



IVG MÉDICAMENTEUSE À DOMICILE

CONTRÔLE DE L'EFFICACITÉ DE LA MÉTHODE

Dr C. Chanteloube
Gynécologie médicale, Hôpital Jacques Monod

SOMMAIRE

- 1. POURQUOI VERIFIER EFFICACITE ?**
- 2. COMMENT ? METHODES POSSIBLES**
- 3. QUID DE LA VISITE DE SUIVI**
- 4. CAT SI CONTRÔLE NON SATISFAISANT**

POURQUOI VERIFIER L'EFFICACITE D'UNE IVG ?

Succès d'une IVG médicamenteuse
=
Absence de recours à une aspiration endo-utérine

Objectifs du contrôle :

- **Ne pas passer à côté d'une grossesse évolutive**
 - 1 % des IVG médicamenteuses (2000 / an en France)
 - Csq psychologiques et risques tératogènes du misoprostol en cas de poursuite de la grossesse
- **Repérer les rétentions nécessitant une aspiration (1,5%)**

MAIS : Ne pas sur-diagnostiquer des rétentions trophoblastiques qui entraîneraient la réalisation d'aspirations endo-utérines inutiles

METHODES POSSIBLES

1. Interrogatoire seul +/- examen clinique : Insuffisant

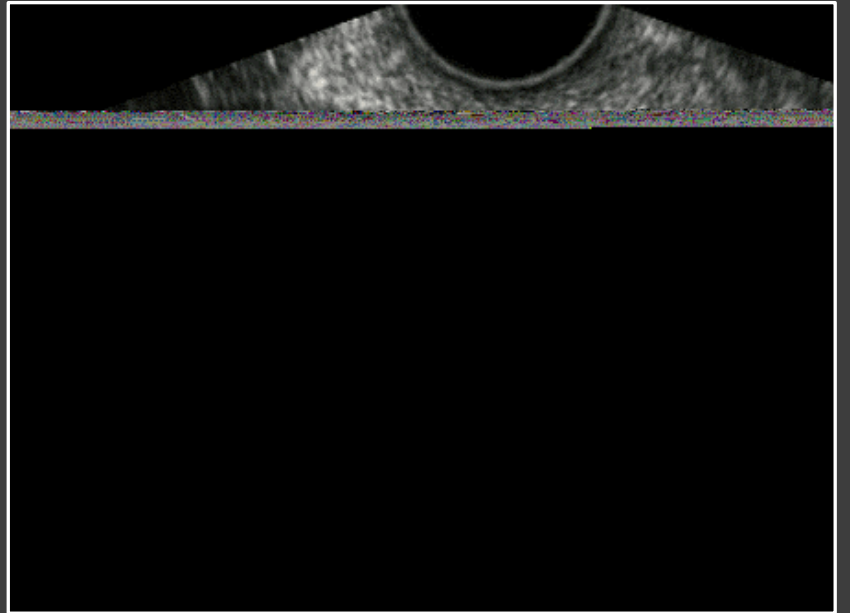
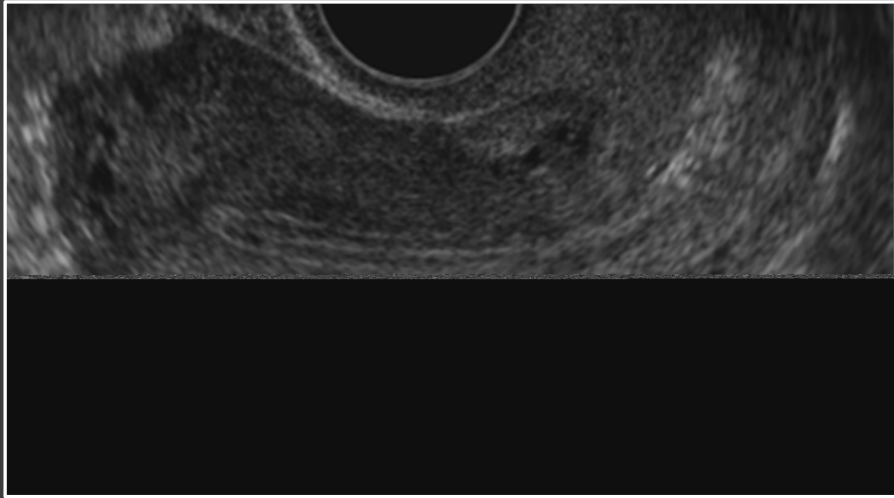
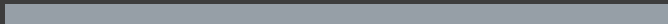
METHODES POSSIBLES

1. Interrogatoire seul +/- examen clinique : Insuffisant (CNGOF)

2. Echographie endo-vaginale

- Pour mesure de l'épaisseur endométriale
 - Endomètre souvent épais, inhomogène, d'interprétation difficile
 - Tous les seuils étudiés dans la littérature : VPP 25% ou moins
 - Non recommandé en pratique
- Seul indication : Vérifier l'absence de sac gestationnel ++
 - Mais couteux et pas tjr disponible
- Avant pose d'un DIU après IVG médicamenteuse ?
 - Pas nécessaire si association interrogatoire et dosage HCG ok





METHODES POSSIBLES

3. Mesure du taux sérique d'hCG

■ Recommandations du CNGOF :

- **Taux d'hCG < 20% de la valeur initiale à J14 = succès**
- 98,5% de fiabilité dans la littérature
- Mais nécessite la réalisation d'un prélèvement sanguin le jour de la prise des comprimés...

METHODES POSSIBLES

3. Mesure du taux sérique d'hCG

■ Recommandations du CNGOF :

- Taux d'hCG < 20% de la valeur initiale à J14 = succès
- 98,5% de fiabilité dans la littérature
- Mais nécessite la réalisation d'un prélèvement sanguin le jour de la prise des comprimés...

■ Choix d'un seuil cible d'hCG 14 à 21j après l'IVG

- < 1000 ? ---- Basé sur cinétique de décroissance des HCG après IVG.
 - Taux moyen d'hCG : 100 000 UI entre 7 et 9 SA. Si diminution de 99% du taux en 14 jours :
Seuil fixé à 1000 UI/L. (Honkanen et al, Hum Reprod, 2002)
- < 900 UI/L ? ---- VPP et Se 100% (Maela Le Lous, Contr and Reprod Health Care, 2018)
- Réduit les couts et facilite la PEC

Table 2. Performance of different serum hCG thresholds.

Performance	≥1000 IU/l (95% CI)	≥900 IU/l (95% CI)
Sensitivity (%)	85.7 (42.1, 99.6)	100 (65.2, 100.0)
Specificity (%)	83.5 (80.8, 86.0)	81.5 (78.7, 84.2)
Negative predictive value (%)	4.3 (1.6, 9.2)	4.5 (1.8, 9.0)
Positive predictive value (%)	99.9 (99.2, 100.0)	100 (99.5, 100.0)

METHODES POSSIBLES



4. Auto-test urinaire entre J14 et J21

- Alternative possible aux HCG plasmatiques
- Principe : Test urinaire ne détectant que les taux d'HCG > 1000 (semi quantitatif)
- 95 % de concordance entre le résultat du test urinaire et le taux sanguin

(Hassoun et al, Obst Gyn Reprod Biol, 2016)

- Ex : CHECK TOP du laboratoire Nordic Pharma
- Modalités d'utilisation
 - 1 test à remettre gratuitement à la patiente le jour de la délivrance de la mifépristone
 - Réalisation et interprétation simples et parfaitement documentées sur la boîte et sur la notice du test
 - Communication du résultat au professionnel lors de cs de contrôle ou téléconsultation
 - Mise à disposition gratuite en période COVID
- Mais : Quid du prix ? (charge du médecin) et taux de perdues de vue identique sur étude canadienne.

QUID DE LA VISITE DE SUIVI ?

- 1 consultation post IVG incluse dans le forfait IVG
- Permet de s'assurer de l'efficacité de la technique, mais aussi
 - Vécu psychologique
 - Observance contraception
- Mais... 22% de pertues de vue dans la littérature : Nombreux rdv non honorés !
- Plusieurs possibilités
 - RDV physique si la patiente le souhaite
 - Consultation téléphonique ou téléconsultation
 - Uniquement récupérer dosage HCG ou auto-test et rester à disposition des patientes si problème... (Cas au GHH)

Recommandations CNGOF 2016 :
« Si la consultation de suivi n'est pas cliniquement indispensable, il est cependant important de s'assurer de l'efficacité du traitement »

CONDUITE A TENIR SI CONTRÔLE NON SATISFAISANT

- Consultations spéciales « **Problèmes post IVG** » au centre de planification familiale de Monod, une fois par semaine. (Eviter d'adresser les patientes aux urgences gynécologiques)

RDV médical + échographie + prise en charge dans le même temps

- Si grossesse évolutive
 - Et que la patiente maintient son souhait d'IVG : programmation rapide d'une aspiration.
 - Et que la patiente souhaite garder la grossesse : Risques tératogènes du cytotec expliqués (cf le CRAT) et suivi échographique de grossesse organisé.

CONDUITE A TENIR SI CONTRÔLE NON SATISFAISANT

- Consultations spéciales « **Problèmes post IVG** » au centre de planification familiale de Monod, une fois par semaine. (Eviter d'adresser les patientes aux urgences gynécologiques)

RDV médical + échographie + prise en charge dans le même temps

- Si grossesse évolutive
 - Et que la patiente maintient son souhait d'IVG : programmation rapide d'une aspiration.
 - Et que la patiente souhaite garder la grossesse : Risques tératogènes du cytotec expliqués (cf le CRAT) et suivi échographique de grossesse organisé.
- Si Rétention trophoblastique : CAT idem FCS incomplète
 - Rétention du sac ovulaire entier : Programmation d'une aspiration ou nouvelle tentative de misoprostol
 - Rétention de trophoblaste
 - Bien tolérée : contrôle échographique après les prochaines règles (Déclenchées par estroprogestatifs 21 jours)
 - Mal tolérée (MTR ou douleurs) ou rétention persistante après les règles : Programmation d'une aspiration ou d'une résection hystéroscopique



IVG MÉDICAMENTEUSE À DOMICILE

COMPLICATIONS

Dr C. Chanteloube

Gynécologie médicale, Hôpital Jacques Monod

SOMMAIRE

- 1. HEMORRAGIE**
- 2. ECHEC**
- 3. DOULEUR**
- 4. INFECTION**
- 5. TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX et
TROUBLES DE LA THERMORÉGULATION**

HEMORRAGIE

Calendrier de survenue de saignements lors d'une IVG

- Dans 20% des cas : saignements dès la prise de mifégyne
- 5% expulsion de la grossesse avant la prise de misoprostol
- Après la prise de misoprostol : Dans 50% des cas : expulsions au cours des 4 premières heures

Jackson et al, Contraception, 2012

Durée moyenne des saignements : 10 à 13 jours

- Parfois plus long : prévenir la patiente ++
- Parfois : saignement léger persistant jusqu'aux règles suivantes.

Abondance normale ?

- Saignement abondant max 2 à 4 heures
- Perte de caillots et vision de l'œuf possible.
- Quantification difficile :
 - Anormal si : « > 2 serviettes pleines tous les heures pendant plus de 2 heures »
 - Signes devant faire consulter aux UGO : Signes d'hypovolémie : malaise, lipothymie, tachycardie...

HEMORRAGIE

- **Hémorragie sur rétention trophoblastique**

- Physiopathologie : Rétention du sac gestationnel empêche la rétraction normale de l'utérus et l'arrêt spontané des saignements.
- Hémorragies nécessitant aspiration endo-utérine en urgence 1,4%
- Hémorragie nécessitant transfusion : 0,001 à 0,1%

Conduite à tenir : ASPIRATION en URGENCE

- **Grossesse gemellaire** : Pas d'augmentation du risque hémorragique : PEC IDEM
- **Rupture utérine sur utérus cicatriciel** : Pas d'augmentation de risque retrouvée
- **Atcd de troubles de coagulation ou de prise de ttt anticoagulant** : CI IVG médicamenteuse en ville

ECHEC D'IVG MÉDICAMENTEUSE

■ Causes d'Échec d'IVG

- Grossesse évolutive (<1%) --- 0,15% si < 6SA
- Rétention trophoblastique à distance : 1,5%

*Maela Le Lous, Contraception and reproductive health care (2019)
Datter et al, Contraception, 2015*

■ FDR d'échec de la technique :

- Multiparité : RR x 3,8
 - Meilleure contractilité utérine chez la nullipare
- Atcd d'IVG
 - Médicamenteuse : RR non significatif
 - Chirurgicale (aspiration) : RR x 2,4
 - 1 IVG chir : RR x 2,5
 - 2 IVG chir : RR 3,5
- NB : Atcd de césarienne ou de FCS : RR non significatif (*Reeves et al, Contraception 2016*)

ECHEC D'IVG MÉDICAMENTEUSE

Conduite à tenir : Programmation semi urgente

- d'une aspiration endo-utérine
- ou d'une résection sous hystérocopie (Si > 1 mois)

AU TOTAL : < 4% D'ASPIRATION SUITE IVG MÉDICAMENTEUSE

DOULEURS

- ANTALGIQUES PALIER 1 :
 - SPASFON : non (Effet antalgique idem placebo)
 - PARACETAMOL seul : non (Effet antalgique idem placebo)
 - AINS :
 - Oui, et en 1^{ère} intention (IBUPROFENE)
 - A prendre en même temps que le Misoprostol
 - Pas d'interférence avec effet du misoprostol

- ANTALGIQUES PALIER 2 :
 - Paracetamol + codeine
 - Oui, Aussi efficace que AINS

- ANTALGIQUES PALIER 3 :
 - Non nécessaire avant 7 SA

DOULEURS

En pratique : Associer sur ordonnance

- Un AINS (à prendre en même temps que le misoprostol)
- Un antalgique de pallier 2 (A prendre si nécessaire)

Médicaments	Paracétamol	Ibuprofène	Tramadol	Opioïde : paracétamol codéiné
Posologies	1 g × 4 par jour maximum	400 à 600 mg, à renouveler si besoin Ne pas dépasser 6 comprimés par jour (1200 mg)	100 mg × 4 par jour maximum	1 cp (400 mg/30 mg) ou 2 cp en une prise Posologie maximale est de 4000 mg/120 mg par 24 heures
Contre-indications	Insuffisance hépatocellulaire sévère, hypersensibilité au Doliprane® ou à l'un des excipients	Hypersensibilité à l'ibuprofène ou à l'un des excipients ; antécédents d'hémorragie ou de perforation digestive ; hémorragie en évolution ; ulcère gastrique ; insuffisance hépatique sévère ; insuffisance rénale sévère ; insuffisance cardiaque sévère ; lupus érythémateux disséminé	Insuffisance respiratoire sévère ; insuffisance hépatocellulaire sévère	Insuffisance respiratoire ; asthme ; hypersensibilité à la codéine
Temps d'absorption	30–60 minutes	90 minutes	120 minutes	60 minutes pour la codéine

INFECTION ?

Risque infectieux : 0,01 à 0,1%

- Cas rapportés de chocs toxiques mortels par infection à Clostridium sordellii après IVG médicamenteuse
 - Lien avec utilisation du misoprostol par voie vaginale ?? : Evoqué mais non retenu (*Shannon et al, Contraception 2004*)
 - AMM du misoprostol : voie orale uniquement
 - MAIS meilleure biodisponibilité par voie buccale (sous la joue), sublinguale (sous la langue) ou vaginale (*K. Bettahar et al, Journal de Gyn Obs et Biol de la Rep (2016)*)
- Infections génitales hautes ?
 - Plusieurs études recommandent dépistage systématique Chlamydiae + gonocoque (autoprélevement au laboratoire possible)
 - Cngof : Uniquement dépistage ciblée chez les patientes avec FDR
 - Absence de preuve suffisante : Pas d'ATB recommandée systématique

TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX ET THERMORÉGULATION

Troubles gastro-intestinaux :

- Nausées, vomissements et diarrhées : Liés à l'action du misoprostol sur les fibres intestinales
 - Dans l'heure qui suit la prise du misoprostol
 - Courte durée : 1 à 2 heures
 - Moins d'effets digestifs avec forme vaginale ?
 - Rajouter prophylaxie anti-émétique sur ordonnance de la patiente

Troubles de la thermorégulation

- Fièvre et frissons : Liés à la prostaglandine
 - Courte durée (1 à 3 heures)
 - Toute température supérieure à 38°C > 12h après la prise de misoprostol doit être explorée afin de vérifier l'absence d'infection
- Céphalées, malaises : Liés à expulsion ou aux traitements ?
 - Temporaires et spontanément résolutifs

- Références :

- Recommandations « Pratique de l'IVG », CNGOF décembre 2016
- Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse, K. Bettahar et al, Journal de Gyn Obs et Biol de la Rep (2016) 45, 1490-1514
- Serum hCG threshold to assess medical abortion success, Maela Le Lous, Contraception and reproductive health care (2019) 1362-5187