



1^{ère} journée du Club Femmes et Hémostasie

Hemogyn

Evaluation du risque thromboembolique et hémorragique chez une femme en demande d'IVG

Pr AGOSTINI Aubert
Dr PERLIER Julie
Dr MESSIEN Capucine

Dr GOUY Giulia
Dr RUGERI Lucia

ENS – LYON 26 Novembre 2025



Rappel historique – l'IVG



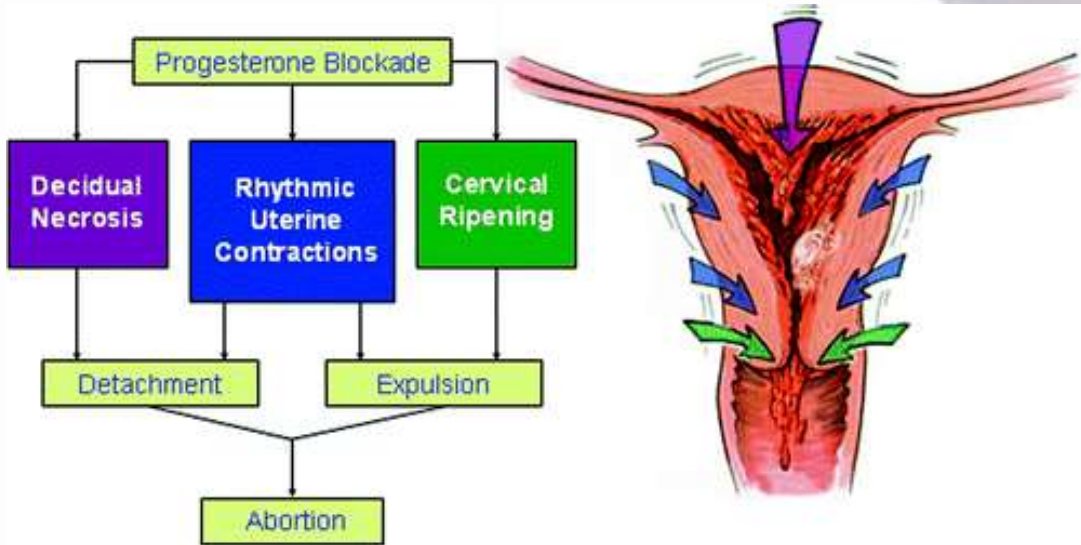
- 17 janvier 1975 : Promulgation de la loi autorisant l'interruption volontaire de grossesse (IVG) dite "loi Veil", adoptée pour une période de 5 ans
- 4 octobre 2000 : Allongement du délai légal de **10 à 12 semaines** de grossesse et assouplissement des conditions d'accès aux contraceptifs et à l'IVG pour les mineures
- 4 août 2014 : **Suppression de la notion de détresse** des conditions de recours à l'IVG et extension du délit d'entrave à l'IVG à l'accès à l'information sur l'IVG
- 26 janvier 2016 : Suppression du délai minimal de réflexion d'une semaine. Elle permet également aux sages-femmes de pratiquer des IVG médicamenteuses et aux centres de santé de pratiquer des IVG instrumentales
- 3 mars 2022 : **Allongement du délai légal de 12 à 14 semaines** de grossesse.
- 8 mars 2024 : Le droit à l'IVG est inscrit dans la **Constitution française**

Les différentes méthodes



- L'IVG médicamenteuse :
 - Possible en France jusqu'à 9 SA
 - 2 molécules: **MIFEPRISTONE** et **MISOPROSTOL**
- L'IVG instrumentale :
 - Possible à n'importe quel terme et jusqu'à **16 SA**
 - Molécules identiques

Mécanisme d'action de la MIFÉPRISTONE



- La progestérone durant la grossesse :
 - Inhibe la contractilité au niveau du myomètre
 - Inhibe la sécrétion des prostaglandines au niveau de l'endomètre
 - Maintient le col fermé
- La MIFÉPRISTONE est un anti progestérone et bloque les récepteurs :
 - Provoque le **décollement** de l'œuf
 - Augmente la **contractilité du myomètre** par effet propre et par augmentation de la synthèse des prostaglandines dans l'endomètre
 - **Ramollit** le col utérin

Mécanismes d'action du MISOPROSTOL



Les prostaglandines ont une puissante action sur la contraction utérine (et intestinale)

La MIFÉPRISTONE potentialise l'action de faibles doses de prostaglandines sur la contractilité du myomètre

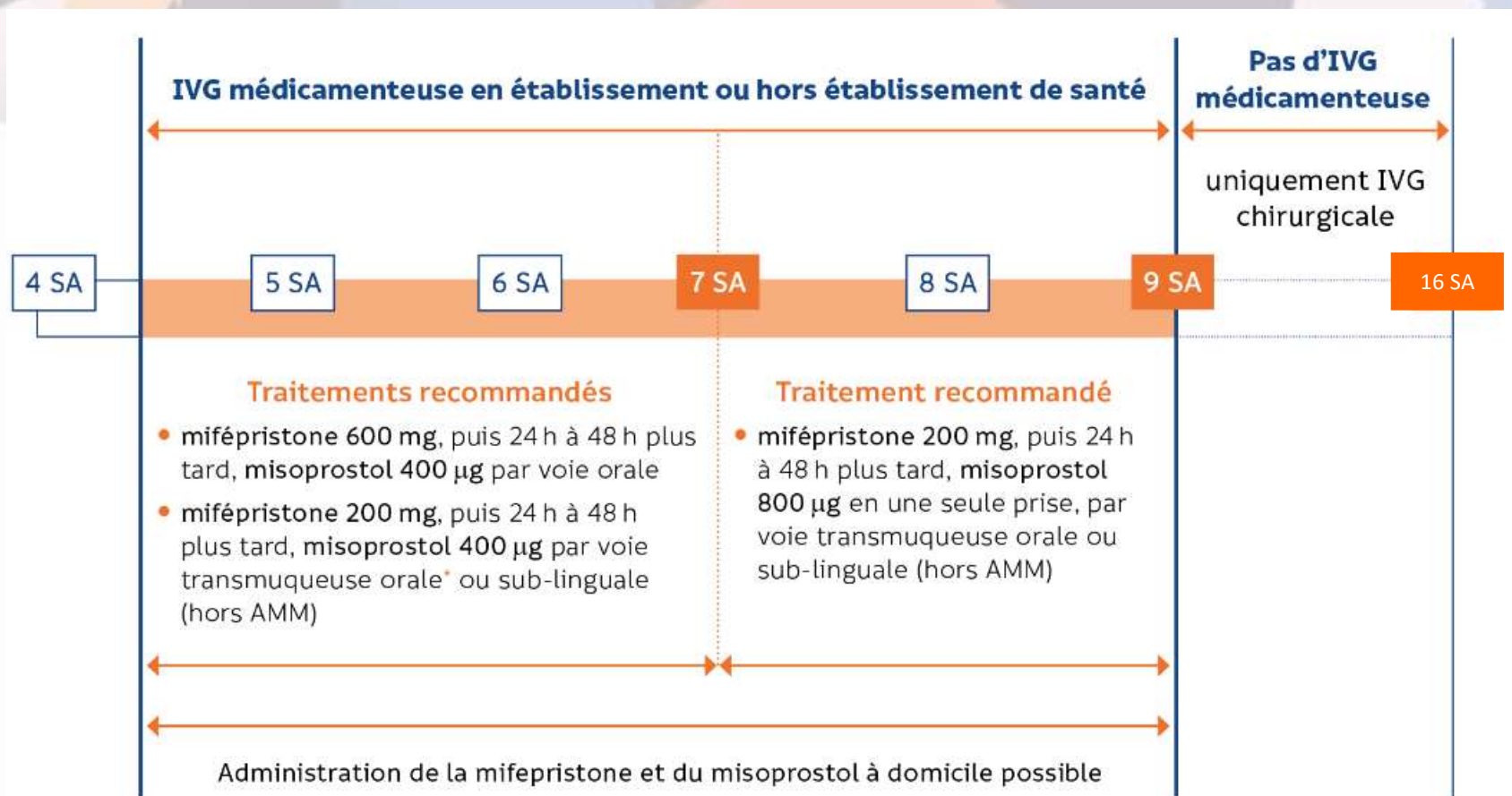
Protocole médicamenteux

- Recommandations HAS 2021 et CNGOF 2016 :
 - Avant 7 SA:
 - une prise de **600 mg de MIFÉPRISTONE** par voie orale suivie, 24 à 48 h plus tard, de **400 µg de MISOPROSTOL** par voie orale ;
 - une prise de **200 mg de MIFÉPRISTONE** par voie orale suivie, 24 à 48 h plus tard, de **400 µg de MISOPROSTOL** par voie transmuqueuse orale ou sublinguale (hors AMM).
 - Entre 7 et 9 SA:
 - une prise de **200 mg de MIFÉPRISTONE** par voie orale suivie, 24 à 48 h plus tard, de **800 µg de MISOPROSTOL** en une seule prise, par voie transmuqueuse orale ou sublinguale (hors AMM).

Protocole instrumental

- IVG chirurgicale sous ALR ou AG (au choix de la patiente)
- Préparation cervicale :
 - MIFÉPRISTONE 48 h avant
 - MISOPROSTOL 1 à 3 h avant voie jugale
- Dilatation à la bougie
- Aspiration douce
- Vérification échographique de la vacuité utérine obligatoire pour > 12 SA et recommandée pour les autres
- Antalgiques par AINS et PARACETAMOL
- RHOPHYLAC® si besoin (recommandé au-delà de 12 SA)

Synthèse



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

* voie transmuqueuse orale : les comprimés sont mis en place entre la joue et la gencive et les femmes doivent avaler les fragments résiduels au bout de 30 minutes.

Le risque hémorragique dans l'IVG

- **L'hémorragie sévère après IVG rare (<1 %)**, risque augmente si trouble de l'hémostase ou traitement anticoagulant/antiagrégant.
- L'IVG instrumentale (aspiration) préférée chez les patientes à risque, pour un contrôle hémostatique.
- Si risque hémorragique identifié, **prise en charge multidisciplinaire** recommandée (gynécologie, hématologie, anesthésie, EFS).
- Bilan d'hémostase et plan préopératoire individualisé indispensables.

Identification du risque hémorragique à l'interrogatoire

Questionnaire HEMSTOP

Questionnaire HEMSTOP de dépistage du risque hémorragique lié au patient

Les items suivants peuvent évoquer la possibilité d'un trouble de l'hémostase	NON *	OUI*	situation jamais rencontrée*
1. Avez-vous déjà consulté un médecin ou reçu un traitement pour un saignement prolongé ou inhabituel par exemple un saignement de nez ou une petite coupure ?			
2. Avez-vous tendance à faire des bleus de plus de 2 cm ou des hématomes importants, sans choc ou traumatisme ou bien après un choc ou un traumatisme sans importance ?			
3. Avez-vous reconsulté votre dentiste pour saignement après une extraction dentaire ?			
4. Avez-vous saigné de manière anormale après une intervention chirurgicale par exemple opération pour les végétations ou les amygdales ou après une circoncision ?			
5. Y a-t-il des membres de votre famille proche suivis pour une maladie de la coagulation qui est responsable de saignements importants par exemple maladie de Willebrand, hémophilie ?			
6. POUR LES FEMMES : a) Avez-vous consulté un médecin ou reçu un traitement pour des règles trop abondantes par exemple contraception orale (« pilule ») traitement par fer, médicament pour coaguler le sang comme l'Exacyl... ?			
b) Avez-vous saigné de façon anormale après un accouchement ?			
Score établi sur le nombre de <u>OUI</u> obtenus sur ces <u>6</u> questions			

• HEMSTOP :

- **H**ematoma
- **h**Emorrhage
- **M**enorrhagia
- **S**urgery
- **T**ooth extraction
- **O**bstetrics
- **P**arents

Interrogatoire identifiant un risque

- En cas de > 2 réponses au questionnaire (ou si non contributif) :
 - NFP
 - TP - TCA - Fibrinogène
 - FVIII : C
 - Antigène Willebrand (VWF Ag) - Activité du facteur Willebrand (VWF Act)
 - CRP
 - Ferritinémie
 - Groupe phénotypé ABO si non connu

Les cas particuliers: Patiente sous anticoagulants ou antiagrégants

Situation clinique	Risque hémorragique	Conduite recommandée
AVK	INR dans la cible ↑ si INR > cible	Pas de suspension Ajuster le traitement pour obtenir INR dans la cible
AOD	↑ modéré	Arrêt 24–48 h avant selon molécule
HBPM	↑ modéré	Dernière dose 12–24 h avant,
AAP <300 mg/j	Risque faible	Pas de suspension si prévention cardio
Aspirine + autre antiagrégant/anticoagulant	↑ fort	Acte en milieu hospitalier, coordination cardio-hémato.

Les cas particuliers: hémophilie connue

Déficit	Risque hémorragique	Seuil hémostatique
Maladie de Willebrand	↑ (saignements fréquents)	FVIII : et VWF :Act >50%
Conduction hémophilie A/B	↑ si taux < 40 %	40%
Déficit fibrinogène	Très ↑	1,5 G/l
Déficit FXIII	Très ↑	20%
Déficit FXI	↑ variable	15-30%
Déficit FVII	↑ variable	20%
Thrombopathie	Très ↑	

- Contacter le **médecin référent** pour éventuel bilan et connaître les modalités possibles de réalisation de l'IVG (contre-indication à certaines méthodes, hospitalisation nécessaire, précautions particulières, etc.)

Risque thromboembolique dans l'IVG

- **IVG : risque absolu faible de thrombose veineuse au 1^{er} trimestre.**
- L'incidence des évènements thromboemboliques est de :
 - **10% au cours du 1^{er} trimestre,**
 - **10% au 2^{ème} trimestre,**
 - **40% au 3^{ème} trimestre.**
- L'incidence du risque thromboembolique (RTE) en post-partum est 5 fois supérieure à celle des femmes non enceintes :
 - 80% d'embolies pulmonaires,
 - 20% de thromboses veineuses périphériques.

*SFAR prevention de la maladie thromboembolique veineuse peri-operatoire
HAS Interruption Volontaire de Grossesse par methode medicamenteuse mise a jour
CNGOF Mises à jour sur les thrombophilies et grossesse.*

Philipson J, Thunström E, Svanvik T, Norrsell H, Hellgren M, Westerlund E, Glise Sandblad K. Incidence and time trends of pregnancy-related first-time venous thromboembolism: a 33-year Swedish birth registry study. J Thromb Haemost. 2025 Aug;23(8):2473-2482

Risque thromboembolique dans l'IVG

- Le RTE **plus élevé à partir de 28 SA, pas d'augmentation significative du RTE** chez les femmes en demande **d'IVG en France**.
- Le RTE après une IVG est lié à:
 - **Etat pro thrombotique de la grossesse**
 - **Facteurs de risque individuels** de la patiente,
 - Non directement aux médicaments utilisés ou à la méthode.
- **Pas de prophylaxie systématique**, approche individualisée sur l'évaluation du risque.



Évaluation du risque thromboembolique

- **Facteurs de risque à rechercher :**

- Antécédents personnels et familiaux (1^{er} degré) de **TVP** ou **EP**
- **Thrombophilie connue**
- **Chirurgie récente ou immobilisation prolongée**
- **Néoplasie**
- **IMC \geq 30**
- **Tabagisme**
- **Âge > 35 ans**

Appendix I: Obstetric thromboprophylaxis risk assessment and management

Antenatal assessment and management (to be assessed at booking and repeated if admitted)

Any previous VTE except a single event related to major surgery

HIGH RISK
Requires antenatal prophylaxis with LMWH
Refer to trust-nominated thrombosis in pregnancy expert/team

Hospital admission
Single previous VTE related to major surgery
High-risk thrombophilia + no VTE
Medical comorbidities e.g. cancer, heart failure, active SLE, IBD or inflammatory polyarthropathy, nephrotic syndrome, type I DM with nephropathy, sickle cell disease, current IVDU
Any surgical procedure e.g. appendicectomy
OHSS (first trimester only)

INTERMEDIATE RISK
Consider antenatal prophylaxis with LMWH

Obesity (BMI > 30 kg/m²)
Age > 35
Parity ≥ 3
Smoker
Gross varicose veins
Current pre-eclampsia
Immobility, e.g. paraplegia, PGP
Family history of unprovoked or estrogen-provoked VTE in first-degree relative
Low-risk thrombophilia
Multiple pregnancy
IVF/ART

Four or more risk factors: prophylaxis from first trimester
Three risk factors: prophylaxis from 28 weeks

Fewer than three risk factors

LOWER RISK
Mobilisation and avoidance of dehydration

Transient risk factors:
Dehydration/hyperemesis; current systemic infection; long-distance travel

APL = antiphospholipid antibodies (lupus anticoagulant, anticardiolipin antibodies, β₂-glycoprotein 1 antibodies); ART = assisted reproductive technology; BMI based on booking weight; DM = diabetes mellitus; FHx = family history; gross varicose veins = symptomatic, above knee or associated with phlebitis/oedema/skin changes; high-risk thrombophilia = antithrombin deficiency, protein C or S deficiency, compound or homozygous for low-risk thrombophilias; IBD = inflammatory bowel disease; immobility = ≥ 3 days; IVDU = intravenous drug user; IVF = in vitro fertilisation; LMWH = low-molecular-weight heparin; long-distance travel = > 4 hours; low-risk thrombophilia = heterozygous for factor V Leiden or prothrombin G20210A mutations; OHSS = ovarian hyperstimulation syndrome; PGP = pelvic girdle pain with reduced mobility; PPH = postpartum haemorrhage; thrombophilia = inherited or acquired; VTE = venous thromboembolism.

Postnatal assessment and management (to be assessed on delivery suite)

Any previous VTE
Anyone requiring antenatal LMWH
High-risk thrombophilia
Low-risk thrombophilia + FHx

HIGH RISK
At least 6 weeks' postnatal prophylactic LMWH

Caesarean section in labour
BMI ≥ 40 kg/m²
Readmission or prolonged admission (≥ 3 days) in the puerperium
Any surgical procedure in the puerperium except immediate repair of the perineum
Medical comorbidities e.g. cancer, heart failure, active SLE, IBD or inflammatory polyarthropathy; nephrotic syndrome, type I DM with nephropathy, sickle cell disease, current IVDU

INTERMEDIATE RISK
At least 10 days' postnatal prophylactic LMWH
NB If persisting or > 3 risk factors consider extending thromboprophylaxis with LMWH

Age > 35 years
Obesity (BMI ≥ 30 kg/m²)
Parity ≥ 3
Smoker
Elective caesarean section
Family history of VTE
Low-risk thrombophilia
Gross varicose veins
Current systemic infection
Immobility, e.g. paraplegia, PGP, long-distance travel
Current pre-eclampsia
Multiple pregnancy
Preterm delivery in this pregnancy (< 37th weeks)
Stillbirth in this pregnancy
Mid-cavity rotational or operative delivery
Prolonged labour (> 24 hours)
PPH > 1 litre or blood transfusion

Two or more risk factors

Fewer than two risk factors

LOWER RISK
Early mobilisation and avoidance of dehydration

Antenatal and postnatal prophylactic dose of LMWH

Weight < 50 kg = 20 mg enoxaparin/2500 units dalteparin/3500 units tinzaparin daily
Weight 50–90 kg = 40 mg enoxaparin/5000 units dalteparin/4500 units tinzaparin daily
Weight 91–130 kg = 60 mg enoxaparin/7500 units dalteparin/7000 units tinzaparin daily
Weight 131–170 kg = 80 mg enoxaparin/10000 units dalteparin/9000 units tinzaparin daily
Weight > 170 kg = 0.6 mg/kg/day enoxaparin/ 75 u/kg/day dalteparin/ 75 u/kg/day tinzaparin

Evaluation du risque TE

- Patientes à haut risque :
 - **Antécédent personnel** de TVP/EP ou une **thrombophilie connue**.
 - Approche multidisciplinaire recommandée.
 - Une thromboprophylaxie par HBPM doit être envisagée.
 - SFAR : **durée minimale de 7 jours**.
 - Mobilisation précoce et port de bas de contention veineuse de niveau 2.

Evaluation du risque TE

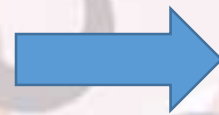
- Patientes avec facteurs de risque modérés ou multiples selon la classification RCOG :
 - Patientes **sans antécédent majeur** de MTE mais avec des facteurs de risque.
 - Si **score est ≥ 4 : prophylaxie systématique identique de 7 jours** par HBPM.
 - Hydratation, la mobilisation, et l'information sur les signes d'alerte.

Evaluation du risque TE

- Patientes sans facteur de risque identifié :
 - **Aucun facteur de risque (score ≤ 3), aucune prophylaxie n'est recommandée**, quelle que soit la méthode.
 - Information écrite sur signes d'alerte de TV (douleur ou œdème, essoufflement soudain, douleur thoracique).
 - Mobilisation et hydratation.

Cas clinique : FDR hémorragique

- Patiente de 42 ans, G3P3
 - 3 AVB, notion d'hémorragie de la délivrance lors de son 2^e accouchement
 - Pas de contraception sauf préservatifs
 - Supplémentation martiale + EXACYL à la demande car ménorragies
 - Pas d'ATCD médical ni chirurgical
- ⇒ Demande d'IVG (oubli préservatif avec mari) , souhait médicamenteuse si possible
- ⇒ Echo de datation : GIU, embryon unique, AC +, estimée à 7 SA + 2J +/- 5 jours



Que faites-vous?

Cas clinique : FDR hémorragique

- **HEMSTOP** côté à 2
- Donc pas d'indication à bilan complet
- MAIS au vu des ATCD de la patiente : NFS / FERRITINE
⇒ Hb 8 g/dl / ferritine effondrée



Que décidez-vous?

Questionnaire HEMSTOP de dépistage du risque hémorragique lié au patient

Les items suivants peuvent évoquer la possibilité d'un trouble de l'hémostase	NON *	OUI*	situation jamais rencontrée*
1. Avez-vous déjà consulté un médecin ou reçu un traitement pour un saignement prolongé ou inhabituel par exemple un saignement de nez ou une petite coupure ?	✗		
2. Avez-vous tendance à faire des bleus de plus de 2 cm ou des hématomes importants, sans choc ou traumatisme ou bien après un choc ou un traumatisme sans importance ?	✗		
3. Avez-vous reconsulté votre dentiste pour saignement après une extraction dentaire ?	✗		
4. Avez-vous saigné de manière anormale après une intervention chirurgicale par exemple opération pour les végétations ou les amygdales ou après une circoncision ?	✗		
5. Y a-t-il des membres de votre famille proche suivis pour une maladie de la coagulation qui est responsable de saignements importants par exemple maladie de Willebrand, hémophilie ?	✗		
6. POUR LES FEMMES : a) Avez-vous consulté un médecin ou reçu un traitement pour des règles trop abondantes par exemple contraception orale (« pilule ») traitement par fer, médicament pour coaguler le sang comme l'Exacyl...?		✗	
b) Avez-vous saigné de façon anormale après un accouchement ?		✗	
Score établi sur le nombre de OUI obtenus sur ces 6 questions			

Cas clinique : FDR hémorragique

- CI relative à la méthode médicamenteuse (hb < 10 g/dl)
- Donc décision concertée avec la patiente d'une IVG instrumentale
- Pose d'un MIRENA au BO
- Bilan préopératoire normal
- Réalisation de l'IVG à 8 SA + 2 J, information de l'anesthésiste (préparation d'Exacyl si nécessaire)
- Quantification des saignements : 50 cc, pas d'Exacyl nécessaire.
- Réalisation d'un Ferinject pendant le séjour

Cas clinique : FDR hémorragique

- Tb hémostases
- ATCD Placenta accreta
- ATCD hémorragie de la délivrance
- Ménorragies
- Fibromes
- Obésité
- Grossesses multiples
- Multipare
- > ou = 2 césariennes
- > ou = 35 ans
- > 10 SA
- Iatrogénie (anti-coagulants)

Points de vigilance !

Cas clinique : patiente sous AVK

Sirine T, 26 ans vient consulter avec son compagnon pour une demande d'IVG en septembre 2025 :

- Elle est en couple depuis 3 ans, ils utilisent une contraception locale.
- Elle n'a jamais eu de suivi gynécologique.
- Elle a subi **3 interventions chirurgicales cardiaques** pendant l'enfance, elle ne connaît pas le nom de sa pathologie et est **actuellement sous AVK**.
- Son suivi cardiologique n'est pas à jour mais est programmé pour le mois prochain.
- Elle a des ménorragies de 5 à 7 jours et présente une dysménorrhée mal soulagée par le PARACETAMOL.
- Ses antécédents contre-indiquent les AINS et les oestroprogestatifs.
- Elle fume occasionnellement

Cas clinique : patiente sous AVK

- Elle présente actuellement une **anémie ferriprive** causée par ses ménorragies mais ne souhaite plus prendre de contraception orale micro progestative car elle l'a mal tolérée entre 16 et 19 ans (prise de poids + troubles de l'humeur)
- A la fin de l'interrogatoire, elle vous informe qu'elle a un ATCD d'IVG chirurgicale réalisée sous AG en 2023 à l'Hôpital de la Croix Rouse



Que faites-vous?

Cas clinique : patiente sous AVK

Vous cherchez avec son accord dans son dossier médical des informations concernant sa pathologie cardiaque et :

1. Vous prenez l'avis de l'anesthésiste
2. Vous prenez l'avis du service d'hémostase
3. Vous allez voir la conduite à tenir préconisée en 2023
4. Vous connaissez les recommandations concernant la conduite en cas d'IVG pour une femme sous AVK



Nous sommes allées consulter la prise en charge préconisée en 2023 (c'était avant Hemogyn)

Cas clinique : patiente sous AVK

- Dans son dossier médical il est indiqué que Sirine souffre d'une cardiopathie congénitale avec atrésie pulmonaire à septum intact et hypoplasie du VD.
- L'anesthésiste en 2023 avait préconisé un **arrêt du PRÉVISCAN® 5 jours** avant l'intervention (reprise le soir) et un relais par HBPM.
- A l'échographie, elle est enceinte de 8 SA + 5 jours et on identifie un fibrome FIGO 3 de 37 mm grand axe, corporel antérieur
- La patiente désire la même prise en charge qu'en 2023 : **une IVG chirurgicale sous AG** et une contraception locale.
- On la programme dans les suites opératoires en HDJ règles hémorragiques à la Croix Rousse et un premier frottis cervicovaginal.

Cas clinique : patiente sous AVK

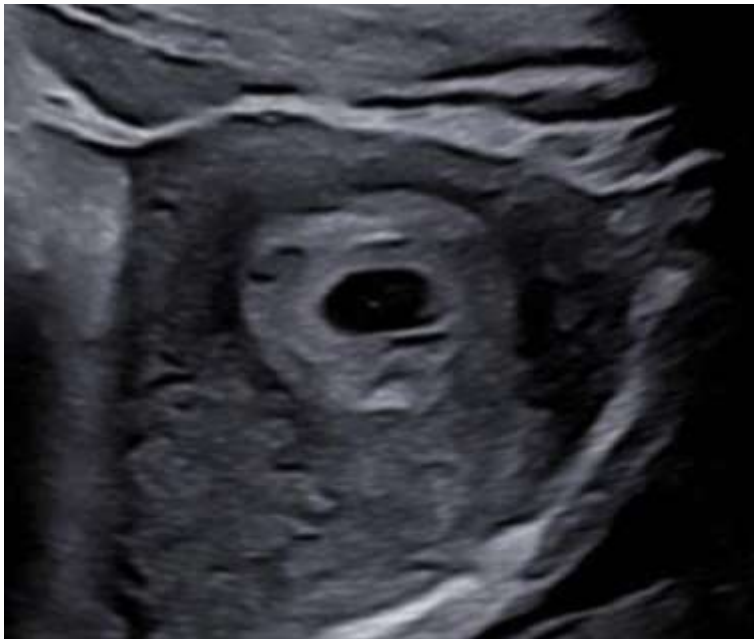
Les suites :

- Nombreux RDV manqués, intervention décalée de 2 semaines et finalement réalisée à 11 SA.
- Difficultés de dilatation lors de l'intervention (non respect délai de prise de la MIFEPRISTONE?) **complicquée d'une rétention trophoblastique** constatée lors de la visite de contrôle
- Patiente reprogrammée pour une **nouvelle intervention** 3 semaines après la première avec à chaque fois **5 jours d'arrêt des AVK en amont, relais HBPM** et hospitalisation prolongée de 24h pour **surveillance de l'INR**.

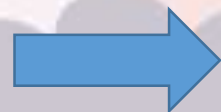
Cas clinique : patiente sous ASPIRINE

- Mme M, 36 ans consulte pour demande IVG en 08/2025. Vient seule, mais serait en couple, soutenant, pas de notion de violence.
- Elle ne prend pas de contraception car pensait être stérile. Elle ne décrit pas de dysménorrhée ni de ménorragie
- ATCD med : pas asthme ni migraine, pas de MTEV. TSA sans traitement.
- ATCD chir : **CIA opérée en 2022, sous aspirine 75** depuis. Suivi cardiologique à jour.
- ATCD gyn : GOP0, non vaccinée contre HPV
- ATCD familiaux : ne sais pas, adoptée.

Cas clinique : patiente sous ASPIRINE



- DDR le 21/06/2025, hCG du 29/07/2025 à 11 656 UI
- Echographie faite lors de la consultation par voie sus pubienne : SG de 15 mm avec VV sans embryon visualisé, correspondant à un terme à **6 SA + 4 jours**.
- Elle souhaite une **IVG chirurgicale** devant le risque de ménorragies sous ASPIRINE.



Que faites-vous?

Cas clinique : patiente sous ASPIRINE

- Avis anesthésiste : **pas d'indication à l'arrêt de l'ASPIRINE avant le geste.**
- Intervention réalisée le 11/08/2025 à 7 SA + 3 jours.
- CRO : dilatation à la bougie jusqu'à 9, aspiration canule rigide de 9. Pose de DIU au cuivre. Contrôle échographique post opératoire immédiat : vacuité utérine et DIU en place, ailettes déployées. **Saignements estimés à 50 mL.**
- Consultation de contrôle prévue 1 mois après. **Saignements décroissants pendant 12 jours**, pas de douleurs. A repris les rapports et pas de plainte particulière.
- Echographie sus pubienne : **vacuité utérine** et DIU en place, ailettes déployées.

Cas clinique: maladie de Von Willebrand

- Mme V, 28 ans, consulte le 04/09/2024 pour une demande d'IVG.
- Elle a pour antécédent particulier une maladie de Von Willebrand acquise et une thrombocytémie essentielle.
- Elle vous rapporte que la grossesse était initialement désirée mais qu'elle vient d'apprendre les infidélités de son mari.
- Elle décrit des règles de 5 jours, de moyenne abondance, pas de change nocturne
- Elle prenait DESOGESTREL qu'elle tolérait bien, arrêté pour désir de grossesse en mai.

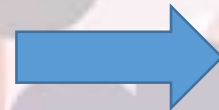
Cas clinique: maladie de Von Willebrand



- L'échographie réalisée en consultation retrouve:
 - SG avec embryon et AC+
 - LCC 26 mm
 - Datation de la grossesse à 9 SA + 2 jours
- Pas de contre indication à la préparation cervicale pré opératoire à la MIFEPRISTONE et au MISOPROSTOL

Cas clinique: maladie de Von Willebrand

- Elle est G4P1 :
 - 1 AVB en 2023 avec HPPI de 1,5 L,
 - 1 IVG médicamenteuse en 2021 mais ayant beaucoup saigné sans nécessité de geste complémentaire
 - 2 IVG chirurgicales en 2022



Que faites-vous?

Cas clinique: maladie de Von Willebrand

- Nouveau bilan biologique :
 - 26/05/2023 : hb 11.9, plaquettes 575, **FVIII 80%**, FWRCo 41%, AgFW 66%
 - 12/08/2024 : hb 12.1, plaquettes 487, TP 85%, Rtca 1.2, fibri 4.36, **FVIII 101%**, **FWRCo 54%**, AgFW 93%
- Nous avons repris l'avis demandé lors des IVG antérieures :
 - Préconisation de surveillance une nuit post-abortum pour surveillance des saignements si besoin,
 - Si saignements normaux, RAD dans l'après-midi
 - En cas de saignements inhabituels WILFACTIN[®] à la dose de 60 U/Kg soit 3000 UI à répéter 12 H après

Cas clinique: maladie de Von Willebrand

- Consultation anesthésie :
 - Pas de diathèse hémorragique clinique ni lors des accouchements donc pas de traitement préventif
- L'intervention est programmée à 10 SA + 2 jours
- Elle se déroule sans incident, les saignements estimés à 50 cc.
- Pas d'incident ni d'hémorragie post opératoire