



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



IVG

Interruption volontaire de grossesse instrumentale



Surgical methods of abortion

T. Linet

Service de gynécologie obstétrique, centre hospitalier Loire Vendée Océan, boulevard Guérin, 85300 Challans, France

Disponible sur Internet le 31 octobre 2016

MOTS CLÉS

Recommandations ;
IVG instrumentale ;
Aspiration évacuatrice/méthode ;
Aspiration évacuatrice/effets indésirables ;
IVG/instrumentation ;
Analgésie ;
Anesthésie locale ;
Antibioprophylaxie/méthodes ;
Misoprostol ;
Mifépristone ;
Douleur/prévention ;
Sécurité du patient

Résumé

But. – Donner un état des lieux des preuves scientifiques concernant l'interruption volontaire de grossesse (IVG) instrumentale en axant la réflexion sur la limitation des risques et l'aspect pratique.

Matériel et méthodes. – Une revue systématique de la littérature en langue française et anglaise, concernant la prise en charge des femmes en demande d'une IVG instrumentale, a été réalisée sur *PubMed*, *Cochrane Library* et sur les recommandations des sociétés savantes internationales.

Résultats. – L'IVG instrumentale a un taux de succès élevé, quel que soit l'âge gestationnel, y compris avant 7 SA (NP2). Le choix de la méthode instrumentale ou médicamenteuse devrait être laissé aux femmes (grade B). Une antibioprophylaxie systématique doit être préférée à une antibioprophylaxie ciblée (grade A). Chez la femme de moins de 25 ans, la doxycycline est privilégiée (grade C) du fait de la prévalence élevée de *Chlamydiae trachomatis*. La préparation cervicale systématique est recommandée en vue de diminuer les complications liées au geste (accord professionnel). Le misoprostol en est un agent de première intention (grade A). Lorsque le misoprostol est utilisé avant une aspiration évacuatrice, une dose de misoprostol à 400 µg est recommandée. Il sera donné au choix de la patiente : (i) par voie vaginale 3 heures avant le geste (grade A) du fait de son bon rapport efficacité/tolérance ; (ii) par voie sublinguale 1 à 3 heures avant le geste (grade A) du fait d'une efficacité supérieure (NP1). La femme sera prévenue d'effets indésirables gastro-intestinaux plus fréquents que la voie vaginale (grade B). L'adjonction de 200 mg de mifépristone 24 à 48 heures avant le geste est intéressante pour les grossesses comprises entre 12 et 14 SA (NP2). L'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens est recommandée en routine pour limiter les douleurs opératoires et postopératoires (grade B).

Adresse e-mail : teddy.linet@protonmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.09.026>
0368-2315/© 2016 Publié par Elsevier Masson SAS.

L'application vaginale d'un antiseptique préalablement à la procédure d'IVG instrumentale ne peut pas être recommandée en systématique (grade B). Le type d'anesthésie (générale ou locale) doit être laissé au choix de la patiente après explication du rapport bénéfice-risque (grade B). Une anesthésie locale paracervicale est recommandée avant la réalisation d'une IVG instrumentale sous anesthésie locale (grade A). L'aspiration électrique ou manuelle sont des méthodes très efficaces, à faible risque et acceptables par les femmes (grade A). Avant 9 SA, la technique manuelle aurait un intérêt subjectif sur le vécu des femmes (grade B). La méthode par aspiration électrique est à privilégier après 9 SA (accord professionnel). Dans une grossesse de localisation indéterminée, une baisse de l'HCG d'au moins 50 % à j5 et 80 % à j7 permet de raisonnablement conclure au succès de la procédure (NP3). Le paracétamol ou l'association paracétamol et codéine n'a pas démontré d'intérêt dans l'antalgie après une IVG instrumentale. Elle n'est donc pas recommandée (grade B).

© 2016 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS

Practice guidelines, abortion, induced; Abortion, induced/instrumentation; Abortion, induced/methods; Anesthetics, local/administration and dosage; Antibiotic prophylaxis/methods; Mifepristone; Misoprostol; Pain/prevention and control; Patient safety; Vacuum curettage/adverse effects; Vacuum curettage/methods

Summary

Objective. — A state of the art of surgical method of abortion focusing on safety and practical aspects.

Material and methods. — A systematic review of French-speaking or English-speaking evidence-based literature about surgical methods of abortion was performed using *Pubmed*, *Cochrane* and international recommendations.

Results. — Surgical abortion is efficient and safe regardless of gestational age, even before 7 weeks gestation (EL2). A systematic prophylactic antibiotics should be preferred to a targeted antibiotic prophylaxis (grade A). In women under 25 years, doxycycline is preferred (grade C) due to the high prevalence of *Chlamydia trachomatis*. Systematic cervical preparation is recommended for reducing the incidence of complications from vacuum aspiration (grade A). Misoprostol is a first-line agent (grade A). When misoprostol is used before a vacuum aspiration, a dose of 400 mcg is recommended. The choice of vaginal route or sublingual administration should be left to the woman: (i) the vaginal route 3 hours before the procedure has a good efficiency/safety ratio (grade A); (ii) the sublingual administration 1 to 3 hours before the procedure has a higher efficiency (EL1). The patient should be warned of more common gastrointestinal side effects. The addition of mifepristone 200 mg 24 to 48 hours before the procedure is interesting for pregnancies between 12 and 14 weeks gestations (EL2). The systematic use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs is recommended for limiting the operative and postoperative pain (grade B). Routine vaginal application of an antiseptic prior to the procedure cannot be recommended (grade B). The type of anesthesia (general or local) should be left up to the woman after explanation of the benefit-risk ratio (grade B). Paracervical local anesthesia (PLA) is recommended before performing a vacuum aspiration under local anesthesia (grade A). The electric or manual vacuum methods are very effective, safe and acceptable to women (grade A). Before 9 weeks gestation, the manual vacuum aspiration could have a subjective interest (grade B). The electric vacuum aspiration is recommended after 9 weeks gestation (best practice agreement). For a pregnancy of unknown location, the success of the procedure can reasonably be determined if hCG drops more than 50 % on day 5 and 80 % on day 7 (NP3). After a surgical abortion, paracetamol or addition of paracetamol and codeine is not recommended (grade B).

© 2016 Published by Elsevier Masson SAS.

Introduction

La méthode instrumentale et particulièrement la méthode par aspiration était historiquement la méthode recommandée dans l'interruption volontaire de grossesse (IVG) [1]. La découverte et la mise à disposition de la mifépristone dans les années 1980 ont permis de proposer une méthode médicamenteuse fiable. Celle-ci n'a cependant pas supplanté la

méthode instrumentale, mais est plutôt venue comme une alternative dans la prise en charge.

Selon l'OMS, depuis les 20 dernières années, de nombreux progrès ont permis de rendre la méthode instrumentale de plus en plus en plus fiable. En 2008, les pays d'Europe de l'Ouest dont fait partie la France sont parmi ceux ayant le moins de risques de mortalité et de complications [2]. Les publications récentes permettent pourtant d'améliorer

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8723334>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8723334>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)