

Bienvenue à cette formation sur l'aspiration manuelle pour les pertes de grossesse précoces

Règles élémentaires

Introduction

Pourquoi êtes-vous ici ?

1

Démontrer que vous avez acquis les connaissances dans le domaine des pertes de grossesse précoces

2

Faire preuve de compétences en matière de conseils aux patientes, axés sur le soutien des patientes pour une prise de décision et un consentement éclairé

3

Démontrer ses compétences pour réaliser les aspirations manuelles et prodiguer des soins essentiels avant et après l'intervention

Sommaire

- Contexte de perte de grossesse précoce
- Aspiration manuelle
 - Caractéristiques principales
 - Prise en charge avant l'intervention
 - Aspiration manuelle - Comment la réaliser
 - Prise en charge après l'intervention
- Gamme de produits d'aspiration manuelle Ipas
 - Présentation marketing
 - Montage et démontage
- Montage

1

Cette formation ne couvre pas les autres formes de prise en charge de fausses couches, à savoir la prise en charge non interventionniste ou l'approche « attendre pour voir », ou encore la prise en charge médicamenteuse. Un professionnel compétent doit être capable de conseiller à ce sujet et fournir des traitements s'ils sont autorisés à le faire.

2

Cette formation ne donne pas d'informations sur le traitement des instruments

3

Les médicaments et les interventions liés à la sédation consciente, à l'anesthésie générale et aux détails de la prise en charge des complications après un avortement vont au-delà des attributions de cette formation.

Évaluation basée sur les compétences

○ Méthode objective visant à évaluer si le niveau de référence de connaissances et de compétences a été atteint après la formation

○ Résultats

- Réussite : Prodiguer les soins en autonomie sans supervision directe
- Réussite mais Nécessite une supervision directe avant de pouvoir pratiquer de façon autonome
- Incapable de prodiguer des soins de façon indépendante
- Opportunité de planifier les étapes suivantes avec votre formateur

○ Qu'est-ce que la supervision d'appui ?

- Processus consistant à aider les équipes à améliorer leurs propres performances professionnelles en continu*
- Identifier qui est concerné dans votre clinique avant la formation

*Training for mid-level managers (MLM). Module 4: supportive supervision, WHO 2020

Pertes de grossesse précoces (EPL)

Pertes de grossesse précoces : Caractéristiques principales

- On estime à **23 millions le nombre de fausses couches** chaque année dans le monde
- **44 pertes de grossesse** par minute
- On estime que jusqu'à **10 à 20 %** de toutes les grossesses se terminent en fausse couche spontanée, mais ce nombre pourrait être bien plus élevé, nombre de grossesses se terminant avant même d'être confirmées.
- Environ **10 %** des femmes ont eu une fausse couche, environ **2%** en ont eu deux et **0,7%** en ont eu trois

Les facteurs de risque sont :

- L'âge de la mère (moins de 20 ans ou plus de 35)
- Indice de masse corporelle très élevé ou très bas
- Origine ethnique noire
- Tabac, alcool et stress
- Les fausses couches récurrentes sont également un marqueur de risque de complications obstétriques
- Comme les indicateurs de santé, les coûts économiques peuvent être élevés



La majorité des fausses couches n'est pas de la responsabilité de la mère et ne peut être empêchée



La plupart sont des événements uniques et les femmes finissent par avoir des grossesses qui se terminent bien



Un traitement ou des examens ne sont pas nécessaires en routine

Fausse couche : Définitions



Définie comme une perte de grossesse avant la viabilité jusqu'à 20 semaines



Le terme fausse couche est utilisé pour définir une grossesse qui se termine spontanément



Elle peut également être décrite comme un avortement spontané mais la terminologie est controversée



L'avortement provoqué est l'interruption d'une grossesse en cours à l'aide de médicaments ou par aspiration utérine



Fausse couche incomplète et avortement incomplet (soins après avortement)



Il s'agit de la même chose, le contenu utérin n'est pas complètement expulsé ou retiré



Prise en charge par l'approche « Attendre pour voir » ou intervention chirurgicale avec aspiration manuelle



Fausse couche : autres définitions



Définie comme une perte de grossesse avant la viabilité jusqu'à 20 semaines



Fausse couche manquée (silencieuse)

- Le bébé est mort ou ne s'est pas développé mais il n'y a pas de perte physique
- Absence de douleur ou de saignement, peut être un grand choc pour la mère



Fausse couche spontanée

- Perte de grossesse non provoquée avant 20 semaines de grossesse
- La femme connaît des douleurs et des saignements



Risque de fausse couche

- Grossesse intra-utérine confirmée avec saignement
- La femme pourra toujours vivre une grossesse qui se termine bien



Fausse couche et perte de grossesse précoce



C'est la même chose. Une perte de grossesse précoce est considérée comme une fausse couche jusqu'à 14 semaines de grossesse



Le diagnostic est le même

- Échographie si possible ou examen clinique
- Échographie pas indispensable, le manque de disponibilité ne doit pas faire obstacle aux soins



Les complications sont les mêmes

- Saignements
- Infection



Conséquences psychologiques pour la mère et le père

- Il y a de plus en plus de risques d'incidents liés aux conséquences des fausses couches sur la santé mentale, l'anxiété et la dépression, des troubles de stress post-traumatique et les suicides, et les professionnels devraient être vigilants et prendre en charge les problèmes au plus tôt sur place ou recommander un spécialiste

Aspiration manuelle

Ce que les professionnels doivent savoir sur l'aspiration manuelle

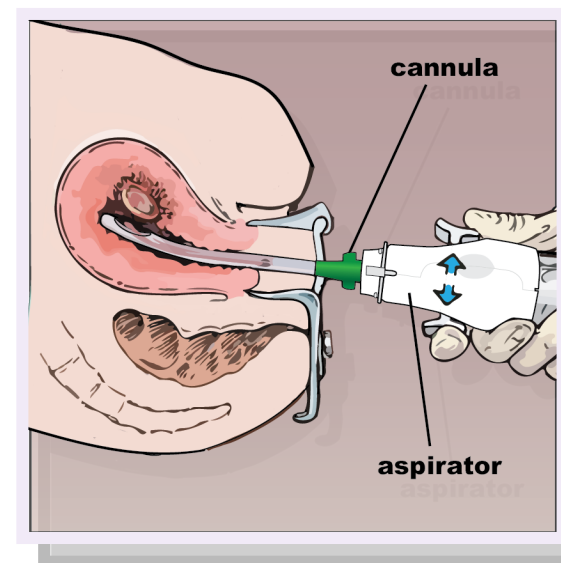
En quoi consiste l'aspiration manuelle ?

L'aspiration manuelle est **une intervention chirurgicale** mineure **qui a recourt à** une aspiration douce pour retirer les restes de l'utérus à l'aide d'un appareil manuel (l'aspirateur). Cette intervention doit être **réalisée par un professionnel de santé formé**. Elle peut être réalisée sous anesthésie locale à l'hôpital ou dans un centre de santé. Elle implique un temps de récupération court et est généralement réalisée en ambulatoire.

C'est une méthode efficace et sécurisée pour **pour les pertes de grossesse précoces jusqu'à 14 semaines** d'aménorrhée.



L'aspiration manuelle peut également être utilisée pour effectuer une biopsie de l'endomètre



Avantages de l'aspiration manuelle

<14 semaines



En général, intervention unique, avec des saignements prévisibles



Approche « Attendre pour voir » non interventionniste et approche médicamenteuse avec mifépristone et misoprostol

- Ces deux prises en charge peuvent nécessiter plusieurs consultations, dépendent de la situation personnelle et de la distance entre la clinique et le domicile.
- Le moment de survenue de la fausse couche est imprévisible mais il survient plus tôt avec une prise en charge médicamenteuse.



Dilatation et curetage (D&C) en tant que méthode d'avortement chirurgical et de « contrôle de la cavité » par curetage à la suite de l'aspiration

- Doit être remplacée par l'aspiration seule.
- La méthode D&C entraîne des douleurs et des souffrances aux femmes et n'est pas recommandée. Son utilisation est incompatible avec de nombreux droits de l'homme notamment le droit à la santé*

*Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022

Rappel :



Le choix final revient à la patiente après une discussion détaillée de chacune des méthodes. Le choix d'une option de traitement acceptable augmente sa satisfaction quant aux soins proposés.

Risques de l'aspiration manuelle <14 semaines

Pour une aspiration manuelle réalisée avant 14 semaines, les risques sont mineurs



Échec de l'intervention
1 femme sur 1000



Évacuation incomplète
35 femmes sur 1000



Infection moins d'une
femme sur 100



Saignement grave nécessitant
une transfusion moins d'une
femme sur 1000



Lésion du col de l'utérus
par la dilatation moins
d'une femme sur 100



Perforation utérine
1-4 femmes sur 1000

- Une infection après l'avortement est hautement improbable et est généralement associée à une infection pré-existante.

Conseils : L'approche fondée sur droits

“ Principes de l’approche fondée sur les droits : les patientes ou les utilisatrices finales doivent non seulement avoir accès à des soins sûrs, efficaces et acceptables mais ces derniers devraient s’efforcer d'augmenter leur accessibilité, l'égalité et leur disponibilité dans un environnement de soins acceptable. ”

Exemples pour favoriser un service fondé sur les droits pour les soins liés aux pertes de grossesse précoces :

- Favoriser l'acceptabilité des services en **offrant un environnement** respectant l’intimité de façon visuelle et sonore, la confidentialité, la dignité et le respect
- **Aider la patiente à prendre en compte les avantages**, les inconvénients et les conséquences des options disponible. Confirmer que toute décision prise par la patiente est éclairée, réfléchie et volontaire
- **Augmenter l'accès** en changeant les heures de rendez-vous ou les visites à la clinique pour répondre aux besoins de la population locale
- S'assurer de la sécurité et de l’efficacité en garantissant que **les connaissances et les compétences des prestataires sont à jour** et que les fournitures médicales sont présentes en nombre et en qualité.

Aspiration manuelle IPAS

Conseils :

Conseils : Liste de contrôle pour l'aspiration manuelle

LISTE DE CONTRÔLE POUR LE CONSEIL EN MATIÈRE D'ASPIRATION MANUELLE POUR LES PERTES DE GROSSESSE PRÉCOCES



● Avantages de l'aspiration manuelle, de la prise en charge médicamenteuse et de la prise en charge non interventionniste

● Risques et complications

● Options de prise en charge de la douleur et méthodes d'anesthésie

● Explication de la procédure d'aspiration manuelle elle-même

● À quoi s'attendre après l'intervention

● Recevoir le consentement oral et écrit

Soulagement de la douleur : non pharmacologique



La dilatation du col de l'utérus est douloureuse

- Discuter du soulagement de la douleur et laisser les options ouvertes. Ce sera le choix de la patiente en fonction des informations cliniques.
- Réduction de la perception de la douleur et de l'anxiété et, quand elle est efficace, il y a une plus grande probabilité que la patiente aura moins besoin d'interventions pharmacologiques
 - Créer un environnement démedicalisé, calme et rassurant dès l'arrivée de la patiente.
 - Techniques de communication ouvertes par toute l'équipe expliquant clairement ce à quoi elle peut s'attendre dans la salle d'attente, dans la salle d'intervention et après.
 - Mettre l'accent sur la patiente et ses besoins, lui donner confiance en vos soins, répondre à toutes ses inquiétudes et besoins.
- Rôle de l'anesthésie verbale ou des techniques de distraction.
- Pendant l'intervention, prévenir les douleurs en utilisant des techniques douces

Soulagement de la douleur : pharmacologique



Discuter des options dans le cadre de l'évaluation clinique



Proposer des AINS 20 minutes avant l'intervention



Bloc paracervical



Éveillée et consciente de l'intervention



Peut rentrer chez elle sans délai en l'absence de complications



Soins anesthésiques surveillés ou sédation profonde ou anesthésie générale



Inconsciente de la procédure intra-opératoire



Nécessite un temps de récupération, la sortie est plus tardive



Nécessite des compétences et un équipement spécialisé

Aspiration manuelle IPAS

Soins avant l'intervention

Évaluation de la patiente



L'évaluation de la patiente consiste à relever ses antécédents médicaux et à réaliser un examen physique

Pour la documentation des antécédents médicaux :



Antécédents obstétricaux notamment le nombre d'accouchements par voie vaginale, de césariennes, de grossesses extra-utérines ou toute autre perte de grossesse



Antécédents gynécologiques toute intervention chirurgicale abdominale ou utérine antérieure, symptômes d'infection des voies génitales

- Il est essentiel d'établir et de traiter toute infection avant d'intervenir sur l'utérus avec des instruments.



Conditions médicales et médicaments y compris les médicaments à base de plante et les allergies.



Si une *échographie* n'est pas possible, noter :

- Âge gestationnel

- Taille et position de l'utérus

Détermination de l'âge gestationnel



Il est essentiel de déterminer l'âge gestationnel lors de cette évaluation clinique afin de s'assurer qu'une aspiration manuelle au premier trimestre sera appropriée et sûre



Déterminer le premier jour des dernières règles pour évaluer l'âge gestationnel.



Par échographie



Par palpation abdominale et examen bimanuel



En cas de suspicion de grossesse extra-utérine, soit avec un diagnostic définitif à l'échographie ou un utérus vide, ou la taille de l'utérus est incompatible avec les dates à l'examen physique, recommander davantage d'évaluation.

Tests et interventions

Prise en charge des pertes de grossesse précoces par aspiration manuelle



Consulter les protocoles locaux pour:



Analyses sanguines de routine avant l'intervention



Administration de prophylaxie rhésus anti-D



Prophylaxie de routine avec des antibiotiques par voie orale

Préparation du col de l'utérus <14 semaines de grossesse

- **Vise à assouplir le col de l'utérus pour faciliter la dilatation et raccourcir la durée de l'intervention**
 - Le misoprostol est le médicament de choix
- **Utile pour les femmes ayant des antécédents de chirurgie ou nullipares mais pas requis en routine pour les interventions chirurgicales du premier trimestre sauf directives locales contraires**
- **Attention, les effets indésirables du misoprostol peuvent dépasser ses bénéfices**
 - Tremblements et fièvre par exemple ainsi que le risque d'hémorragie pendant l'attente de l'aspiration manuelle.

Avant l'entrée de la patiente...



La salle d'intervention doit être conforme aux normes locales, être propre, bien aérée et suffisamment équipée.



Lit pour la position de la lithotomie dorsale



Vérifier que tout l'équipement nécessaire ainsi que les fournitures sont prêts et disposés avant que la patiente entre dans la pièce afin de réduire le risque d'anxiété.

Principaux équipements et les fournitures



Instruments :

- Pince pour tenir les éponges
- Spéculum à deux vanes
- Pince de Pozzi
- Instruments d'aspiration manuelle avec canule
- Gaze
- Haricot pour les tissus
- Galipot pour la solution antiseptique
- Pinces à éponge
- Gants stériles et jetables
- Aiguilles et seringues
- Équipements de protection individuelle : tablier, lunettes de protection
- Serviettes hygiéniques



Élimination des déchets : (restes foetaux)



Élimination des déchets : déchets secs



Élimination des objets pointus



Solution de décontamination



Médicaments :



Lidocaïne 1 % sans adrénaline pour le bloc paracervical



Misoprostol pour la préparation du col de l'utérus



Analgsie orale, médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens



Médicaments de sédation conformément au protocole local (non couvert par cette formation)



Boîte de médicaments d'urgence contenant p. ex. des médicaments pour la prise en charge de l'anaphylaxie
consulter les protocoles et les exigences locaux

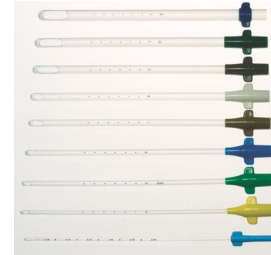
Détermination de la taille appropriée de la canule



La taille de la canule doit être adaptée à l'intervention et à la taille de l'utérus, ainsi qu'au niveau de dilatation du col de l'utérus.



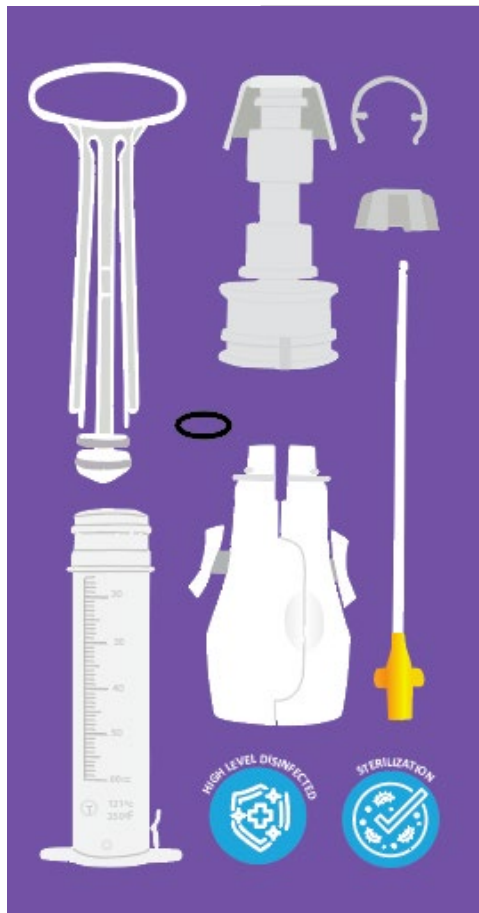
L'utilisation d'une canule trop petite peut entraîner la rétention de tissus ou la perte d'aspiration.



Pour l'évacuation utérine, la plage de taille de la canule suggérée est relative à la taille de l'utérus, comme suit :

TAILLE DE L'UTÉRUS (semaines d'aménorrhée*)	TAILLE DE CANULE SUGGÉRÉE
4 - 6	4 - 7
7 - 9	5 - 10
9 - 12	8 - 12
12 - 14	10 - 14

Préparation des MVA



- Avoir à disposition des canules de la bonne taille et un aspirateur
- Inspecter l'aspirateur. Pour être efficace, un aspirateur doit être capable de maintenir le vide. Éliminer les aspirateurs présentant des fissures visibles ou des défauts, ou ceux qui ne maintiennent pas le vide.
- Vérifier le piston et la vanne. Le piston doit être positionné sur toute la longueur dans le cylindre et la vanne à manchon doit être ouverte, avec le bouton de la vanne sorti.
- Fermer la vanne à manchon en poussant le bouton vers le bas et vers l'avant vers l'embout de l'aspirateur. Quand elle est fermée, la vanne se verrouille en place.



Préparation de l'aspiration manuelle : créer et tester le vide



- Préparer l'aspirateur en saisissant le cylindre et en tirant le piston jusqu'à ce que les bras du piston se déploient vers l'extérieur à l'extrémité du cylindre de l'aspirateur, en maintenant le piston en place. Vérifier le positionnement stable des bras du piston. Les deux bras du piston doivent être entièrement déployés sur les côtés et sécurisés sur le bord du cylindre. Avec les bras dans cette position, le piston ne bouge pas vers l'avant et le vide est maintenu. Un positionnement incorrect des bras peut provoquer leur retour accidentel dans le cylindre, et la réinjection éventuelle du contenu de l'aspirateur ou d'air dans l'utérus. **Ne jamais saisir l'aspirateur par les bras du piston.**
- Vérifier l'étanchéité du vide de l'aspirateur avant utilisation. Laisser l'aspirateur quelques minutes avec le vide créé. Ouvrir la vanne à manchon en relâchant le bouton. L'air va refouler dans l'aspirateur, indiquant qu'il y a eu un vide dans l'aspirateur. S'il n'y a pas eu de refoulement d'air, lubrifier le joint torique avec du silicone et tester de nouveau le vide. Remplacer le joint torique ou utiliser un autre aspirateur si l'aspirateur ne maintient toujours par le vide.
- Répéter les étapes pour rétablir le vide au moment de l'intervention.

Quand remplacer les aspirateurs

Lorsque les aspirateurs Ipas PLUS sont traités en suivant les méthodes recommandées, le nombre d'utilisation est estimé à 25.

Les aspirateurs doivent être jetés et remplacés dans les cas suivants :



Le cylindre se craquelle ou se fissure, ou des dépôts minéraux empêchent le mouvement du piston



Les pièces de la vanne se fissurent, se tordent ou sont cassées



Les boutons sont cassés



Les bras du piston ne se verrouillent pas



L'aspirateur ne maintient plus le vide

Aspiration manuelle IPAS

Procédure

Inviter la patiente dans la salle d'intervention



Préparation de la patiente :
holistique



L'inviter, l'accueillir chaleureusement



Présenter le personnel présent



Couvrir les instruments



Aider la patiente à s'installer et
à se positionner correctement



Respecter sa dignité



Procédure d'aspiration manuelle : examen physique

- Palper l'abdomen et rechercher d'éventuelles cicatrices, masses et vérifier la taille utérine.
- Évaluer la taille et la position de l'utérus par palpation bimanuelle
 - Envisager une échographie si l'âge gestationnel est douteux
 - Évaluer toute sensibilité pelvienne
- Insérer un spéculum à deux vanes
 - Vérifier les voies génitales et le col de l'utérus pour rechercher des signes d'infection comme des pertes vaginales anormales et discuter des traitements si nécessaire.
- Nettoyer le col de l'utérus avec une solution antiseptique deux fois, de l'ouverture jusqu'à son bord

Procédure d'aspiration manuelle : bloc paracervical

- Injecter 1-2 ml d'anesthésique local au niveau du col de l'utérus lorsque les pinces de Pozzi sont placées (soit à 12 h soit 6 h, selon votre préférence ou la présentation du col de l'utérus)
- Stabiliser le col de l'utérus avec les pinces au niveau du site anesthésié
- Exercer une légère traction pour bouger le col de l'utérus et définir la transition de l'épithélium du col de l'utérus lisse vers les tissus vaginaux. Ceci délimite les sites pour des injections supplémentaires.
- Injecter lentement 2 à 5 ml de lidocaïne à une profondeur de 1,5 - 3 cm en 4 points à la jonction cervicale/vaginale à 2 et 10 h et à 4 et 8 h;
- Déplacer l'aiguille pendant l'injection OU aspirer avant d'injecter pour éviter une injection intravasculaire
- La dose maximale de lidocaïne dans un bloc paracervical est de 4,5 mg/kg/dose ou généralement de 200-300 mg (environ 20 ml de 1 % ou 40 ml de 0,5 %)

Procédure d'aspiration manuelle : insertion de la canule



Éviter le risque de lésions utérines, d'infection ou de douleur



Placer les pinces de Pozzi sur le col de l'utérus et appliquer une traction



Introduire un dilateur ayant un diamètre inférieur à l'âge gestationnel estimé.



Tourner le dilateur avec une pression douce peut faciliter son insertion.



Répéter la procédure en utilisant des dilateurs de plus en plus grands jusqu'à atteindre la taille de la canule appropriée à l'âge gestationnel de la patiente.



Insérer la canule doucement pour éviter les douleurs et le risque de traumatisme.



Fixer l'aspirateur préparé, à la canule, stabiliser la canule pour qu'elle ne se déplace pas brusquement à l'intérieur de l'utérus.



Ne pas toucher la canule !!

Procédure d'aspiration manuelle : Aspiration du contenu utérin



Éléments clés :



Appliquer le vide en relâchant les boutons de l'aspirateur

- Sang, tissus et bulles



Tourner la canule à 180 degrés dans chaque sens tout en exerçant un mouvement de va-et-vient lent pour couvrir toute la surface de la cavité utérine



Lorsque la seringue est remplie aux 3/4 de son volume, appuyer sur les boutons et débrancher l'aspirateur de la canule en la laissant en place



Canule bouchée ?

- Appliquer un mouvement d'avant et d'arrière lent dans la cavité utérine mais ne la retirer pas de l'utérus si cela ne fonctionne pas. Retirer la canule ainsi que l'aspirateur tout en appuyant sur les boutons pour retirer les tissus de l'appareil avec les pinces stériles
- Répéter la procédure

Ne jamais tenter de déboucher la canule en renfonçant le piston dans le cylindre

Procédure d'intervention manuelle : terminer l'aspiration utérine



Éléments clés :



Comment déterminer si l'utérus est vide ?

- Mousse rouge ou rose visible sans tissus
- Sensation granuleuse lorsque la canule est dans la cavité utérine
- Le col de l'utérus se contracte autour de la canule



Absence de produits de conception ?

- Envisager un diagnostic de grossesse extra-utérine



Vider le contenu de l'aspirateur dans le contenant dédié en pressant les bras du piston et en poussant complètement le piston.



Éliminer les restes selon les protocoles en vigueur

Aspiration manuelle IPAS

Soins après l'intervention

Soutien et conseil à la patiente :



Éléments clés :



Aider la patiente à se rendre dans la salle de récupération



Avant de la laisser sortir de l'établissement, vérifier que

- Ses signes vitaux sont normaux
- Ses saignements se résorbent
- La douleur est sous contrôle
- L'urine est évacuée



Proposer une analgésie si nécessaire



Indiquer un numéro de téléphone si la patiente doit contacter quelqu'un en cas d'urgence ou si elle a des questions

Soutien et conseil à la patiente :



Éléments clés :



Saignements vaginaux :

- Plus abondants que des règles normales et peuvent durer jusqu'à une semaine
- Éviter les relations sexuelles



Douleur :

- Crampes de type menstruel, devraient s'apaiser en quelques jours
- Retour si la douleur ou les saignements persistent ou s'aggravent ou en cas de fièvre ou de perte vaginal anormale



Prévoir suffisamment de temps pour discuter des besoins émotionnels. Proposer un rendez-vous de suivi.



Indiquer à la patiente qu'elle peut tenter d'avoir un autre enfant dès qu'elle s'y sent prête

Prise en charge des complications de la perte de grossesse



Éléments clés :



Des complications peuvent survenir lorsqu'une femme fait une fausse couche spontanée ailleurs ou pendant la procédure



Les risques sont très faibles avec les grossesses de moins de 14 semaines



La clé est d'être préparé

- Protocoles en place pour prendre en charge les urgences
- Du personnel formé pouvant évaluer, diagnostiquer et traiter.
- Importance des exercices d'urgence
- Accès aux tests essentiels, aux liquides intraveineux, aux antibiotiques, au sang
- Protocole de demande d'aide si un soin de plus haut niveau est nécessaire

La documentation



Contemporaine :



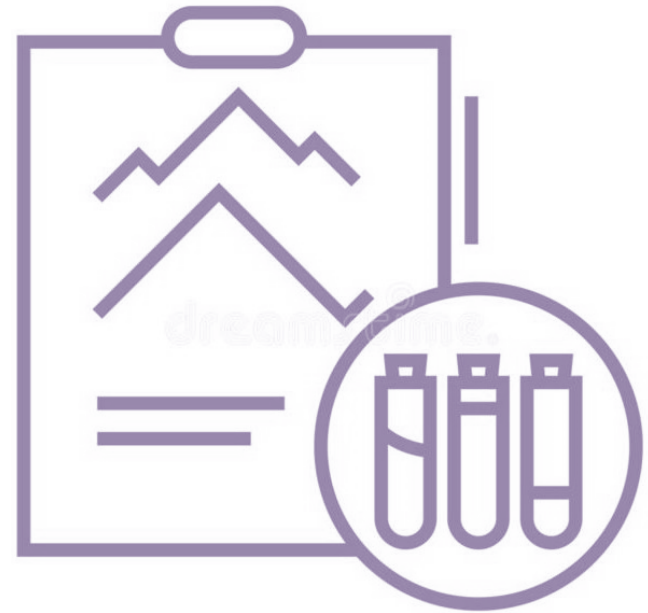
Toutes les décisions et raisons motivant l'intervention doivent également être précisément documentés ainsi que tous les médicaments administrés et les procédures effectuées.



Œuvre en faveur d'un soin sûr et efficace pour la patiente le jour même mais contient des informations essentielles au cas où elle reviendrait pour des complications.



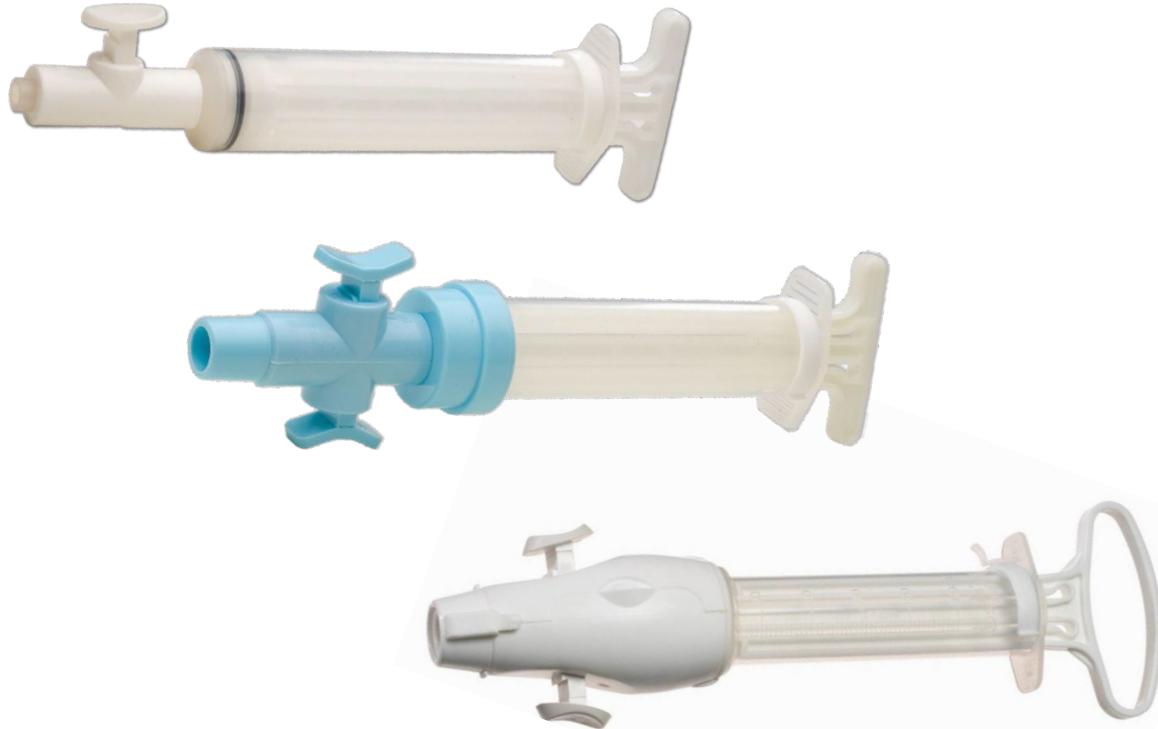
Données pour les audits de qualité



Aspiration manuelle IPAS

Gamme de produits

Aspiration manuelle Ipas



L'aspiration manuelle Ipas est une solution efficace, sûre et centrée sur la patiente, qui utilise un système de succion pour l'évacuation utérine



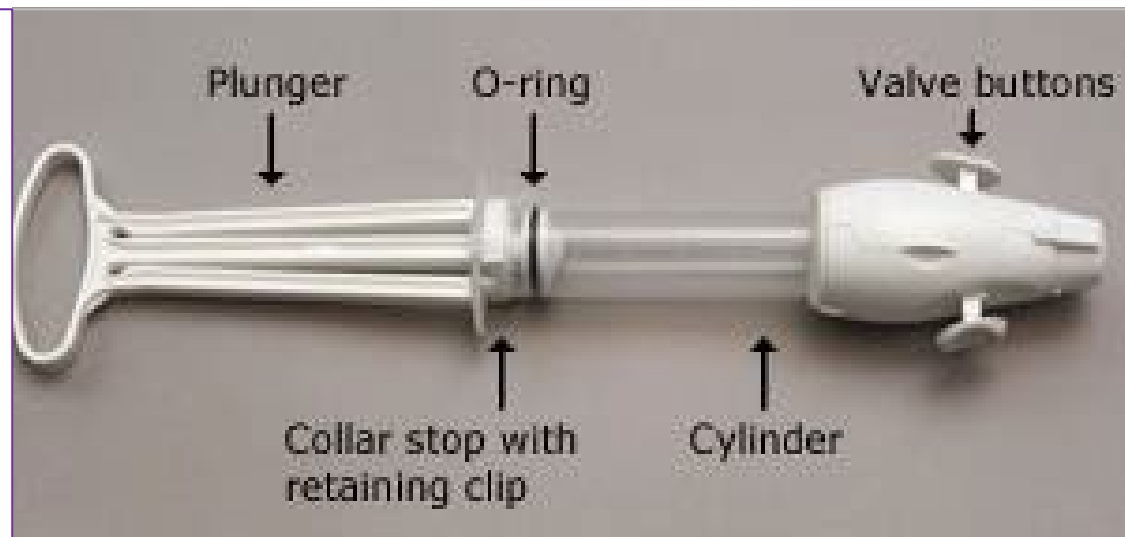
Les aspirateurs Ipas sont les aspirateurs manuels les plus courants dans le monde. Ils ont une certification qualité émanant de certains des régulateurs les plus exigeants et sont commercialisés dans plus de 100 pays depuis plus de 40 ans.

Aspirateur Ipas MVA Plus®



- Permet une aspiration minimale de 22 pouces ou 558,8 mm qui est maintenue pendant au moins 30 minutes
- Offre une capacité de rétention de 60 cm³ et ne contient pas de latex
- Démontage et montage faciles
 - La manchette de la vanne amovible et une voie continue pour les fluides améliorent la facilité du processus
- La conception ergonomique de la vanne et du piston améliore la facilité d'utilisation
- Appareil à usage multiple qui supporte l'autoclave à vapeur (à 121 °C ou 250 °F) ainsi que les méthodes de traitement à froid standards comme au glutaraldéhyde

Aspirateur Ipas MVA Plus®



- **Piston et joint torique :**
crée du vide
- **Boutons de la vanne :**
contrôle la purge du vide
- **Collier à segments avec clip de retenue :**
maintient le piston dans le cylindre
- **Cylindre :**
maintient les tissus aspirés

Aspirateur double vanne Ipas pour aspiration manuelle



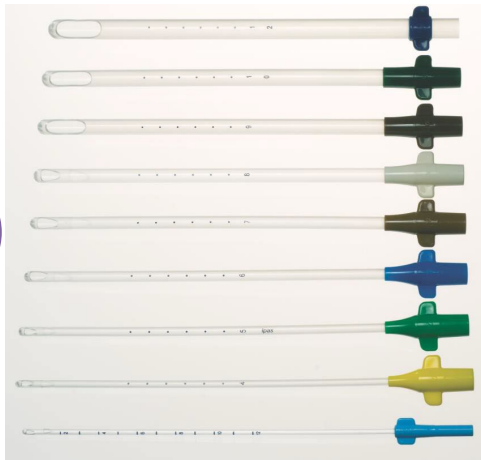
- Dispositif à usage unique
- Avec vanne de fermeture
- Apporte une capacité de maintien de 60cm³
- Apporte un vide minimal de 24 pouces ou 609,6 mm maintenu pendant au moins 30 minutes
- Sans latex

Aspirateur Ipas à simple vanne



- Apporte un vide minimal de 24 pouces ou 609,6 mm maintenu pendant au moins 30 minutes
- Fournit une capacité de maintien de 60 cm³ et est sans latex
- Démontage et montage faciles
 - La manchette de la vanne amovible et une voie continue pour les fluides améliorent la facilité du processus
- Appareil à usage multiple qui supporte les méthodes de traitement à froid standards comme au glutaraldéhyde

Canule Ipas EasyGrip®



Ailettes :

Facilitent l'insertion et le retrait de l'aspirateur



Points :

À 1 cm d'intervalle pour indiquer l'emplacement de l'ouverture et du fond lorsqu'elle est insérée dans l'utérus. Sauf pour les canules de 3 mm, toutes les autres ont leur premier point à 6 cm de l'extrémité.



Ouverture :

Les tailles de 4-8 mm ont deux ouvertures opposées, les tailles 9, 10 et 12 mm ont une ouverture plus grande avec une seule prise d'air



Base fixe :

Permet à la canule d'être branchée directement aux aspirateurs Ipas. Code couleur par taille pour une différenciation rapide

Canule Ipas EasyGrip®

- Flexibilité semi-rigide
- Appareil à usage multiple qui supporte l'autoclave à vapeur (à 121 °C ou 250 °F) ainsi que les méthodes de traitement à froid standards, comme au glutaraldéhyde Réutilisable jusqu'à 25 fois
- Emballage stérile
- Ailettes intégrées de manière permanente
- Adaptateurs à code couleur selon la taille
- Deux ouvertures opposées (4-8 mm)
- Grande ouverture à une seule prise d'air (9, 10, 12 mm)
- Longueur : environ 24 cm ou 9,5 po
- En plastique polypropylène sans latex
- Ne peut pas être utilisée avec un aspirateur à vanne simple

Canule souple Karman



- Jetable et dans un emballage stérile
- Deux ouvertures opposées (4-8 mm)
- Grande ouverture à un seul appel d'air (9, 10, 12 mm)
- Longueur : environ 24 cm ou 9,5 po

Compatibilité des aspirateurs et canules

Aspirateur Ipas MVA Plus®



Pas d'adaptateur requis

Ipas EasyGrip® toutes tailles Karman souple 12 mm

Adaptateur requis

Karman souple 4- 10 mm
Canule 3 mm
(adaptateur de 6mm)

Aspirateur Ipas à double vanne



Pas d'adaptateur requis

Ipas EasyGrip® toutes tailles Karman souple 12 mm

Adaptateur requis

Karman souple 4- 10 mm
Canule 3 mm
(adaptateur de 6mm)

Aspirateur à simple vanne Ipas MVA



Pas d'adaptateur requis

Karman souple 4-6 mm
Canule 3 mm

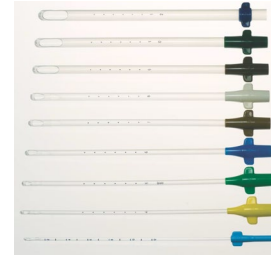
Détermination de la taille appropriée de la canule



La taille de la canule doit être adaptée à l'intervention et à la taille de l'utérus, ainsi qu'au niveau de dilatation du col de l'utérus.



L'utilisation d'une canule trop petite peut entraîner la rétention de tissus ou la perte d'aspiration.



Pour l'évacuation utérine, la plage de taille suggérée pour la canule dépend de la taille de l'utérus :

TAILLE DE L'UTÉRUS (semaines d'aménorrhée*)	TAILLE DE CANULE SUGGÉRÉE
4 - 6	4 - 7
7 - 9	5 - 10
9 - 12	8 - 12
12 - 14	10 - 14

Dilatateurs de Denniston



- Ensemble de 5 dilatateurs coniques doubles
- Emballage stérile
- Tailles : 5/6 mm, 7/8 mm, 9/10 mm, 11/12 mm et 13/14 mm Réutilisable jusqu'à 25 fois
- Longueur : Environ 29 cm ou 11,5 po
- En plastique polypropylène sans latex

Kit d'adaptateurs pour canules



○ Kit d'adaptateurs

- Comprend un exemplaire de chaque taille d'adaptateur 6-10 mm
- Requis pour les canules souples Karman lorsqu'elles sont utilisées avec l'aspirateur double vanne ou Ipas MVA Plus®

○ Kit d'adaptateurs 6 mm

- Comprend 5 unités de l'adaptateur de 6 mm
- Requis pour les canules de 3 mm lorsqu'elles sont utilisées avec les aspirateurs double vanne ou Ipas MVA Plus®

○ Appareil à usage multiple qui supporte l'autoclave à vapeur (à 121°C ou 250°F) ainsi que les méthodes de traitement au froid standards, comme au glutaraldéhyde

Kit d'accessoires pour aspirateurs



- Kit d'accessoires Ipas MVA Plus®
 - 1x joint torique pour piston
 - 1x collier à segments
 - 1x capuchon
 - 1x 2 ml de silicone



- Kit d'accessoire pour vanne simple
 - 1x joint torique pour piston
 - 1x collier à segments
 - 1x 2 ml de silicone

Kit d'accessoires pour aspirateurs



Bouteille de silicone de 15 ml

- Lubrifiant pour les aspirateurs pour aspiration manuelle
- Vendu séparément



Tube de silicone 2 ml

- Lubrifiant pour les aspirateurs pour aspiration manuelle
- Vendu par paquet de 10 unités

Aspiration manuelle IPAS

Présentation marketing



DKT WOMANCARE GLOBAL REND PLUS DISPONIBLES,
ACCESSIBLES ET ABORDABLES LES PRODUITS DE
SANTÉ SEXUELLE ET GÉNÉSIQUE POUR LES FEMMES
DU MONDE ENTIER.



Vision

Être reconnu comme une entreprise leader dans l'amélioration de l'accès à des technologies sûres et innovantes en matière de santé sexuelle et reproductive pour les femmes du monde entier.

Mission

Créer une plateforme centrée sur la cliente qui élargit l'accès aux technologies existantes et nouvelles en matière de santé sexuelle et génésique grâce à des synergies au sein des programmes de DKT International dans le monde entier et d'autres partenaires sur tous les marchés et dans tous les segments.

Ipas MVA pour l'aspiration utérine

Observation du marché



Perte de grossesse précoce sécurisée

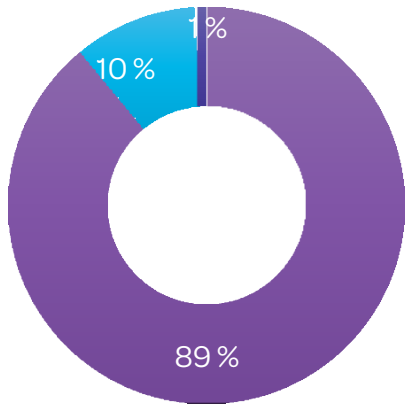


Perte de grossesse précoce moins sécurisée

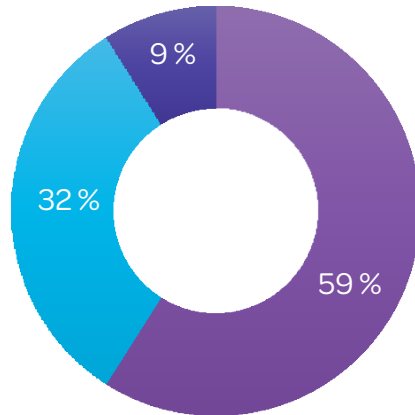


Perte de grossesse précoce non sécurisée

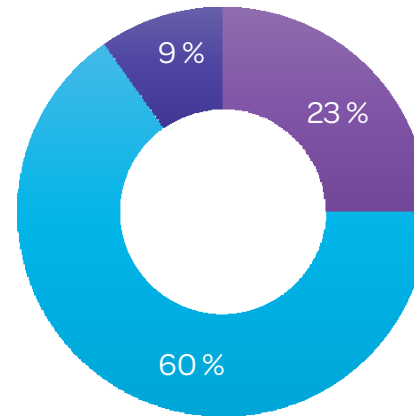
Europe



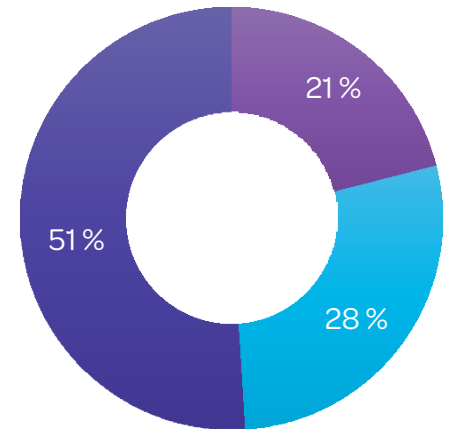
Asia



Amérique latine



Afrique



Source Interne

Ipas MVA pour l'aspiration utérine

Segments

1

Primaire : (Stratégie LS2S)

- Le personnel soignant qui a recours à des méthodes non sécurisées comme le curetage
- Le personnel soignant non formé qui a recours à des méthodes sécurisées

2

Secondaire :

- Le personnel soignant non formé qui a recours à des méthodes non sécurisées comme le curetage (U2S)

Principales parties prenantes dans la prise de décision



Personnel soignant formé : l'évacuation utérine est principalement effectuée par des gynécologues formés. Cependant, dans certains pays, des infirmiers ou des sage-femmes peuvent être formés pour réaliser cette intervention.



Patientes : quand c'est possible, elles doivent être impliquées dans la prise de décision concernant le type d'intervention



Responsable des achats : lors des achats, ils analysent généralement la rentabilité et prennent en compte les restrictions budgétaires.



Ministère de la Santé et autres institutions sanitaires : concernant les législations nationales, les ministères de la Santé ou toute autre institution sanitaire peuvent avoir des directives et protocoles qui leur sont propres pour les évacuations utérines.

Technologie

TECHNOLOGIE



PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES

À domicile, sans anesthésie, intervention longue

Similaire à une perte de grossesse précoce naturelle, procédure sans surveillance

Risques minimes, méthode efficace

En ambulatoire, anesthésie locale, intervention et temps de récupération courts

Peu douloureux, intervention calme, pas besoin d'électricité

Risques minimes, méthode efficace

En ambulatoire, anesthésie locale, intervention et temps de récupération courts

Peu douloureux, intervention bruyante, électricité indispensable

Risques minimes, méthode efficace

Hospitalisation, anesthésie requise, intervention et temps de récupération longs

Peu douloureux, intervention calme, pas besoin d'électricité

Risques importants comparé à d'autres méthodes, méthode moins efficace

Aspiration manuelle IPAS

Information complémentaire

Aspiration manuelle IPAS

Assemblage

Assemblage de l'aspirateur Ipas MVA

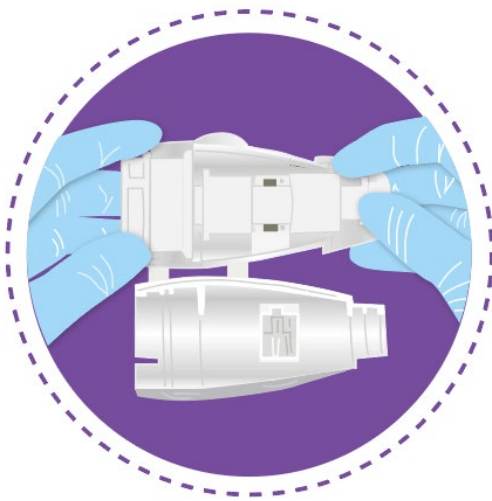
ÉTAPE 1 : Placer la manchette de la vanne dans la vanne

Ipas MVA Plus®

- Placer la manchette de la vanne dans la vanne en alignant les stries internes
- L'anneau au-dessus de la manchette doit être nivelé au sommet de la vanne
- Les languettes sortant des côtés de la manchette doivent être placées sur les deux côtés de la vanne.

Aspirateur à simple vanne

- Faire coulisser la manchette vers le haut par la base de la vanne jusqu'à ce qu'elle soit visible à l'extérieur de l'extrémité de la vanne



Assemblage de l'aspirateur Ipas MVA

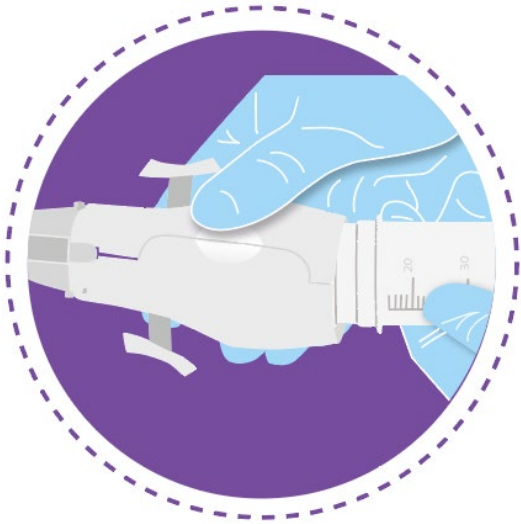
ÉTAPE 2 : Fermer la vanne et mettre le capuchon au niveau de l'extrémité de la vanne*

- Fermer la vanne
- Mettre le bouchon au niveau de l'extrémité de la vanne
- En fermant la vanne, les languettes resteront hors de la vanne

* Réaliser cette étape uniquement avec les Ipas MVA Plus®



Assemblage de l'aspirateur Ipas MVA



ÉTAPE 3 : Pousser le cylindre dans la base de la vanne

- Pousser le cylindre dans la vanne
- Il est utile de faire basculer légèrement la vanne
- Ne pas tordre le cylindre ni la vanne
- La manchette pourrait se déloger et abimer l'appareil

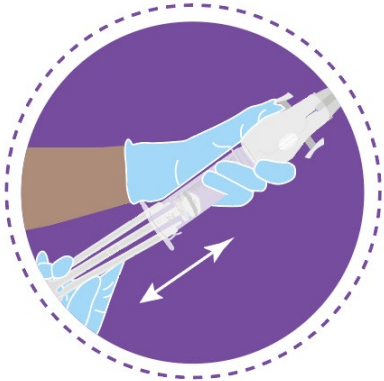
Assemblage de l'aspirateur Ipas MVA



ÉTAPES 4 ET 5 : Poser et lubrifier le joint torique

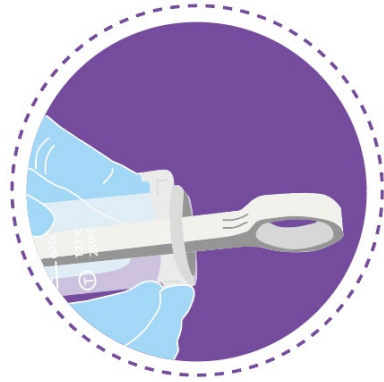
- Placer le joint torique dans la rainure près de l'extrémité du piston
- Du bout des doigts, mettre une goutte de lubrifiant autour du joint torique
 - Ne pas trop lubrifier le joint torique
 - Ne pas lubrifier d'autres pièces de l'aspirateur
- Utiliser le lubrifiant au silicone fourni avec l'aspirateur

Assemblage de l'aspirateur Ipas MVA



ÉTAPE 6 : Insérer le piston dans le cylindre

- Exercer une pression sur les bras du piston
- Pousser le piston droit dans le cylindre
 - Le piston doit être inséré à la verticale



ÉTAPE 7 : Lubrifier le cylindre

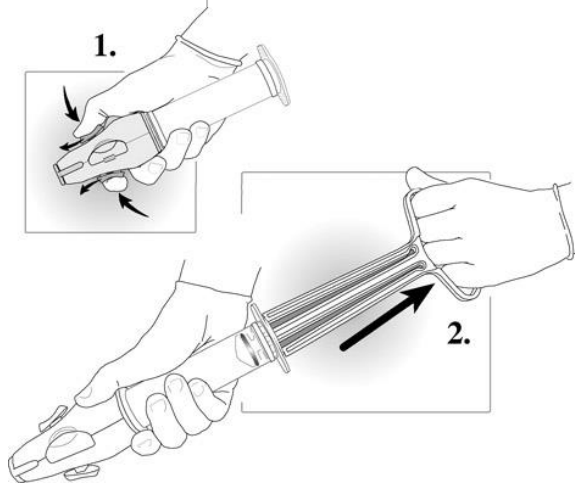
- Faire faire des mouvements de va-et-vient au piston pour lubrifier le cylindre

ÉTAPE 8 : Insérer le collier à segments

- Insérer les languettes du collier à segments dans les trous du cylindre
 - S'assurer que le piston ne sera pas expulsé du cylindre

Assemblage de l'aspirateur Ipas MVA

ÉTAPE 9 : Vérifier le vide



- Vérifier le vide de l'aspirateur avant chaque utilisation
- Pousser les boutons de la vanne pour purger le vide
- Un refoulement de l'air indique que le vide était retenu
- Si le refoulement d'air n'est PAS audible,
 - Pousser les boutons de la vanne pour purger le vide
 - Déplacer le collier de blocage et retirer le piston
 - Vérifier que le joint torique du cylindre est bien lubrifié, bien positionné dans la rainure, intact et exempt de corps étrangers
 - Vérifier que le cylindre est solidement positionné dans la vanne
 - Charger et tester de nouveau*

Aspiration manuelle IPAS

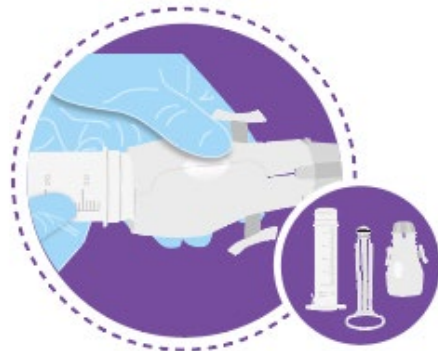
Démontage

Démontage de l'aspirateur Ipas MVA



ÉTAPE 1 : Retirer la canule

- Retirer la canule en tordant sa base et la retirer hors de la vanne de l'aspirateur



ÉTAPE 2 : Séparer l'adaptateur de la canule

- Si vous utilisez une canule flexible Karman ou une canule 3 mm avec Ipas MVA Plus[®], l'adaptateur doit être retiré de la canule.

Remarque : Pour les canules Ipas EasyGrip[®], ne pas essayer de retirer la base à ailettes de la canule ; elle est fixée de façon définitive.

ÉTAPE 3 : Séparer le cylindre de la vanne

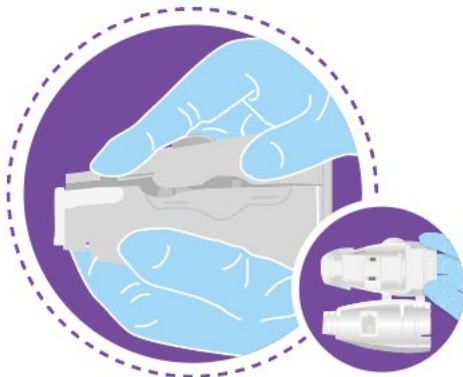
- Retirer le cylindre de la vanne

Démontage de l'aspirateur Ipas MVA



ÉTAPE 4 : Retirer le bouchon de vanne

- D'une main, appuyer sur les languettes de libération du capuchon
- De l'autre main, tirer sur le capuchon



ÉTAPE 5 : Ouvrir la vanne à charnière

- Ouvrir la vanne à charnière en tirant sur le fermoir
- Placer le pouce droit à côté du fermoir et exercer une pression pour faciliter l'ouverture de la valve

Démontage de l'aspirateur Ipas MVA



ÉTAPE 6 : Retirer la manchette de la vanne

- Retirer la manchette de la vanne
- Pour l'aspirateur à simple vanne, cette étape peut être réalisée en tirant la base de la manchette vers le bas



ÉTAPE 7 : Désamorcer le collier à segments, puis retirer le cylindre

- Désamorcer le collier à segments en le glissant sous le clip de retenue, ou le retirer complètement du cylindre.
- Retirer entièrement le piston du cylindre

Quand remplacer les aspirateurs

Lorsque les aspirateurs Ipas PLUS sont traités en suivant les méthodes recommandées, le nombre d'utilisation est estimé à 25.

Les aspirateurs doivent être jetés et remplacés dans les cas suivants :



Le cylindre se craquelle ou se fissure, ou des dépôts minéraux empêchent le mouvement du piston



Les pièces de la vanne se fissurent, se tordent ou sont cassées



Les boutons sont cassés



Les bras du piston ne se verrouillent pas



L'aspirateur ne maintient plus le vide

Des questions
Des commentaires
Ou des préoccupations ?



Racontez-nous tout...



E-mail: contact@dktwomancare.org

www.dktwomancare.org

www.womancare-academy.org