



Circuit de Prise en charge des complications des IVG médicamenteuses en ville

Le contrôle de l'efficacité est absolument obligatoire du fait d'un taux d'échec de 5 %

Le taux de succès dépend du moment du contrôle, de la technique de contrôle et de l'expérience des praticiens en particulier en matière d'interprétation des images échographiques post-IVG médicamenteuse

Contrôle biologique en 1ère intention par dosage d'hCG entre J14 et J21. Certaines équipes utilisent la décroissance d'hCG (80 à 99 % à J15), d'autres les valeurs seuil:

J7 : 2 000 UI/l ; J14 : 1 000 UI/l et J21 : 500 UI/l

La persistance de métrorragies et de douleurs pelviennes justifie toujours des examens complémentaires à la recherche d'un échec

Contrôle échographique en 2e intention: sur point d'appel clinique ou mauvaise décroissance HCG

→ **L'étude de l'épaisseur de l'endomètre n'a plus sa place dans l'évaluation de l'indication d'une reprise chirurgicale.**

→ Si une échographie est effectuée dans les suites de l'IVG médicamenteuse, **son seul but devrait être de déterminer si le sac gestationnel est présent.**

→ La prise en charge des rétentions ovulaires ou de grossesses arrêtées non expulsées sera alors la même que dans les circuits de prise en charge des fausses couches du 1er trimestre.

Complications possibles :

A- Les **complications hémorragiques** (0,2%, attention aux grossesses molaires ou GEU méconnues ou associées) avec risque de déglobulisation, d'hypovolémie

B- Les **rétentions ovulaires ou de grossesses arrêtées** non expulsées

C- Les **Rétentions de Produits de Conception (RPC)**: saignements persistants après un délai de 6 à 8 semaines couplés à une mauvaise décroissance HCG et aux données de l'échographie. (*Le diagnostic différentiel des RPC est celui de malformation artérioveineuse*).

D- Cas particulier de la **grossesse évolutive** (1,1%)

E- Complications infectieuses (risque de 0,3% à 0,9%): **IGH du post abortum**

- ❖ Les facteurs de risque sont: **IST** et/ou **vaginose** bactérienne avant IVG
- ❖ cas rarissimes de décès par choc infectieux lié à un *Clostridium Sordelii* ou *Perfringens* non spécifiques à l'IVG

CAT correspondantes :

A- Les patientes doivent être adressées aux urgences gynécologiques 24/24h avec la fiche de liaison du réseau ville / hôpital. (recours aux urg 0,3 à 0,8%)

B- Les patientes doivent bénéficier en semi-urgence d'un avis chirurgical. **La prise de RDV doit être faite par le praticien conventionné en ville.** (L'attitude expectative n'est pas recommandée)

C- Si l'état clinique est satisfaisant : **attitude expectative et contrôle après la survenue des règles.** Le traitement par misoprostol n'améliore pas le taux d'évacuation utérine complète.

→ Après 6-8 semaines si persistance de la RPC: avis chirurgical pour programmer une hystérocopie ou une aspiration instrumentale (1%)

D- Les patientes doivent être programmées **par le praticien conventionné en ville sous 8 jours dans le service d'orthogénie pour une IVG chirurgicale**

E- PV + PCR CT/ gono + NFS, CRP +/- hémoc puis traitement probabiliste: doxycycline 100x2J + métronidazole 500mg x2/j pdt 10j (+/- Ceftriaxone)