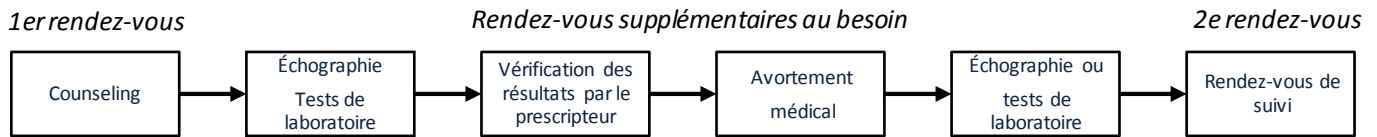


Explications sur le formulaire de collecte de données et d'intervention pour l'avortement médical

Introduction

- Cette fiche est destinée aux professionnels de la santé qui offrent des avortements médicaux du premier trimestre à des personnes à risque moyen ou faible, ayant une grossesse intra-utérine confirmée.
- Cette liste de contrôle est conforme aux lignes directrices de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) sur l'avortement médical avec la mifépristone (MIFÉ) et le misoprostol (MISO); d'autres traitements médicamenteux sont disponibles et sont décrites dans les lignes directrices de la SOGC.
- Cette liste de contrôle ne fournit pas de directives pour la gestion des grossesses extra-utérines ou de localisation incertaine (GLI) soupçonnées ou diagnostiquées à l'échographie. S'il y a des indices d'une grossesse extra-utérine ou d'une GLI, les professionnels de la santé devraient consulter les lignes directrices de la SOGC.

Exemple d'un épisode de traitement



1. Counseling

- Le counseling sur les options possibles face à la grossesse pourrait inclure
 - a. Une révision des options: l'avortement, la continuation de la grossesse à terme, l'adoption
 - b. Une description des différents types d'avortement
 - c. Les risques et les avantages de chaque type d'avortement
 - d. Une discussion sur la présence ou non de personnes de soutien et la confirmation que la décision est volontaire
 - e. Une discussion des besoins émotionnels, des valeurs et des capacités d'adaptation

Comparaison entre l'avortement chirurgical et médical

Avortement médical	Avortement chirurgical
Évite la chirurgie	Intervention chirurgicale
Peut prendre plusieurs jours à se compléter	Effectué en 5 à 10 minutes et suivi de 30-60 minutes d'observation
Douleur variable	Habituellement moins douloureux, anesthésie disponible
≥ 95% de taux de succès en 1-3 semaines	99% de taux de succès
Saignement plus abondant qu'une menstruation	Saignement léger
Généralement 2-3 visites en clinique + échographie et tests de laboratoire	Généralement 1-2 visites *
Médicaments peuvent être coûteux *	Généralement gratuits s'il est couvert par une assurance provinciale
Peut être complété seule ou accompagnée de ses proches à la maison	Nécessite une personne de soutien pour conduire, selon l'anesthésie

* selon la province/le territoire et le lieu d'accès

- Counseling en contraception: la fertilité peut revenir 8 jours après un avortement médical; l'utilisation d'une contraception doit être décidée lors de la première visite selon les besoins. Discutez de la reprise des rapports sexuels après l'expulsion de la grossesse.
 - Les contraceptifs hormonaux combinés devraient être débutés le premier jour après l'administration du misoprostol.
 - Les préservatifs peuvent être utilisés immédiatement; l'utilisation de la cape cervicale ou du diaphragme doit être retardée jusqu'à l'arrêt du saignement.
 - La contraception intra-utérine peut être insérée une fois que l'on a démontré que l'avortement est complet (à la visite de suivi).
 - La contraception à base de progestatif seul (pilule, injection) devrait être débutée une fois après la prise du misoprostol.

2. Détermination de l'admissibilité à un avortement médical

- Afin de donner un consentement libre et éclairé à l'avortement médical, la personne doit être informée des éléments suivants et avoir la chance d'en discuter et de poser ses questions:
 1. L'avortement médical implique l'utilisation de médicaments pour mettre fin à une grossesse
 2. L'avortement médical avec la mifépristone 200 mg par voie orale et le misoprostol 800 mcg par voie buccale est considéré comme aussi sécuritaire que l'avortement chirurgical, lorsqu'il est effectué jusqu'à 63 jours après la date des dernières menstruations (DDM); il est aussi très efficace jusqu'à 70 jours après la DDM.
 3. L'avortement médical est irréversible

4. Tous les médicaments doivent être pris selon les directives
5. En cas d'une poursuite de la grossesse après l'avortement médical, un avortement chirurgical est recommandé parce que les médicaments utilisés pour l'avortement médical sont tératogènes.
6. Les personnes devraient avoir accès à des soins médicaux d'urgence pendant les 7 à 14 jours suivant l'avortement médical.
7. Les risques médicaux comprennent: le saignement, les crampes / douleurs pelviennes, les symptômes gastro-intestinaux (la nausée / les vomissements / la diarrhée), les céphalées, la fièvre / les frissons et l'infection pelvienne. Les risques particuliers comprennent un besoin d'intervention chirurgicale urgente en cas de saignement abondant, de douleur sévère, de poursuite de la grossesse ou de rétention de produits de conception. Le risque de mortalité est de 0,3 sur 100 000, habituellement secondaire à une infection ou à une grossesse ectopique non diagnostiquée. Le risque de mortalité est similaire à l'avortement chirurgical et inférieur à celui pour une grossesse à terme.

Effets secondaires les plus fréquents de l'avortement médical et prise en charge recommandée

Effets secondaires	Recommandations
Saignement – commence généralement quelques heures après la prise de misoprostol; saignement plus important que les menstruations normales, avec des caillots, pendant 2-4 heures.	Aviser la personne de demander de l'aide si elle remplit >2 serviettes maxi par heure pour >2 heures consécutives ou si elle présente des vertiges, étourdissements ou des battements de cœur rapides;
Douleur – des crampes et des douleurs sont attendues avant et au moment de l'expulsion.	Dans la plupart des cas, les AINS peuvent être utilisés pour contrôler la douleur au besoin. Les analgésiques opioïdes légers peuvent être prescrits pour être utilisés au besoin. Les personnes doivent être avisées de demander de l'aide si la douleur devient sévère et n'est pas contrôlée par les analgésiques.
Effets de la prostaglandine (misoprostol) – nausées, vomissements, diarrhée, étourdissements, céphalées, frissons / fièvre.	Les nausées peuvent être traitées au moyen de dimenhhydrinate, ondansetron ou diclectin. La diarrhée, la fièvre et les frissons sont habituellement limités dans le temps et peuvent habituellement être contrôlés par des médicaments en vente libre. Les personnes doivent être avisées de demander de l'aide si elles présentent une fièvre >38°C durant plus de 6 heures, surtout après le jour d'administration du misoprostol, et si elles ressentent des symptômes ressemblant à la grippe, la faiblesse ou évanouissements, des nausées, des vomissements, la diarrhée dans les jours qui suivent l'avortement.

Critère de non-éligibilité

Contre-indications absolues	Raisons
Ambivalence	L'avortement médical doit seulement être débuté lorsque la personne est certaine de sa décision.
Grossesse extra-utérine	L'avortement médical n'est pas un traitement approprié pour la grossesse extra-utérine; les conséquences d'un diagnostic manqué pourraient mettre la vie de la personne en danger.
Insuffisance surrénalienne chronique	MIFÉ est un anti-gluco-corticoïde et peut nuire à l'action du traitement de substitution au cortisol
Porphyrie héréditaire	MIFÉ peut induire l'activité de la synthétase δ -aminolévulinique; l'enzyme limitant la vitesse dans la biosynthèse de l'hème et provoquer des crises porphyriques.
Asthme sévère non-contrôlé	MIFÉ est un anti-gluco-corticoïde et peut compromettre le contrôle des crises d'asthme sévères.
Hypersensibilité connue aux ingrédients du produit	Réaction allergique.

Contre-indications relatives	Raisons et prise en charge
Âge gestationnel non-confirmé	Si l'âge gestationnel est incertain, une échographie doit être effectuée
Utilisation de corticostéroïdes à long terme	L'efficacité des stéroïdes peut être réduite pendant 3-4 jours après la prise de la MIFÉ et le traitement doit être ajusté.
Troubles hémorragiques ou traitement anticoagulant en cours	L'avortement médical entraîne systématiquement des pertes sanguines. Des mesures de précaution peuvent être nécessaires.
Anémie avec hémoglobine <95 g/L	Dans de nombreuses études, les femmes anémiques n'ont pas obtenu l'avortement médical; des précautions peuvent être nécessaires.
Dispositif intra-utérin (DIU) en place	Les grossesses avec dispositifs intra-utérins en place ont plus de risques d'être ectopiques, et une grossesse ectopique doit être exclue. Si une échographie démontre une grossesse intra-utérine, le dispositif intra-utérin doit être retiré avant l'avortement médical si possible.

3. Examen physique et évaluation de l'âge gestationnel

- La confirmation de la grossesse peut être obtenue avec un test de grossesse urinaire en clinique ou une échographie.
- Après la confirmation de la grossesse, l'âge gestationnel et la localisation de la grossesse peuvent être confirmés par échographie. L'échographie permet de confirmer l'âge gestationnel et la localisation de la grossesse. Lorsque l'échographie n'est pas disponible, une évaluation clinique incluant la DDM, l'histoire clinique et l'examen bi-manuel, peut être utilisée pour déterminer l'éligibilité, pour les personnes sans facteurs de risque, signes ou symptômes de grossesse extra-utérine.
 - L'avortement médical convient aux personnes ayant une grossesse intra-utérine ≤ 70 jours de gestation.
 - L'avortement médical convient aux personnes ayant des grossesses multiples.
 - L'avortement médical est absolument contre-indiqué chez les personnes ayant une grossesse extra-utérine.
 - L'avortement médical ne convient pas aux personnes ayant une grossesse molaire; vous référez aux directives de la SOGC pour obtenir des conseils.
 - Chez les personnes ayant une grossesse de localisation incertaine (GLI), l'avortement médical peut être effectué dans certaines circonstances, et les fournisseurs devraient suivre les lignes directrices de la SOGC sur l'avortement médical avec GLI.
- De façon alternative, chez les personnes qui sont raisonnablement certaines de leur DDM, sans facteurs de risque, signes ou symptômes de grossesse extra-utérine, l'histoire clinique, la DDM et l'examen pelvien peuvent être utilisés pour estimer l'âge gestationnel et la localisation de la grossesse.
- Les lignes directrices de la SOGC recommandent que toutes les personnes présentant des facteurs de risque, des signes ou des symptômes d'une grossesse extra-utérine aient une échographie de pré-traitement et un β hCG sérique quantitatif de base. Les facteurs de risque de grossesse extra-utérine comprennent:
 1. Un antécédent de grossesse extra-utérine
 2. Une chirurgie des trompes
 3. Une grossesse conçue à l'aide des techniques de reproduction assistée
 4. Une ligature des trompes
 5. Un dispositif intra-utérin (DIU) en place
 6. Une histoire de salpingite et de maladie inflammatoire pelvienne
 7. Des douleurs abdominales
 8. Des saignements vaginaux

4. Demandes de tests de laboratoire

- Le β hCG sérique quantitatif peut être mesuré pour établir une valeur de base le jour de la prise de la mifépristone, si le plan est d'utiliser cette méthode pour le suivi. Dans ce cas, la diminution appropriée du taux de β hCG est utilisée lors du suivi pour confirmer que l'avortement a réussi.
- Une formule sanguine complète (FSC) est utilisée pour vérifier la présence d'anémie.
- La SOGC recommande de tester toutes les personnes pour le facteur Rhésus et d'administrer des immunoglobulines Rh si cela est indiqué.
- Les personnes prévoyant avoir un avortement médical devraient être dépistées pour la chlamydie et la gonorrhée, et être traitées si les résultats sont positifs. La chlamydie et la gonorrhée sont associées à des taux accrus de maladie inflammatoire pelvienne après un avortement chirurgical.

5. Vérification des résultats des tests de laboratoire et de l'imagerie

- Les résultats habituels de l'échographie transvaginale indiquant une grossesse intra-utérine ≤ 70 jours de gestation sont la présence d'un sac gestationnel et au moins d'un sac vitellin:

Résultats d'échographie	Indication de l'âge gestationnel	BhCG typique (UI / L)
Sac gestationnel	Environ 32-33 jours	> 1000
Sac vitellin	Environ 35-42 jours	7 200 - 10 800
Pôle fœtal	Environ 40-49 jours	--

- Si aucune grossesse intra-utérine ne peut être visualisée par échographie transvaginale chez une personne ayant un test de grossesse positif, on considère qu'il s'agit d'une grossesse de localisation incertaine (GLI). Les fournisseurs devraient consulter les lignes directrices de la SOGC pour la prise en charge de cette situation clinique. Une référence à un gynécologue doit être faite dans les cas de visualisation ou de suspicion d'une grossesse extra-utérine.
- Les niveaux de β hCG augmentent plus ou moins linéairement au cours des 6 premières semaines de la grossesse; cette importante variabilité limite l'utilité de β hCG pour la datation de la grossesse. La comparaison entre les taux sériques de β hCG de référence et de suivi est utile pour évaluer le succès de l'avortement médical.

6. Distribution du Mifegymiso®

- Au Canada, la combinaison MIFÉ/MISO approuvée comprend 200 mg de mifépristone par voie orale et 800 mcg de misoprostol par voie buccale, pris 24 à 48 heures après l'administration du MIFÉ.
 - Jour 1: Mifépristone. La personne prend un comprimé de MIFÉ 200 mg par voie orale et l'avale avec de l'eau
 - Jour 2-3: Misoprostol. 24-48 heures après avoir pris la MIFÉ, la personne place 4 comprimés de MISO entre les joues et les dents (deux de chaque côté de la bouche) et les laisse en place pendant 30 minutes, puis avale les fragments restants avec de l'eau.
- Selon la SOGC, l'antibioprophylaxie de routine n'est pas requise; le dépistage des ITS suivi du traitement est préféré.

7. Rendez-vous de suivi

- Un rendez-vous de suivi au bureau ou par téléphone est nécessaire pour confirmer que l'avortement est complet. Ce rendez-vous devrait être planifié 7-14 jours après l'administration de la mifépristone.
- La confirmation que l'avortement médical est complet peut être obtenue cliniquement, par échographie, ou par la mesure du β hCG sérique.
 - Échographie → généralement seulement nécessaire si le résultat est incertain ou s'il y a des symptômes tels que des saignements prolongés
 - β hCG → une diminution de 80% du β hCG sérique mesurée 7-14 jours par rapport au niveau de base est prédictive d'un avortement complet
- Le rendez-vous de suivi devrait également inclure la recherche de complications telles que
 - La rétention de produits de conception,
 - La poursuite de la grossesse,
 - L'infection, et
 - Le syndrome du choc toxique.
- Déclaration des effets indésirables à Santé Canada: complétez un rapport en ligne à <https://webprod4.hc-sc.gc.ca/medeffect-medeffet/index-fra.jsp> ou appelez le bureau régional de Canada Vigilance au 1-866-234-2345.

Référence: Costescu D, Guilbert E, Bernardin J, Black A, Dunn S, Fitzsimmons B, et al. Medical abortion. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016;38(4):366-89.

