVG med ou chir au choix
  - Moins de risque d'échec en chir qu'en med même si risque d'échec plus important avant 7 SA qu 'après
- De 7 à 9 SA: 2 techniques au choix de la femme
  - Si chir et nullipare: préparation cervicale recommandée
- De 9 à 12 SA: la technique de choix est l'aspiration avec préparation cervicale
- De 12 à 14 SA: technique chir avec préparation cervicale + pinces + opérateur spécifiquement formé.

Collège de Gynécologie CVL

- Prise en charge de la douleur:
  - AL: lidocaine intracervicale au niveau de la région isthmique (orifice du col) diminue significativement le score de la douleur par rapport au bloc para cervical
  - Benzodiazépines: inefficaces sur la douleur, Ibuprofène efficace sur la douleur
  - Facteurs de risque de survenue d'une douleur intense: jeune âge, peur de l'acte, utérus rétroversé, ATCD de dysménorrhée, grossesses les plus précoces et les plus avancées.
    - Justifient dans l'AL des antalgiques en pré op ou une AG. Le choix du type d' anesthésie revient à la patiente
- Prévention des complications infectieuses
  - Pas de recommandation d'un bénéfice à long terme
  - Antibiothérapie en cas d'ATCD connu d'IGH
  - Prélèvements en cas de situation à risque d'IST puis ttt en cas de positivité
- Prévention de l'incompatibilité Rh
  - Chez toutes les femmes RH- par une dose standard d'anti D
- Suites immédiates:
  - Contraception abordée en pré IVG et revue en post IVG
  - Contraception OP possible dès le lendemain DIU possible en fin d'aspi ou en visite de suivi
  - Fiche de conseils +téléphone remis
- Visite de contrôle: Entre J 14 et J 21 post IVG
  - contrôle clinique +/- echo.
  - Vérification du DIU si inséré en per IVG
  - Accompagnement psycho proposé si nécessaire

Collège de Gynécologie CVL

IVG médicamenteuse : schéma de la stratégie thérapeutique et des conditions de prise en charge



IVG : interruption volontaire de grossesse ; SA : semaine d'aménorrhée.

Collège de Gynécologie CVL

AMM

- RCP des différents produits utilisés
  - Mifégyne®:
    - IVG med jusqu'à 9 SA et IMG
    - Dilatateur cervical pré aspiration
    - Inducteur mort fœtale in utéro
  - Mifee®:
    - IVG med jusqu'à 9 SA
    - Pas d'AMM en dilatateur cervical pré aspiration
  - Cytotec®:
    - Pas d'AMM dans l'IVG
    - ne doit pas être prescrit!
  - Misoone® 400µg
    - Jusqu'à 7 SA en med uniquement
  - Gymiso® 200µg
    - jusqu'à 7SA en med
    - Dilatateur 1er T

Collège de Gynécologie CVL

RPC IVG CNGOF 2016

ECHOGRAPHIE

- Encourager l'échographie pelvienne+/- endovaginale si besoin mais son absence ne doit pas être un frein.
- LCC jusqu' à 11SA. BIP entre 11 et 14 SA
- A 14 SA; +/- 5 jours; LCC + BIP
  - LCC max 90 mm
  - BIP max 30 mm
- Pas d'argument pour recommander en routine l'écho au cours et au décours de l'IVG chir.
  - Si endomètre > 8mm: réaspiration

Collège de Gynécologie CVL

IVG médicamenteuse

- 200 mg de mifépristone préférée à 600
- Pas de meilleure association que mifépristone + misoprostol
- Ne pas raccourcir le délai entre mifepristone et misoprostol à moins de 8H
  - Donc possibilité de faire 24 à 48h entre mifépristone et misoprostol
- Faciliter la prise de mifépristone à domicile
- Misoprostol: oral, vaginal, sublingual, buccal ou jugal
  - Jusqu'à 7 SA : au choix
  - > 7 SA: oral non recommandé
- < 7 SA: 400 µg de misoprostol +/- 400µg 3 h après
- Entre 7 et 9 SA: 800 µg +/- 400 µg 3 h après (plutôt – que +)
- Entre 9 et 12 SA: 800 µg + 400 µg toutes les 3 h jusqu'à 5 fois
- Entre 12 et 14 SA: 800 µg vaginal + 400 µg vaginal ou sublingual ou jugal toutes les 3 h jusqu'à 5 fois
- Choix de la méthode appartenant à la femme après info des avantages et inconvénients des méthodes

Collège de Gynécologie CVL

Prise en charge de la douleur

- Par paliers d'antalgiques
- Evaluée par l'EVA
- Phlorglucinol: non recommandé
- Paracétamol insuffisant
- Ibuprofène plus efficace que paracétamol
- Ibuprofène: 400 mg à 600 mg à renouveler jusqu'à 1200 mg. Systématique non supérieur à à la demande

Grossesse de Localisation Indéterminée

- Ne contre indique pas l'IVG méd
- Info du risque de non diagnostic de GEU et des signes d'alerte
- Suivi par HCG recommandé avant et après : baisse d'au moins 50 % à J5 et 80% à J7 = succès

Consultation de suivi

- Non indispensable cliniquement mais doit systématiquement être proposée
- Interrogatoire +ex cliniques sont insuffisants
- Baisse > 80 % des HCG plasmatiques initiales à J15
- Auto test urinaire à domicile combiné à un suivi téléphonique à partir de J 14

Collège de Gynécologie CVL

IVG instrumentale

- Tx de succès élevé y compris avant 7 SA
- Reco CNGOF 2012 sur l'antibioprophylaxie sont toujours en vigueur
- Antibioprophylaxie systématique préférable à ciblée
- Préparation cervicale systématique
- Misoprostol 400 µg 3 h avant par voie vaginale ou 1à 3 h avant par voie sublinguale car plus efficace
- Association mifepristone-misoprostol non évaluée
- Mifépristone 200 mg 24 à 48 h avant en association avec misoprostol est bénéfique entre 12 et 14 SA
- AINS recommandés en routine en pré et post op. Par exemple, 600 mg d'ibuprofène en pré op
- Phlorglucinol non recommandé
- ALP est la plus évaluée, en 1ère intention: injection en 2 ou 4 points à + de 1,5 cm de profondeur +/- 4 pressions de spray de lidocaine 5% avant l'injection
  - 20 cc de ropivacaine 7,5 ou de lidocaine 1% mélangée à 2 CC de bicarbonate de sodium à 8,4 % est plus efficace que lido 1% seule
- Paracétamol ou paracétamol + codéine: pas d'intérêt dans l'antalgie post, donc non systématique
- Consultation post systématiquement proposée

Collège de Gynécologie CVL

Contraception post IVG

- LARC débutées rapidement après l'IVG sont les plus efficaces pour diminuer les répétitions d'IVG
- COP orale et patch: dès le lendemain de l'aspi ou du misoprostol dans l'IVG méd
- COP vaginale: Dans les 5 jours si aspi; dans la semaine suivant la mifépristone dans l'IVG méd
- CµP: le jour même de l'aspi ou des prostaglandines dans l'IVG méd
- Implant: jour de l'aspi ou dès le jour de la mifépristone pour l'IVG méd
- DIU: préférentiellement mis le jour de l'aspi ou dès J 10 pour l'IVG méd après contrôle écho d'absence de GIU

Collège de Gynécologie CVL