



# Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive

2021

*À utiliser et diffuser largement :*  
[www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques)

*Également disponible en espagnol :*  
[www.ipas.org/actualizacionesclinicas](http://www.ipas.org/actualizacionesclinicas)

*Pour de plus amples informations, envoyer un courrier électronique à l'adresse :*  
[clinicalupdates@ipas.org](mailto:clinicalupdates@ipas.org)

© 2021 Ipas.

Produit aux États-Unis.

Citation proposée :

Ipas. (2021). *Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive*. N. Kapp (éd.). Chapel Hill, NC: Ipas.

Ipas œuvre dans le monde entier en vue d'améliorer l'accès à des services d'avortement sécurisé et de contraception en vue de permettre à toutes les femmes et à toutes les jeunes filles de décider elles-mêmes de leur propre avenir. Sur l'ensemble des continents africain, asiatique et latino-américain, nous travaillons en étroite collaboration avec nos partenaires pour faire en sorte que des services d'avortement sécurisé et de contraception soient aisément disponibles, pour diffuser auprès des femmes des informations essentielles leur permettant d'accéder à des services sécurisés et pour plaider en faveur de soins d'avortement légaux et sécurisés.

Ipas est une association sans but lucratif de type 501(c)(3) agréée. Tous les dons versés à Ipas sont fiscalement déductibles dans la mesure autorisée par la loi.

Pour un complément d'informations ou pour faire un don à Ipas :

Ipas

P.O. Box 9990

Chapel Hill, NC 27515, États-Unis.

+1-919-967-7052

[www.ipas.org](http://www.ipas.org)

# Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive

2021

**Directrice et éditrice médicale :** Nathalie Kapp

**Comité consultatif clinique :**

Babatunde Adelekan, Nigeria

Sangeeta Batra, Inde

Abiyot Belai, Éthiopie

Deeb Shrestha Dangol, Népal

Claudia Martinez Lopez, Mexique

Guillermo Ortiz, États-Unis

Bill Powell, États-Unis

## REMERCIEMENTS

Nous remercions tous ceux qui ont contribué à cette version et aux précédentes versions de la publication *Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive* :

Rebecca Allen

Lynn Borgatta

Dalia Brahmi

Anne Burke

Catherine Casino

Talemoh Dah

Gillian Dean

Monica Dragoman

Alison Edelman

Courtney Firestine

Mary Fjerstad

Bela Ganatra

Vinita Goyal

Joan Healy

Emily Jackson

Bliss Kaneshiro

Ann Leonard

Radha Lewis

Patricia Lohr

Steve Luboya

Alice Mark (rédactrice fondatrice)

Lisa Memmel

Karen Padilla

Regina Renner

Cristiãõ Rosas

Laura Schoedler

Les thèmes abordés dans les Actualités cliniques sont sélectionnés en fonction des questions posées et des demandes émises dans le cadre des formations et des programmes soutenus par Ipas dans les secteurs public et privé en rapport avec la santé. Nous remercions les formateurs cliniques d'Ipas, les programmes nationaux d'Ipas en Afrique, en Asie et en Amérique latine, ainsi que l'India Development Foundation, pour leur expertise technique et leur contribution.

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACOGG – American College of Obstetricians and Gynecologists

AINS – anti-inflammatoires non stéroïdiens

AMIU – aspiration manuelle intra-utérine

IC – intervalle de confiance

DDR – date des dernières règles

DIU – dispositif intra-utérin

FIGO – Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique

GRADE – Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (système de gradation pour l'évaluation de la qualité des données scientifiques en vue de l'élaboration de recommandations de bonne pratique clinique)

hCG – hormone gonadotrope chorionique humaine

IM – intramusculaire

IV – intraveineuse

kg – kilogramme

µg – microgramme

mg – milligramme

ml – millilitre

MOOSE – Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology (Méta-analyse des études observationnelles en épidémiologie)

OMS – Organisation mondiale de la Santé

PRISMA – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Éléments de rapport préférentiels pour les revues systématiques et les méta-analyses)

RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

RR – risque relatif

SC – sous-cutané

UI – unités internationales

# TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	6
Élaboration des recommandations d'Ipas.....	7
<b>1. Recommandations générales concernant les soins d'avortement</b>	
1.1 Résumé des schémas d'administration recommandés pour un avortement médicamenteux .....	10
1.2 Évacuation utérine : remplacement du curetage par l'aspiration ou par des méthodes médicamenteuses.....	12
1.3 Antibiothérapie prophylactique lors d'une aspiration intra-utérine et d'une procédure de dilatation et évacuation .....	14
1.4 Antibiothérapie prophylactique lors d'un avortement médicamenteux .....	18
1.5 Avortement médicamenteux : contre-indications et précautions .....	21
1.6 Misoprostol : qualité du produit.....	25
<b>2. Contrôle de la douleur</b>	
2.1 Contrôle de la douleur lors d'un avortement médicamenteux avant treize semaines de grossesse.....	28
2.2 Contrôle de la douleur lors d'un avortement médicamenteux à partir de treize semaines de grossesse.....	31
2.3 Contrôle de la douleur lors d'une aspiration intra-utérine .....	34
2.4 Contrôle de la douleur lors d'une procédure de dilatation et évacuation.....	40
2.5 Bloc paracervical .....	45
<b>3. Recommandations pour un avortement avant treize semaines de grossesse</b>	
3.1 Adolescentes : sécurité et efficacité.....	49
3.2 Prestataires de niveau intermédiaire : sécurité et efficacité .....	53
3.3 Détermination de l'âge gestationnel .....	56
3.4 Détection d'une grossesse extra-utérine.....	61
3.5 Aspiration intra-utérine	
3.5.1 Sécurité et efficacité .....	64
3.5.2 Préparation du col.....	68
3.5.3 Examen bimanuel .....	71
3.5.4 Examen des produits de conception .....	73
3.5.5 Traitement des aspirateurs Ipas AMIU Plus et des aspirateurs Ipas à simple valve.....	75
3.6 Avortement médicamenteux	
3.6.1 Sécurité et efficacité .....	77
3.6.2 Risque de malformations fœtales .....	83
3.6.3 Mifépristone et misoprostol : schéma de traitement recommandé.....	86
3.6.4 Misoprostol seul : schéma de traitement recommandé.....	90
3.6.5 Utilisation à domicile des médicaments jusqu'à dix semaines de grossesse .....	93
3.6.6 Confirmation de la réussite.....	98

3.6.7. Observations échographiques lors de la visite de suivi.....	103
--	-----

#### **4. Recommandations pour un avortement à partir de treize semaines de grossesse**

4.1 Qui sont les femmes demandeuses d'un avortement à partir de treize semaines de grossesse ? .....	106
4.2 Comparaison entre les méthodes .....	111
4.3 Détermination de l'âge gestationnel .....	114
4.4 Induction de mort fœtale .....	118
4.5 Suivi .....	121
4.6 Dilatation et évacuation	
4.6.1 Préparation du col.....	122
4.7 Avortement médicamenteux	
4.7.1 Sécurité et efficacité .....	128
4.7.2 Mifépristone et misoprostol : schéma de traitement recommandé.....	132
4.7.3 Misoprostol seul : schéma de traitement recommandé.....	136
4.7.4 Présence de cicatrices utérines : schéma de traitement recommandé.....	140

#### **5. Soins après avortement**

5.1 Traitement en cas d'avortement incomplet et de rétention fœtale : schéma de traitement médicamenteux recommandé pour une taille utérine inférieure à 13 semaines .....	143
5.2 Traitement en cas d'avortement incomplet et de mort fœtale in utero : schéma de traitement médicamenteux recommandé pour une taille utérine supérieure ou égale à 13 semaines.....	147
5.3 Contraception après un avortement : quand et quel type.....	149
5.4 Utilisation d'un dispositif intra-utérin après un avortement : sécurité et moment .....	156
5.5 Hémorragie consécutive à un avortement : prise en charge .....	161
5.6. Prise en charge d'une perforation utérine.....	165

#### **Annexes**

Annexe A : Tableau des analgésiques.....	169
Annexe B : Continuum de la profondeur de sédation : Définition de l'anesthésie générale et des degrés de sédation/d'analgésie .....	175
Annexe C : Bloc paracervical, auxiliaire de travail.....	177
Annexe D : Traitement de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip®, tableau mural.....	178
Annexe E : Protocoles d'avortement médicamenteux, fiche .....	179
Annexe F : Recommandation : utilisation d'une antibiothérapie prophylactique dans le cadre de services d'avortement sécurisé, y compris des soins après avortement, fiche .....	180
Annexe G : Étapes d'une aspiration manuelle intra-utérine, tableau mural.....	181

## INTRODUCTION

La publication d'Ipas *Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive* reprend les recommandations cliniques les plus récentes basées sur des données factuelles en rapport avec les soins complets d'avortement ; de nouveaux thèmes et de nouvelles ressources y sont régulièrement ajoutés. *Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive* propose des informations concises et aisément lisibles sur les soins d'avortement, en combinant les données factuelles les plus récentes aux leçons acquises auprès des professionnels de santé du monde entier en vue d'établir des recommandations cliniques pertinentes.

### À qui est destinée cette ressource ?

Publiées pour la première fois en 2013, les *Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive* ont été initialement conçues comme une ressource clinique basée sur des éléments factuels à la pointe de l'actualité à l'usage des membres du personnel d'Ipas. Au fil du temps, cette publication s'est également avérée utile pour :

- **les cliniciens** qui dispensent des soins d'avortement ;
- **les professionnels de la santé publique et des établissements hospitaliers** qui travaillent à l'élaboration de protocoles de soins aux patientes dans le cadre des systèmes de santé publique et dans le secteur privé ;
- **les défenseurs du droit à l'avortement sécurisé et les responsables politiques** qui définissent des lois et des politiques qui garantissent le droit à la santé pour les femmes et les jeunes filles.

### Quelles sont les nouveautés qu'apporte cette version ?

Cette édition des *Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive* propose des recommandations actuelles basées sur des éléments factuels sur plus de quarante thèmes en rapport avec les services d'avortement. Lors de la mise à jour de 2021, nous avons passé en revue les articles nouvellement publiés en lien avec les composantes d'un bloc paracervical avant la procédure utérine, la détermination de l'âge gestationnel avant la dispense de services d'avortement, les taux d'efficacité et de poursuite de la grossesse après un avortement médicamenteux entre dix et treize semaines, les taux de complications après un avortement médicamenteux au-delà de douze semaines de grossesse, le traitement chirurgical lors d'avortement incomplet et la satisfaction des patientes vis-à-vis de services contraceptifs au moment d'un avortement médicamenteux. Cette revue de la littérature a permis une mise à jour de nos recommandations. Nous avons également mis à jour avec des données de confirmation et informatives les sections consacrées à la qualité du misoprostol, au contrôle de la douleur, à la détection d'une grossesse extra-utérine, aux schémas de traitement recommandés pour la mifépristone et le misoprostol, à l'utilisation à domicile des comprimés pour un avortement médicamenteux, à l'induction de mort fœtale avant un avortement à partir de treize semaines de grossesse, à la préparation préalable du col avant une procédure de dilatation et évacuation et à la prise en charge d'une hémorragie consécutive à un avortement.

La version en ligne des *Actualités cliniques* ([www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques)) reprend les recommandations figurant dans ce manuel, ainsi que des menus contextuels simples d'emploi pour permettre aux lecteurs d'accéder rapidement aux informations dont ils ont besoin. Tant la version en ligne que la version imprimée/au format PDF sont également disponibles en français, en espagnol et en portugais.

Nous avons également mis à jour un certain nombre de nos outils cliniques et de nos auxiliaires de travail, qui sont tirés des éléments factuels et des recommandations reprises dans les *Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive*, et ces outils sont également disponibles en ligne à l'adresse [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).

## ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS D'IPAS

Ipas s'efforce d'intégrer dans ses programmes cliniques les meilleurs éléments factuels scientifiques. Cette section décrit la méthode utilisée par Ipas pour élaborer ses recommandations cliniques.

### Utilisation d'éléments factuels pour soutenir les recommandations

Les recommandations cliniques sont basées sur des éléments factuels pertinents publiés dans des revues scientifiques avec comité de lecture. Pour chaque thème clinique abordé dans les *Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive*, nous avons procédé à une revue systématique de la littérature en recourant à une méthode issue des directives PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* [Éléments de rapport préférentiels pour les revues systématiques et les méta-analyses]) et MOOSE (*Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology* [Méta-analyse des études observationnelles en épidémiologie]) (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman et le groupe PRISMA, 2009 ; Stroup, Berlin et Morton, 2000).

### Procédure d'élaboration des recommandations

Ipas applique pour l'élaboration de ses recommandations le système de gradation pour l'évaluation de la qualité des données scientifiques en vue de l'élaboration de recommandations de bonne pratique clinique GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) (Guyatt et al., 2008b). Le système GRADE propose un cadre pour l'évaluation de la qualité des éléments factuels disponibles et pour leur traduction en recommandations adaptées au contexte. Pour chaque recommandation reprise dans les *Actualités cliniques*, nous spécifions la qualité des éléments factuels et le poids de la recommandation basée sur ces données.

#### QUALITÉ DES ÉLÉMENTS FACTUELS

Les sources des données cliniques factuelles varient d'études cliniques à grande échelle bien conçues et présentant un minimum de biais à des observations cliniques non contrôlées, des séries de patientes ou des rapports de cas cliniques. Lorsqu'il n'existe pas d'éléments factuels, nous avons éventuellement utilisé des avis de spécialistes. Dans le système GRADE, la qualité des éléments factuels liés à un thème clinique est définie comme la mesure dans laquelle on peut avoir la certitude que l'estimation de l'effet est correcte et la mesure dans laquelle l'élément factuel disponible est en relation avec le contexte spécifique dans lequel il est appliqué (Guyatt et al., 2008a). Pour l'évaluation de la qualité des éléments factuels, les critères suivants sont pris en considération (Guyatt et al., 2008a) :

- conception de l'étude
- limitations de l'étude et risque de biais
- reproductibilité des résultats dans les études disponibles
- précision des résultats (intervalles de confiance larges ou étroits)
- faisabilité compte tenu des populations, des interventions et des conditions dans lesquelles l'intervention proposée pourrait être utilisée
- probabilité de biais dans la publication

La détermination de la qualité des éléments factuels est indiquée comme suit (Balshem et al., 2011) :

- Degré **élevé** : nous sommes pratiquement certains que l'effet réel est proche de l'effet estimé.

- Degré **modéré** : nous sommes modérément certains de l'effet estimé. L'effet réel est vraisemblablement proche de l'effet estimé mais il subsiste une possibilité qu'il soit très différent.
- Degré **faible** : notre confiance dans l'effet estimé est limitée. L'effet réel pourrait être très différent de l'effet estimé.
- Degré **très faible** : nous n'accordons qu'une très faible confiance à l'estimation de l'effet. L'effet réel est probablement extrêmement différent de l'effet estimé.

Par exemple, les études randomisées se voient initialement attribuer un degré élevé, tandis que les études observationnelles sont initialement notées comme de faible qualité.

#### *POIDS DE LA RECOMMANDATION*

Le poids d'une recommandation est défini comme la mesure dans laquelle on peut avoir la certitude que les conséquences attendues d'une recommandation sont plus importantes que ses conséquences indésirables (Andrews et al., 2013). Les effets souhaitables peuvent être de meilleurs résultats en termes d'état de santé, une moindre charge pour les prestataires de soins et les systèmes de santé ou des économies sur le plan financier. Les effets indésirables sont notamment des dommages aux patientes, des désagréments ou des problèmes supplémentaires et une utilisation plus importante des ressources.

- Un poids **important** est attribué à une recommandation lorsque les effets souhaitables de l'intervention préconisée sont clairement plus importants que ses effets indésirables (Guyatt et al., 2008b). La plupart des personnes informées feraient le choix de pratiquer l'intervention recommandée (Andrews et al., 2013).
- Un poids **faible** est attribué à une recommandation lorsque les éléments factuels suggèrent que les effets souhaitables de l'intervention préconisée sont probablement plus importants que ses effets indésirables, mais qu'elle n'est associée qu'à des bénéfices limités ou à des bénéfices qui ne valent pas la peine par rapport à l'effort consenti (Guyatt et al., 2008b). Même si la plupart des personnes informées choisiraient d'entreprendre l'action recommandée, un nombre non négligeable ne le feraient pas (Andrews et al., 2013).

*Peut-on établir une recommandation ayant un poids important en se basant sur des éléments factuels de faible qualité ?*

*Réponse* : Oui. De nombreux facteurs influencent le poids d'une recommandation.

Par exemple, même si les éléments factuels concernant la pratique d'un examen bimanuel avant une aspiration utérine sont limités, plusieurs facteurs augmentent le poids de la recommandation selon laquelle le clinicien qui pratiquera la procédure doit effectuer au préalable un examen bimanuel : 1) le bénéfice potentiel pour les patientes, 2) le faible risque de dommage associé à un examen bimanuel et 3) son faible coût et les économies potentielles liées au fait d'éviter des complications. Tous les prestataires de soins et toutes les patientes ou presque, s'ils sont informés de l'équilibre entre effets souhaitables et indésirables, choisiraient d'inclure un examen bimanuel avant une procédure utérine.

#### **Mises à jour des Actualités cliniques**

Les *Actualités cliniques* sont mises à jour chaque année. La date de dernière révision pour chaque thème indique que tous les articles pertinents publiés dans la littérature jusqu'à cette date ont été pris en considération et intégrés le cas échéant. Les nouveaux thèmes et les propositions de révision du document proviennent des utilisateurs finaux, d'un comité consultatif composé de représentants régionaux et des observations faites dans le cadre du monitoring régulier de la qualité des services cliniques intégré dans les programmes soutenus par Ipas. La rédactrice principale, l'éditrice médicale et la directrice médicale passent en revue toutes les propositions de mise à jour. Les nouvelles recommandations ou celles

qui subissent des modifications importantes sont éventuellement soumises à une procédure interne de revue collégiale. La procédure de révision, y compris la revue systématique de la littérature, la documentation des éléments factuels, la génération et la révision des recommandations et les modifications apportées suite à cela aux *Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive*, est documentée et archivée.

## Bibliographie

Andrews, J., Guyatt, G., Oxman, A., Alderson, P., Dahm, P., Falck-Ytter, Y., ..., Schunemann, H. J. (2013). GRADE Guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: The significance and presentation of recommendations. *Journal of Clinical Epidemiology*, *66*, 719-725.

Balshem, H., Helfand, M., Schunemann, H. J., Oxman, A. D., Kunz, R., Brozek, J., ..., Guyatt, G. H. (2011). GRADE Guidelines: 3. Rating the quality of the evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, *64*, 401-406.

Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Kunz, R., Vist, G. E., Falck-Ytter, Y. et Schünemann, H. J. (2008a). What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? *BMJ: British Medical Journal*, *336*(7651), 995-998.

Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G. E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P. et Schünemann, H. J. (2008b). GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ: British Medical Journal*, *336*(7650), 924-926.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. et le groupe PRISMA. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses: The PRISMA statement. *BMJ*, *339*, b2535.

Stroup, D. F., Berlin, J. A., Morton, S. C., Olkin, I., Williamson, G. D., Rennie, D. ... pour le groupe MOOSE (Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology). (2000). Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology: A proposal for reporting. *JAMA*, *283*(15), DOI:10.1001/jama.283.15.2008.

# 1.1



## RÉSUMÉ DES SCHÉMAS D'ADMINISTRATION RECOMMANDÉS POUR UN AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX

---

### Avortement médicamenteux utilisant la mifépristone et le misoprostol

- Jusqu'à dix semaines de grossesse (70 jours depuis la date des dernières règles) :
  - Mifépristone 200 mg oralement
  - Misoprostol 800 µg par voie buccale, sublinguale ou vaginale 1 à 2 jours après la mifépristone
- Dix à treize semaines de grossesse :
  - Mifépristone 200 mg oralement
  - Misoprostol 600 µg par voie sublinguale ou 800 µg par voie vaginale 1 à 2 jours après la mifépristone, ensuite 400 µg de misoprostol par voie sublinguale ou vaginale toutes les trois heures jusqu'à expulsion
  - On peut également administrer 200 mg de mifépristone oralement suivis 1 à 2 jours plus tard de 800 µg de misoprostol par voie buccale, sublinguale ou vaginale ; la dose de misoprostol peut être répétée jusqu'à ce que l'avortement se produise
- À partir de treize semaines de grossesse :
  - Mifépristone 200 mg oralement
  - Misoprostol 400 µg par voie buccale, sublinguale ou vaginale 1 à 2 jours après la mifépristone, ensuite toutes les trois heures jusqu'à expulsion du fœtus et du placenta
  - Si la patiente est stable et si cette option lui convient, le prestataire peut lui laisser au moins quatre heures après expulsion du fœtus pour expulser le placenta

### Avortement médicamenteux utilisant le misoprostol seul

- Avant treize semaines de grossesse :
  - Misoprostol 800 µg par voie buccale, sublinguale ou vaginale toutes les trois heures jusqu'à expulsion
- À partir de treize semaines de grossesse (13 à 24 semaines) :
  - Misoprostol 400 µg par voie sublinguale ou vaginale toutes les trois heures jusqu'à expulsion du fœtus et du placenta
  - L'administration vaginale est plus efficace que l'administration sublinguale chez les femmes nullipares
  - Si la patiente est stable et si cette option lui convient, le prestataire peut lui laisser au moins quatre heures après expulsion du fœtus pour expulser le placenta

## Traitement médicamenteux lors d'avortement incomplet, de rétention fœtale ou de mort fœtale in utero (soins après avortement)

- Taille utérine inférieure à treize semaines :
  - Avortement incomplet :
    - Une dose unique de 600 µg de misoprostol par voie orale ou une dose unique de 400 µg de misoprostol par voie sublinguale ou (en l'absence de saignements vaginaux) par voie vaginale
  - Rétention fœtale :
    - Misoprostol 600 µg par voie sublinguale ou, en l'absence de saignements vaginaux, 800 µg par voie vaginale toutes les trois heures jusqu'à expulsion (1 à 3 doses en général)
    - Si disponible, ajouter un prétraitement par 200 mg de mifépristone par voie orale 1 à 2 jours avant le misoprostol
- Taille utérine supérieure ou égale à treize semaines :
  - Avortement incomplet
    - Misoprostol 400 µg par voie buccale, sublinguale ou, en l'absence de saignements vaginaux, par voie vaginale toutes les trois heures jusqu'à expulsion
  - Mort fœtale in utero (jusqu'à 24 semaines) :
    - Misoprostol 400 µg par voie sublinguale ou, en l'absence de saignements vaginaux, par voie vaginale toutes les 4 à 6 heures jusqu'à expulsion.
    - Si disponible, ajouter un prétraitement par 200 mg de mifépristone par voie orale 1 à 2 jours avant le misoprostol

Toutes les **Actualités cliniques**, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).

# 1.2



## ÉVACUATION UTÉRINE : REMPLACEMENT DU CURETAGE PAR L'ASPIRATION OU PAR DES MÉTHODES MÉDICAMENTEUSES

---

### Recommandation

L'aspiration intra-utérine ou l'avortement médicamenteux doivent remplacer le curetage (également désigné sous le terme de dilatation et curetage) dans le cadre des soins d'avortement et de soins après avortement.

### Poids de la recommandation

Important

### Qualité des éléments factuels

Modérée

**Dernière révision : 22 janvier 2021**

---

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) affirment que l'aspiration intra-utérine ou les schémas d'avortement médicamenteux utilisant le misoprostol doivent remplacer le curetage (FIGO, 2011 ; OMS, 2012). Là où il n'existe pas encore de services d'évacuation utérine, l'aspiration intra-utérine et l'avortement médicamenteux doivent être introduits.

Une revue de la littérature de 2010 par la collaboration Cochrane a montré que l'aspiration intra-utérine est aussi efficace que le curetage pour interrompre une grossesse tout en diminuant la durée de la procédure, ainsi que la perte de sang et la douleur associées à celle-ci (Tuncalp, Gulmezoglu et Souza, 2010) et qu'il est possible de l'introduire dans des structures qui ont recours au curetage (Kakinuma et al., 2020). Dans une série rétrospective de cas cliniques portant sur 80.437 femmes demandeuses d'un avortement, par rapport au curetage, l'aspiration intra-utérine était associée à un taux de complications majeures et mineures plus de deux fois moindre (Grimes, Schulz, Cates Jr et Tyler Jr, 1976). Une série plus récente incluant plus de 100.000 procédures d'avortement a permis de constater qu'un curetage, qu'il soit effectué seul ou en association avec une aspiration intra-utérine, était associé à une fréquence de complications significativement plus importante qu'une aspiration intra-utérine sans curetage, en particulier dans le cas d'un avortement incomplet (Sekiguchi, Ikeda, Okamura et Nakai, 2015).

Plusieurs études sur l'interruption volontaire de grossesse et les soins après avortement ont montré que, comme l'aspiration intra-utérine peut être pratiquée en ambulatoire par un médecin ou un prestataire de niveau intermédiaire sans anesthésie générale, son coût est significativement inférieur tant pour les systèmes de santé que pour les patientes (Benson, Okoh, KrennHrubic, Lazzarino et Johnston, 2012 ; Choobun, Khanuengkitkong et Pinjaroen, 2012 ; Farooq, Javed, Mumtaz et Naveed, 2011 ; Johnston, Akhter et Oliveras, 2012).

Bien qu'aucune étude n'ait comparé le curetage à la prise en charge médicamenteuse de l'interruption volontaire de grossesse, des avortements incomplets ou de la rétention fœtale, la sécurité et l'acceptabilité des méthodes médicamenteuses pour une évacuation utérine

sont clairement démontrées et ces méthodes semblent aussi efficaces que l'aspiration intra-utérine pour le traitement d'un avortement incomplet (Kulier et al., 2011 ; Neilson, Gyte, Hickey, Vazquez et Dou, 2013).

Le recours au curetage pour traiter un avortement incomplet ou une rétention fœtale peut avoir pour conséquence le syndrome d'Asherman (adhérences intra-utérines ou synéchies). Une revue rétrospective des résultats chez les patientes d'un centre de soins tertiaire a inclus 884 femmes ayant subi un curetage ou une aspiration manuelle intra-utérine ou ayant reçu un traitement au misoprostol suite à une fausse-couche précoce (Gilman Barber, Rhone et Fluker, 2014). Lors du suivi, 1,2% des femmes qui avaient été traitées par curetage présentaient un syndrome d'Asherman (6 sur 483), alors qu'aucun cas n'a été constaté parmi les 401 femmes traitées par aspiration intra-utérine ou au misoprostol.

## Bibliographie

- Benson, J., Okoh, M., KrennHrubec, K., Lazzarino, M. A. et Johnston, H. B. (2012). Public hospital costs of treatment of abortion complications in Nigeria. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 118(2), 60012-60015.
- Choobun, T., Khanuengkitkong, S. et Pinjaroen, S. (2012). A comparative study of cost of care and duration of management for first-trimester abortion with manual vacuum aspiration (MVA) and sharp curettage. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286(5), 1161-1164.
- Farooq, F., Javed, L., Mumtaz, A. et Naveed, N. (2011). Comparison of manual vacuum aspiration, and dilatation and curettage in the treatment of early pregnancy failure. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 23(3), 28-31.
- FIGO. (2011). Consensus statement on uterine evacuation. Retrieved from <https://www.figo.org/news/new-download-uterine-evacuation-figo-consensus-statement-0014150>
- Gilman Barber, A. R., Rhone, S. A. et Fluker, M. R. (2014). Curettage and Asherman's syndrome-lessons to (re-) learn? *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 36(11), 997-1001.
- Grimes, D. A., Schulz, K. F., Cates Jr, W. et Tyler, C. W., Jr. (1976). *The Joint Program for the Study of Abortion/ CDC: A Preliminary Report*. Paper presented at the Abortion in the Seventies: Proceeding of the Western Regional Conference on Abortion, Denver, Colorado.
- Johnston, H. B., Akhter, S. et Oliveras, E. (2012). Quality and efficiency of care for complications of unsafe abortion: A case study from Bangladesh. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 118(2), 60013-60017.
- Kakinuma, T., Kakinuma, K., Sakamoto, Y., Kawarai, Y., Saito, K., Ihara, M., Matsuda, Y., Sato, I., Ohwada, M., Yanagida, K. et Tanaka, H. (2020). Safety and efficacy of manual vacuum suction compared with conventional dilatation and sharp curettage and electric vacuum aspiration in surgical treatment of miscarriage: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16;20(1), 695.
- Kulier, R., Kapp, N., Gulmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L. et Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(11).
- Neilson, J. P., Gyte, G. M., Hickey, M., Vazquez, J. C. et Dou, L. (2013). Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 28(3).
- Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (2e éd.). Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.
- Sekiguchi, A., Ikeda, T., Okamura, K. et Nakai, A. (2015). Safety of induced abortions at less than 12 weeks of pregnancy in Japan. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 129(1), 54-57.
- Tuncalp, O., Gulmezoglu, A. M. et Souza, J. P. (2010). Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(9).

**Toutes les Actualités cliniques, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

# 1.3



## 1. Recommandations générales concernant les soins d'avortement

### ANTIBIOTHÉRAPIE PROPHYLACTIQUE LORS D'UNE ASPIRATION INTRA-UTÉRINE ET D'UNE PROCÉDURE DE DILATATION ET ÉVACUATION

---

#### Recommandation

- Administrer une antibiothérapie prophylactique avant une aspiration intra-utérine ou une procédure de dilatation et évacuation.
- Si l'on ne dispose pas d'antibiotiques, on doit malgré tout proposer une procédure d'évacuation utérine.
- Administrer une antibiothérapie curative aux femmes qui présentent des signes ou symptômes d'infections sexuellement transmissibles ; les partenaires de ces patientes nécessitent également un traitement. Le traitement ne doit en aucun cas retarder l'évacuation utérine

#### Poids de la recommandation

Important

#### Qualité des éléments factuels

- Aspiration intra-utérine : élevée
- Dilatation et évacuation : très faible
- Avortement incomplet ou rétention fœtale : modérée

Dernière révision : 22 janvier 2021

---

#### Risque d'infection

Lorsque l'on utilise des mesures objectives pour diagnostiquer les infections consécutives à un avortement par aspiration intra-utérine pratiqué avant treize semaines de grossesse, le taux d'infection varie de 0,01 à 2,44% (Achilles et Reeves, 2011). Les études réalisées aux États-Unis avant le recours systématique à une antibiothérapie prophylactique font état de taux d'infection de 0,8 à 1,6% suite à une procédure de dilatation et évacuation (Achilles et Reeves, 2011).

#### Éléments factuels en faveur d'une antibiothérapie prophylactique

Une méta-analyse par la collaboration Cochrane de dix-neuf études cliniques randomisées et contrôlées a montré que l'administration prophylactique d'antibiotiques au moment d'une interruption volontaire de grossesse avant treize semaines de grossesse réduit dans une mesure significative le risque d'infection (Low, Mueller, Van Vliet et Kapp, 2012). Les éléments factuels en faveur d'une antibiothérapie prophylactique avant une procédure de dilatation et évacuation sont limités ; néanmoins, en raison du bénéfice démontré d'une antibiothérapie prophylactique avant une aspiration intra-utérine, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2014), la Society of Family Planning (Achilles et Reeves, 2011), l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2018) et le Royal College of Obstetri-

cians and Gynaecologists (RCOG, 2015) recommandent une antibiothérapie prophylactique chez toutes les patientes qui subissent une aspiration intra-utérine ou une procédure de dilatation et évacuation.

Cinq études randomisées se sont intéressées au recours à une antibiothérapie prophylactique avant une aspiration intra-utérine ou un curetage pour avortement incomplet ou rétention fœtale (soins après avortement) (Lissauer et al., 2019 ; Prieto, Eriksen et Blanco, 1995 ; Ramin et al., 1995 ; Seeras, 1989 ; Titipant et Cherdchoogiat, 2012). Une vaste étude randomisée multinationale qui s'est intéressée à l'antibiothérapie prophylactique actuellement recommandée a conclu que, par rapport au groupe placebo, moins de patientes du groupe ayant reçu une antibiothérapie prophylactique avaient développé une infection après leur avortement, cela en recourant à des critères internationaux stricts de diagnostic d'une infection pelvienne (Lissauer et al., 2019 ; Serwadda, 2019). Une analyse secondaire de cette étude a montré qu'une antibiothérapie prophylactique est rentable, estimant qu'une prophylaxie systématique permettait d'économiser 8,5 millions de dollars dans deux régions, l'Afrique subsaharienne et l'Asie du sud (Goranitis et al., 2019). Les quatre autres études n'ont pas mis en évidence de différence significative en termes de taux d'infection après un avortement entre les groupes ayant reçu une antibiothérapie prophylactique et ceux ayant reçu un placebo ou aucun traitement. Cependant toutes ces études sont entachées de graves insuffisances méthodologiques, notamment par la petite taille de la population étudiée, la dose d'antibiotiques inadéquate ou la mauvaise observance du protocole (Prieto, Eriksen et Blanco, 1995 ; Ramin et al., 1995 ; Seeras, 1989 ; Titipant et Cherdchoogiat, 2012).

L'administration d'une antibiothérapie prophylactique est plus efficace qu'un dépistage de toutes les patientes pour traiter uniquement celles qui présentent des signes d'infection (Levallois et Rioux, 1988). L'impossibilité de fournir des antibiotiques ne doit cependant pas limiter l'accès à l'avortement (OMS, 2014), puisque le risque global d'infection après une procédure d'avortement est extrêmement faible.

## Schéma de traitement

Un grand nombre d'études se sont intéressées aux schémas d'administration d'antibiotiques pour un traitement prophylactique avant un avortement ; il n'a cependant pas été possible de déterminer l'antibiotique, la dose et le moment d'administration idéaux (Achilles et Reeves, 2011 ; Low et al., 2012). Les tétracyclines (doxycycline) et les nitro-imidazoles (métronidazole et tinidazole) sont fréquemment utilisés en raison de leur efficacité, de leur facilité d'administration orale, de leur prix peu élevé et du faible risque de réactions allergiques (Achilles et Reeves, 2011 ; O'Connell, Jones, Lichtenberg et Paul, 2008). Bien que les études portant sur l'avortement soient limitées (Caruso et al., 2008), les éléments factuels de la littérature concernant l'obstétrique (Costantine et al., 2008), la gynécologie (Mittendorf et al., 1993) et la chirurgie générale (Classen et al., 1992) sont en faveur de la pratique consistant à administrer des antibiotiques avant la procédure afin de diminuer le risque d'infection. L'administration d'antibiotiques ne doit pas se poursuivre après l'avortement (Achilles et Reeves, 2011 ; Caruso et al., 2008 ; Levallois et Rioux, 1988 ; Lichtenberg et Shott, 2003).

Le tableau ci-après reprend les schémas de traitement recommandés par les organisations professionnelles. Ces schémas reposent sur des données cliniques et des avis de spécialistes.

**Tableau 1.3.1. Schémas d'antibiothérapie prophylactique**

SCHÉMAS DE TRAITEMENT USUELS	AUTEUR DE LA RECOMMANDATION
Doxycycline 200 mg oralement avant la procédure <i>ou</i> Azithromycine 500 mg oralement avant la procédure <i>ou</i> Métronidazole 500 mg oralement avant la procédure	Planned Parenthood Federation of America (PPFA, 2016)
Doxycycline 200 mg oralement 2 heures au maximum avant la procédure <i>ou</i> Azithromycine 500 mg oralement 2 heures au maximum avant la procédure	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG, 2015)
Doxycycline 200 mg oralement dans l'heure qui précède la procédure	American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2018)

### Antibiotiques en association avec des dilatateurs osmotiques

Bien que cela n'ait pas été étudié de manière approfondie, la préparation du col au moyen de dilatateurs osmotiques ne semble pas accroître le risque d'infection (Fox et Krajewski, 2014 ; Jonasson, Larsson, Bygdeman et Forsum, 1989). Certains prestataires débutent les antibiotiques au moment de la mise en place du dilatateur osmotique mais aucune étude n'a évalué le bénéfice d'une telle pratique (White et al., 2018).

### Antibiothérapie curative

Les patientes à haut risque doivent être dépistées pour les infections sexuellement transmissibles en plus de l'antibiothérapie prophylactique. Les femmes qui présentent des signes et symptômes d'infections sexuellement transmissibles doivent bénéficier sans retard de soins d'avortement et recevoir une antibiothérapie appropriée conformément aux schémas de traitement basés sur des données factuelles (OMS, 2014 ; OMS, 2005). Les partenaires de ces patientes nécessitent également un traitement (OMS, 2016).

### Bibliographie

Achilles, S. L. et Reeves, M. F. (2011). Society of Family Planning Clinical Guideline 20102: Prevention of infection after induced abortion. *Contraception*, 83(4), 295-309.

American College of Obstetrics and Gynecology. (2018). Practice Bulletin No. 195: Prevention of infection after gynecologic procedures. *Obstetrics & Gynecology*, 131(6), e172-e189.

Caruso, S., Di Mari, L., Cacciatore, A., Mammana, G., Agnello, C. et Cianci, A. (2008). Antibiotic prophylaxis with prulifloxacin in women undergoing induced abortion: A randomized controlled trial. *Minerva Ginecologica*, 60(1), 1-5.

Classen, D. C., Evans, R. S., Pestotnik, S. L., Horn, S. D., Menlove, R. L. et Burke, J. P. (1992). The timing of prophylactic administration of antibiotics and the risk of surgical-wound infection. *The New England Journal of Medicine*, 326(5), 281-286.

Costantine, M. M., Rahman, M., Ghulmiyah, L., Byers, B. D., Longo, M., Wen, T. et Saade, G. R. (2008). Timing of perioperative antibiotics for cesarean delivery: A meta-analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 199(3), 301-306.

- Fox, M. C. et Krajewski, C. M. (2014). Society of Family Planning Clinical Guideline 20134: Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks' gestation. *Contraception*, 89(2), 75-82.
- Goranitis, I., Lissauer, D. M., Coomarasamy, A., Wilson, A., Daniels, J., Middleton, L., ... et Roberts, T. E. (2019). Antibiotic prophylaxis in the surgical management of miscarriage in low-income countries: a cost-effectiveness analysis of the AIMS trial. *The Lancet Global Health*, 7(9), e1280-e1286.
- Jonasson, A., Larsson, B., Bygdeman, S. et Forsum, U. (1989). The influence of cervical dilatation by laminaria tent and with Hegar dilators on the intrauterine microflora and the rate of postabortal pelvic inflammatory disease. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 68(5), 405-410.
- Levallois, P. et Rioux, J. E. (1988). Prophylactic antibiotics for suction curettage abortion: Results of a clinical controlled trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 158(1), 100-105.
- Lichtenberg, E. S. et Shott, S. (2003). A randomized clinical trial of prophylaxis for vacuum abortion: 3 versus 7 days of doxycycline. *Obstetrics & Gynecology*, 101(4), 726-731.
- Lissauer, D., Wilson, A., Hewitt, C.A., Middleton, L., Bishop, J.R.B., Daniels, J., ... et Coomarasamy, A. (2019). A randomized trial of prophylactic antibiotics for miscarriage surgery. *The New England Journal of Medicine*, 380(11), 1012-1021.
- Low, N., Mueller, M., Van Vliet, H. et Kapp, N. (2012). Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD005217.
- Mittendorf, R., Aronson, M. P., Berry, R. E., Williams, M. A., Kupelnick, B., Klickstein, A. et Chalmers, T. C. (1993). Avoiding serious infections associated with abdominal hysterectomy: A meta-analysis of antibiotic prophylaxis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 169(5), 1119-1124.
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2016). *Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016-2021*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2005). *Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur : Guide de pratiques essentielles*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.
- Planned Parenthood Federation of America. (2016). *Manual of Medical Standards and Guidelines*. Washington, D.C.: Planned Parenthood Federation of America.
- Prieto, J. A., Eriksen, N. L. et Blanco, J. D. (1995). A randomized trial of prophylactic doxycycline for curettage in incomplete abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 85(5), 692-696.
- Ramin, K. D., Ramin, S. M., Hemsell, P. G., Nobles, B. J., Heard, M. C., Johnson, V. B. et Hemsell, D. L. (1995). Prophylactic antibiotics for suction curettage in incomplete abortion. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, 2(5), 213-217.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2015). *Best Practice Paper No. 2: Best practice in comprehensive abortion care*. Londres: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press.
- Seeras, R. (1989). Evaluation of prophylactic use of tetracycline after evacuation in abortion in Harare Central Hospital. *East African Medical Journal*, 66(9), 607-610.
- Serwadda, D. M. (2019). To give or not to give prophylactic antibiotics for miscarriage surgery? *The New England Journal of Medicine*, 380(11), 1075-1076.
- Titapant, V. et Cherdchoogjeat, P. (2012). Effectiveness of cefoxitin on preventing endometritis after uterine curettage for spontaneous incomplete abortion: A randomized controlled trial study. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 95(11), 1372-1377.
- White, K. O., Jones, H. E., Shorter, J., Norman, W. V., Guilbert, E., Lichtenberg, E. S. et Paul, M. (2018). Second-trimester surgical abortion practices in the United States. *Contraception*, 98, 95-99.

**Toutes les Actualités cliniques, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

# 1.4



## 1. Recommandations générales concernant les soins d'avortement

### ANTIBIOTHÉRAPIE PROPHYLACTIQUE LORS D'UN AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX

---

#### Recommandation

- Une antibiothérapie systématique n'est pas recommandée chez les femmes qui subissent un avortement médicamenteux.
- Administrer une antibiothérapie curative aux femmes qui présentent des signes ou symptômes d'infections sexuellement transmissibles. Les partenaires de ces patientes nécessitent également un traitement. Le traitement ne doit en aucun cas retarder l'avortement médicamenteux.

#### Poids de la recommandation

faible

#### Qualité des éléments factuels

très faible

Dernière révision : 22 janvier 2021

---

#### Risque d'infection

Le risque global d'infection dans les études prospectives portant sur l'avortement médicamenteux par la mifépristone et une prostaglandine avant treize semaines de grossesse est de l'ordre de 13 à 0,5% (Achilles et Reeves, 2011 ; Chen et Creinin, 2015 ; Upadhyay et al., 2015). Les infections graves nécessitant une hospitalisation sont extrêmement peu fréquentes : dans des études rétrospectives à grande échelle réalisées aux États-Unis, leur incidence variait entre 0,03 et 0,09% (Fjerstad, Trussel, Sivin, Lichtenberg et Cullins, 2009 ; Henderson, Hwang, Harper et Stewart, 2005).

Les taux d'infection consécutive à un avortement médicamenteux à partir de treize semaines de grossesse sont plus difficiles à déterminer, dans la mesure où la fièvre est un effet indésirable fréquent suite à l'administration de doses répétées de prostaglandines. Les données disponibles font état d'un taux d'infection de 1 à 3% après un avortement médicamenteux à partir de treize semaines de grossesse (Achilles et Reeves, 2011).

#### Mortalité associée à des infections

Neuf cas d'infection généralisée fatale à clostridies sont survenus en Amérique du Nord suite à un avortement médicamenteux par la mifépristone et le misoprostol (Cohen et al., 2007 ; Fischer et al., 2005 ; Meites, Zane et Gould, 2010 ; Sinave, Le Templier, Blouin, Leveille et Deland, 2002). Un décès dû à un streptocoque du groupe A a été décrit en Australie et un décès dû à *Clostridium sordelli* a été signalé au Portugal (Reis et al., 2011) chez des femmes ayant utilisé la mifépristone et le misoprostol. Le taux global de mortalité consécutif à des infections après un avortement médicamenteux demeure extrêmement faible, à savoir 0,58 par 100.000 avortements médicamenteux (Meites et al., 2010).

## Antibiothérapie prophylactique

Il n'y a pas eu d'études randomisées et contrôlées portant sur les effets d'une antibiothérapie prophylactique sur les conséquences d'un avortement médicamenteux (Achilles et Reeves, 2011 ; Low, Mueller, Van Vliet et Kapp, 2012). En raison du nombre important de femmes qui devraient recevoir des antibiotiques pour prévenir une seule infection et du coût et des effets indésirables des antibiotiques, l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2014), la *Society of Family Planning* (Achilles et Reeves, 2011), le *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG, 2015) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2014) ne préconisent pas l'administration systématique d'antibiotiques avant un avortement médicamenteux.

## Antibiothérapie curative

Les patientes à haut risque doivent faire l'objet d'un dépistage des infections sexuellement transmissibles. Les femmes qui présentent des signes et symptômes d'infections sexuellement transmissibles doivent bénéficier sans retard de soins d'avortement et recevoir une antibiothérapie appropriée conformément aux schémas de traitement basés sur des données factuelles (OMS, 2014 ; OMS, 2005). Les partenaires de ces patientes nécessitent également un traitement (OMS, 2016).

## Bibliographie

Achilles, S. L. et Reeves, M. F. (2011). Society of Family Planning Clinical Guideline 20102: Prevention of infection after induced abortion. *Contraception*, 83(4), 295-309.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). Practice Bulletin No. 104. 143: Medical management of first-trimester abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 123(3), 676-692.

Chen, M. J. et Creinin, M. D. (2015). Mifepristone with buccal misoprostol for medical abortion: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 126(1), 12-21.

Cohen, A. L., Bhatnagar, J., Reagan, S., Zane, S. B., D'Angeli, M. A., Fischer, M., McDonald, L. C. (2007). Toxic shock associated with *Clostridium sordellii* and *Clostridium perfringens* after medical and spontaneous abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 110(5), 1027-1033.

Fischer, M., Bhatnagar, J., Guarner, J., Reagan, S., Hacker, J. K., Van Meter, S. H. et Zaki, S. R. (2005). Fatal toxic shock syndrome associated with *Clostridium sordellii* after medical abortion. *New England Journal of Medicine*, 353(22), 2352-2360.

Fjerstad M., Trussell J., Sivin I., Lichtenberg E.S. et Cullins V. (2009). Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion. *New England Journal of Medicine*, 361(2), 145-151.

Henderson, J. T., Hwang, A. C., Harper, C. C. et Stewart, F. H. (2005). Safety of mifepristone abortions in clinical use. *Contraception*, 72(3), 175-178.

Low, N., Mueller, M., Van Vliet, H. et Kapp, N. (2012). Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD005217.

Meites, E., Zane, S. et Gould, C. (2010). Fatal *Clostridium sordellii* infections after medical abortions. *New England Journal of Medicine*, 363(14), 1382-1383.

Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2016). *Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016-2021*. Genève: Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2005). *Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur : Guide de pratiques essentielles*. Genève: Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.

Reis, T., Chaves, C., Soares, A., Moreira, M., Boaventura, L. et Ribiero, G. (2011). A *Clostridium sordellii* fatal toxic shock syndrome post-medical-abortion in Portugal. Publication présentée lors du *21st European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases* (ECCMID).

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2015). *Best Practice Paper No. 2: Best practice in comprehensive abortion care*. Londres: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press.

Sinave, C., Le Templier, G., Blouin, D., Leveille, F. et Deland, E. (2002). Toxic shock syndrome due to *Clostridium sordellii*: A dramatic postpartum and postabortion disease. *Clinical Infectious Diseases*, 35(11), 1441-1443.

Upadhyay, U. D., Desai, S., Zlidar, V., Weitz, T. A., Grossman, D., Anderson, P. et Taylor, D. (2015). Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 125(1), 175-183.

**Toutes les *Actualités cliniques*, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

## AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX : CONTRE-INDICATIONS ET PRÉCAUTIONS

1.5  
▼

### Recommandation

	SCHÉMAS UTILISANT LA MIFÉPRISTONE ET LE MISOPROSTOL	SCHÉMAS UTILISANT LE MISOPROSTOL SEUL
Contre-indications	<p>Antécédents de réaction allergique à la mifépristone ou au misoprostol</p> <p>Grossesse extra-utérine confirmée ou suspectée</p> <p>Porphyrie héréditaire</p> <p>Insuffisance surrénalienne chronique</p>	<p>Antécédents de réaction allergique au misoprostol</p> <p>Grossesse extra-utérine confirmée ou suspectée</p>
Précautions	<p>Dispositif intra-utérin en place</p> <p>Problèmes de santé graves ou instables, notamment, cette liste n'étant pas limitative, trouble hémorragique, pathologie cardiaque, anémie importante</p> <p>Asthme sévère non contrôlé ou traitement à long terme par des corticostéroïdes</p>	<p>Présence d'un dispositif intra-utérin</p> <p>Problèmes de santé graves ou instables, notamment, cette liste n'étant pas limitative, trouble hémorragique, pathologie cardiaque, anémie importante</p>

### Poids de la recommandation

faible

### Qualité des éléments factuels

spécifiée ci-après pour chaque contre-indication ou précaution spécifique

Dernière révision : 22 janvier 2021

### Définitions

*Contre-indications* : Si une femme se trouve dans l'une de ces situations spécifiques, on ne doit en aucun cas lui proposer un avortement médicamenteux par le schéma de traitement correspondant. On peut lui proposer une aspiration intra-utérine, une procédure de dilatation et évacuation ou un traitement pour une grossesse extra-utérine, selon le cas.

*Précautions* : Si une femme se trouve dans l'une de ces situations spécifiques, un avortement médicamenteux par le schéma de traitement correspondant peut être associé à des

risques plus importants que la normale. Il convient d'envisager les risques, les avantages et les alternatives à un avortement médicamenteux. Le recours à un avortement médicamenteux chez une femme qui se trouve dans l'une de ces situations nécessite éventuellement un niveau de jugement clinique plus élevé, davantage de compétence de la part du prestataire et un suivi plus attentif. Le renvoi vers un établissement hospitalier de niveau supérieur ou un autre traitement peuvent être nécessaires.

## Contre-indications

*Antécédents de réaction allergique à l'un des médicaments utilisés* : Des réactions allergiques ont été décrites après l'utilisation de mifépristone et de misoprostol (Bene et al., 2014 ; Cruz et al., 2009 ; Hauseknecht, 2003 ; Sahraei, Mirabzadeh et Eshraghi, 2016 ; Schoen, Campbell, Maratas et Cheung ; Zhang, Qian, Hong et Lu, 2019). *Qualité des éléments factuels* : élevée

*Grossesse extra-utérine confirmée ou suspectée* : La mifépristone et le misoprostol ne traitent pas une grossesse extra-utérine et l'utilisation de ces médicaments risque de retarder le diagnostic de cette pathologie représentant une menace pour le pronostic vital. *Qualité des éléments factuels* : élevée

*Porphyrie héréditaire* : Les porphyries sont un groupe de troubles métaboliques rares dans lesquels des mutations génétiques altèrent la synthèse de l'hème par l'organisme. Théoriquement, la mifépristone pourrait exacerber les symptômes de porphyrie (Ventura, Cappellini et Rochi, 2009). *Qualité des éléments factuels* : faible. *Il n'y a pas eu d'études humaines mais les modèles animaux indiquent un effet de la mifépristone* (Cable, Pepe, Donohue, Lambrecht et Bonkovsky, 1994).

*Insuffisance surrénalienne chronique* : La mifépristone est un antagoniste des récepteurs des glucocorticoïdes (Spitz et Bardin, 1993). Elle bloque les mécanismes de feedback négatif qui contrôlent la sécrétion de cortisol. Chez les patientes souffrant d'insuffisance surrénalienne sous traitement à long terme par des corticostéroïdes, l'exposition à la mifépristone est susceptible d'exacerber la maladie sous-jacente (Sitruk-Ware et Spitz, 2003). *Qualité des éléments factuels* : très faible. *On ne dispose pas de données sur l'utilisation de mifépristone chez les femmes enceintes souffrant d'insuffisance surrénalienne mais des données expérimentales et chez l'animal sont en faveur de cette recommandation.*

## Précautions

*Présence d'un dispositif intra-utérin* : Si une femme est enceinte avec un dispositif intra-utérin en place, cela implique un risque significativement plus élevé de grossesse extra-utérine (Barnhart, 2009) et cette patiente doit être évaluée pour rechercher une éventuelle grossesse extra-utérine. Si la grossesse s'avère être intra-utérine, il est nécessaire de retirer le dispositif intra-utérin avant le début de l'avortement médicamenteux en raison du risque théorique de perforation utérine suite aux contractions lors de l'avortement médicamenteux et du risque potentiel d'infection (Danco, 2016 ; Davey, 2006). *Qualité des éléments factuels* : très faible. *Il n'y a pas eu d'études pour vérifier si la présence d'un dispositif intra-utérin engendre réellement des risques lors d'un avortement médicamenteux.*

*Problèmes de santé graves ou instables* : Les études sur l'avortement médicamenteux excluent généralement les femmes souffrant d'anémie sévère ou de graves problèmes médicaux (Christin-Maitre, Bouchard et Spitz, 2000 ; Sitruk-Ware et Spitz, 2003). Un cas clinique (Hou, 2016) décrit la réussite d'un avortement médicamenteux chez une patiente souffrant d'une légère hémophilie ; cette patiente a reçu un traitement médicamenteux supplémentaire spécifique pour minimiser le risque de saignements. Trois cas cliniques décrivent un

spasme vasculaire aigu des artères coronaires induit par le misoprostol qui a nécessité dans un cas la mise en place d'une endoprothèse vasculaire coronaire (Illa, Bennasar, Berge, Font et Palacio, 2010 ; Mazhar, Sultana et Akram, 2018 ; Munoz-Franco, Lacunza-Ruiz, Vazquez-Andres et Rodriguez-Hernandez, 2019). Le choix de proposer ou non un avortement médicamenteux aux patientes souffrant de problèmes médicaux dépendra du jugement clinique du prestataire, des possibilités de monitoring et des options disponibles pour des soins d'avortement sécurisé. *Qualité des éléments factuels : très faible.*

*Asthme sévère non contrôlé ou traitement à long terme par des corticostéroïdes* : La mifépristone est un antagoniste des récepteurs des glucocorticoïdes (Spitz et Bardin, 1993). Elle bloque les mécanismes de feedback endocrinien négatif qui contrôlent la sécrétion de cortisol. Chez les patientes sous traitement corticoïde à long terme pour asthme sévère ou non contrôlé, la mifépristone est susceptible d'exacerber la maladie sous-jacente (Sitruk-Ware et Spitz, 2003). Il n'y a pas eu d'études directes sur l'avortement médicamenteux chez les patientes sous traitement par des corticostéroïdes mais un article de revue suggère qu'une augmentation de la dose de stéroïdes pourrait contrecarrer l'effet antagoniste de la mifépristone sur le cortisol (Davey, 2006).

L'avortement médicamenteux n'a pas été étudié chez les patientes asthmatiques nécessitant un traitement systémique par des corticostéroïdes puisque l'administration de mifépristone à ces patientes engendre un risque d'exacerbation de leur asthme. Un article de revue suggère de se montrer particulièrement prudent lors d'administration de mifépristone à ces patientes et de ne le faire que si leur asthme est bien contrôlé (Davey, 2006). La dose de glucocorticoïdes doit être augmentée pendant plusieurs jours avant et après la mifépristone. D'autres spécialistes recommandent de ne pas administrer de mifépristone aux patientes souffrant d'asthme sévère insuffisamment contrôlé qui sont sous traitement à long terme par des corticostéroïdes en raison du caractère potentiellement mortel d'une crise d'asthme aiguë (Christin-Maitre et al., 2000 ; Creinin et Gemzell Danielsson, 2009 ; Sitruk-Ware, 2006).

Les corticostéroïdes en inhalation pour le traitement de l'asthme ne sont pas absorbés par voie systémique et ne constituent pas une contre-indication à la mifépristone. Certains spécialistes recommandent de proposer l'utilisation de la mifépristone et du misoprostol aux patientes asthmatiques qui ne sont pas sous traitement à long terme par des stéroïdes par voie systémique (Creinin et Gemzell Danielsson, 2009). *Qualité des éléments factuels : très faible.*

## Bibliographie

- Barnhart, K. T. (2009). Clinical practice. Ectopic pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 361(4), 379-387.
- Bene, J., Alarcon, P., Faucon, M., Auffret, M., Delfosse, F., Becker, T., ... Gautier, S. (2014). Anaphylactic shock after misoprostol in voluntary termination pregnancy-a case report. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 182, 260-261.
- Cable, E. E., Pepe, J. A., Donohue, S. E., Lambrecht, R. W. et Bonkovsky, H. L. (1994). Effects of mifepristone (RU-486) on heme metabolism and cytochromes P-450 in cultured chick embryo liver cells, possible implications for acute porphyria. *European Journal of Biochemistry*, 225(2), 651-657.
- Christin-Maitre, S., Bouchard, P. et Spitz, I. M. (2000). Medical termination of pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 342(13), 946-956.
- Creinin, M. et Gemzell Danielsson K. (2009). Medical abortion in early pregnancy. In M. Paul, E. S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes, P. G. Stubblefield et M. D. Creinin (eds), *Management of unintended and abnormal pregnancy*. West Sussex, Royaume-Uni: Wiley-Blackwell.
- Cruz, M. J., Duarte, A. F., Baudrier, T., Cunha, A. P., Barreto, F. et Azevedo, F. (2009). Lichenoid drug eruption induced by misoprostol. *Contact Dermatitis*, 61, 240-242.

Danco Laboratories, LLC. (2016). Informations de prescription concernant Mifeprex®. Accessible via : [www.earlyoptionpill.com](http://www.earlyoptionpill.com)

Davey, A. (2006). Mifepristone and prostaglandin for termination of pregnancy: Contraindications for use, reasons, and rationale. *Contraception*, 74(1), 16-20.

Hausknecht, R. (2003). Mifepristone and misoprostol for early medical abortion: 18 months experience in the United States. *Contraception*, 67(6), 463-465.

Hou, M. Y. (2016). Uncomplicated abortion with mifepristone and misoprostol in hemophilia A carrier. *Contraception*, 94(2), 187-189.

Illa, M., Bannasar, M., Berge, R., Font, C. et Palacio, M. (2010). Acute coronary artery vasospasm associated with misoprostol for termination of pregnancy. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 27, 174-177.

Mazhar, F., Sultana, J. et Akram, S. (2018). Misoprostol-induced acute coronary syndrome in a premenopausal woman: A case report with literature review. *Current Drug Safety*, 13(1), publication électronique, sous presse.

Munoz-Franco, F. M., Lacunza-Ruiz, F. J., Vazquez-Andres, D. J. et Rodriguez-Hernandez, J. R. (2019). Coronary artery vasospasm after misoprostol treatment for incomplete abortion: A case report. *Contraception*, 100(6), 498-501.

Sahraei, Z., Mirabzadeh, M. et Eshraghi, A. (2016). Erythema multiforme associated with misoprostol: A case report. *American Journal of Therapeutics*, 23(5), e1230-1233.

Schoen, C., Campbell, C., Maratas, A. et Cheung, K. (2014). Anaphylaxis to buccal misoprostol for labor induction. *Obstetrics & Gynecology*, 124(2, Part 2, Supplement 1), 466-468.

Sitruk-Ware, R. (2006). Mifepristone and misoprostol sequential regimen side effects, complications and safety. *Contraception*, 74(1), 48-55.

Sitruk-Ware, R. et Spitz, I. M. (2003). Pharmacological properties of mifepristone: Toxicology and safety in animal and human studies. *Contraception*, 68(6), 409-420.

Spitz, I. M. et Bardin, C. W. (1993). Mifepristone (RU-486)—A modulator of progestin and glucocorticoid action. *New England Journal of Medicine*, 329(6), 404-412.

Ventura, P., Cappellini M. D. et Rochi, E. (2009). The acute porphyrias: A diagnostic and therapeutic challenge in internal and emergency medicine. *Internal and Emergency Medicine*, 4(4), 297-308.

Zhang, L., Qian, M., Hong, L. et Wu, Q. (2020). First case report of acute generalized exanthemous pustulosis (AGEP) caused by mifepristone. *Contact Dermatitis*, 82(3), 177-179.

**Toutes les Actualités cliniques, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

### MISOPROSTOL : QUALITÉ DU PRODUIT

---

1.6  
▼

#### Recommandation

- Les prestataires de soins doivent suivre les taux de réussite des avortements médicamenteux pour avoir la certitude qu'ils utilisent un produit efficace.
- Acheter du misoprostol conditionnée en plaquettes thermoformées à double couche d'aluminium et le conserver dans son emballage d'origine ; contrôler l'intégrité du conditionnement avant usage. Éviter d'acheter des plaquettes thermoformées en chlorure de polyvinyle (PVC) ou en chlorure de polyvinylidène (PVDC)/aluminium.
- Conserver le misoprostol à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

#### Poids de la recommandation

important

#### Qualité des éléments factuels

faible

**Dernière révision : 22 janvier 2021**

---

#### Fabrication et qualité du misoprostol

Les bonnes pratiques de fabrication sont un système qui vise à garantir que la production des médicaments est toujours conforme aux normes de qualité (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2014). Il existe au moins trente à quarante fabricants de misoprostol dans le monde et certains de ces fabricants sous-traitent la production de ce médicament, de sorte qu'il est difficile de veiller à l'application des bonnes pratiques de fabrication et de garantir la qualité de toutes les dénominations commerciales (Hall et Tagontong, 2016). Les marques commerciales de misoprostol homologuées par des organismes de réglementation exigeants (tels que l'Union européenne ou la Food and Drug Administration aux États-Unis) ou préqualifiés par l'OMS (OMS-PQ) sont conformes aux bonnes pratiques de fabrication et sont de bonne qualité (Hagen, Bizimana, Kayumba, Khyluzza et Heide, 2020a).

L'exposition à la chaleur et à l'humidité lors de la fabrication, du conditionnement, du transport ou et l'entreposage est susceptible de compromettre la stabilité et la qualité du misoprostol (Cayman Chemical, 2012 ; Hagen et al., 2020a). Une détérioration diminue l'efficacité du misoprostol, ce qui a pour conséquence un moindre taux de réussite des avortements médicamenteux et un échec du traitement des avortements incomplets et des hémorragies post-partum.

Trois études se sont intéressées à la qualité des produits à base de misoprostol disponibles dans les pays à faible et moyen niveau de revenu. Une étude de 2016 a analysé 215 échantillons de misoprostol provenant de divers pays répartis dans le monde entier (Hall et Tagontong, 2016). Lorsque les échantillons ont été testés pour la teneur en substance active et la pureté, 5% contenaient davantage de misoprostol qu'indiqué (110 à 121% de la teneur

annoncée afin de permettre un certain degré de dégradation), 55% étaient conformes aux spécifications de la Pharmacopée européenne, ce qui implique une teneur en substance active comprise entre 90 et 100% de celle annoncée et 40% se situaient au-dessous des spécifications avec moins de 90% de la teneur annoncée. Sur les 85 qui se situaient au-dessous des spécifications, 14 ne contenaient pas du tout de misoprostol. Une étude de 2018 a testé la qualité de 166 échantillons de misoprostol obtenus auprès de différents prestataires de soins au Nigéria, depuis des centres médicaux fédéraux et des hôpitaux d'état jusqu'à des revendeurs de médicaments brevetés et exclusifs (Anyakora et al., 2018). Même si tous les échantillons avaient satisfait à une inspection visuelle, 34% d'entre eux ne répondaient pas aux spécifications définies. Une étude similaire menée au Malawi a permis de constater que 23 échantillons sur 30 obtenus dans des centres de santé et des pharmacies répartis dans tout le pays répondaient aux spécifications en ce qui concernait le misoprostol ; tous les échantillons qui répondaient aux spécifications étaient conditionnés dans des plaquettes thermoformées à double couche d'aluminium (Hagen, Khuluza et Heide, 2020b). Une revue systématique et une méta-analyse de la qualité des médicaments, y compris les ocytocines, dans des pays à faible et moyen niveau de revenu et qui incluait ces trois études a constaté que 39% de l'ensemble des échantillons de misoprostol ne répondaient pas aux spécifications (Torloni, Os, Betrán, Ribeiro-do-Valle et Widmer, 2020).

Trois facteurs influencent l'intégrité du misoprostol :

- impact de l'humidité à tous les stades, depuis la production jusqu'à la patiente
- fabrication et qualité de la substance active pharmaceutique
- conditionnement

### **Utilisation clinique et stockage**

Même le misoprostol fabriqué dans des conditions de qualité élevée et correctement conditionné peut se détériorer s'il est transporté ou conservé dans des conditions où il est exposé pendant des périodes prolongées à la chaleur ou à l'humidité. Le misoprostol de bonne qualité est stable à condition d'être conservé à température ambiante (25°C et 60% d'humidité). Il n'y a pas eu d'études à grande échelle sur le terrain sur la stabilité du misoprostol sous des climats tropicaux mais des études en laboratoire ont montré que le misoprostol est moins stable lorsqu'il est exposé à l'humidité ou à la chaleur (Chu, Wang, Pang et Rogers, 2007 ; OMS, 2009).

Le misoprostol conditionné dans des plaquettes thermoformées à double couche d'aluminium (aluminium au-dessus et au-dessous) est celui qui conserve le plus de substance active : après un an, 100% des comprimés conditionnés dans des plaquettes thermoformées en plastique et aluminium se seront dégradés, contre seulement 28% des comprimés conditionnés dans des plaquettes thermoformées à double couche d'aluminium (Hall et Tagong, 2016). L'intégrité de la plaquette thermoformée à double couche d'aluminium doit être préservée pour maintenir l'activité du médicament (Hagen et al., 2020a). En cas d'ouverture ou de perforation accidentelle du conditionnement, même à température ambiante normale, l'activité des comprimés se dégrade déjà après les 48 heures et continue à se dégrader au fil du temps (Berard et al., 2014 ; Hagen et al., 2020a).

### **Assurance qualité**

Si les prestataires constatent une baisse du taux de réussite des avortements médicamenteux par rapport à la valeur initiale attendue, ils doivent cesser d'utiliser le lot actuel et entamer un nouveau lot. Les prestataires doivent contacter le vendeur ou le fabricant des comprimés pour s'assurer que le lot concerné n'a pas fait l'objet d'une procédure de rappel. Ils doivent consulter la base de données des fournitures pour avortement médicamenteux

([www.medab.org](http://www.medab.org)) pour évaluer la qualité des produits disponibles au sein de leur institution (Hagen et al., 2020b). Dans certains cas, ils devront éventuellement communiquer entre eux pour déterminer quelles marques commerciales locales de misoprostol sont les plus efficaces. Conserver le misoprostol à l'abri de l'humidité et à une température ne dépassant pas 25°C (Pfizer, 2016).

## Bibliographie

- Anyakora, C., Oni, Y., Ezedinachi, U., Adekoya, A., Ali, I., Nwachukwu, C., ..., Nwokike, J. (2018). Quality medicines in maternal health: Results of oxytocin, misoprostol, magnesium sulfate and calcium gluconate quality audits. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 44.
- Berard, V., Fiala, C., Cameron, S., Bombas, T., Parachini, M. et Gemzell-Danielsson, K. (2014). Instability of misoprostol tablets stored outside the blister: A potential serious concern for clinical outcome in medical abortion. *PLoS ONE*, 9(12), e112401.
- Cayman Chemical. (2012). Product Information: Misoprostol. Obtenu le 14 novembre 2012 à l'adresse : <https://www.caymanchem.com/pdfs/13820.pdf>
- Chu, K. O., Wang, C. C., Pang, C. P. et Rogers, M. S. (2007). Method to determine stability and recovery of carboprost and misoprostol in infusion preparations. *Journal of Chromatography B*, 857(1), 83-91.
- Hall, P. E. et Tagontong, N. (2016). Quality of misoprostol products. *WHO Drug Information*, 30(1), 35-39.
- Hagen, N., Bizimana, T., Kayumba, P.C., Khuluza, F. et Heide, L. (2020a). Stability of misoprostol tablets collected in Malawi and Rwanda: Importance of intact primary packaging. *PLoS ONE* 15(9), e0238628.
- Hagen, N., Khuluza, F. et Heide, L. (2020b). Quality, availability and storage conditions of oxytocin and misoprostol in Malawi. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 184.
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *WHO good manufacturing practices for pharmaceutical products: Main principles* (Annex 2, WHO Technical Report Series 986). Genève, Suisse : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2009). *Application to include Misoprostol for prevention of postpartum haemorrhage in WHO Model List of Essential Medicines: Comments from Departments of Making Pregnancy Safer & Reproductive Health and Research*. Accessible via : [http://www.who.int/selection\\_medicines/committees/expert/17/application/WHO\\_Misoprostol.pdf](http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/application/WHO_Misoprostol.pdf)
- Pfizer. (2016). Étiquetage du Cytotec. Obtenu le 26 janvier 2018 à l'adresse : <http://labeling.pfizer.com/showlabeling.aspx?id=559>
- Torloni, M.R., Bonet, M., Betrán, A.P., Ribeiro-do-Valle, C.C. et Widmer, M. (2020). Quality of medicines for life-threatening pregnancy complications in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLoS ONE* 15(7), e0236060.

**Toutes les *Actualités cliniques*, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

# 2.1



## CONTRÔLE DE LA DOULEUR LORS D'UN AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX AVANT TREIZE SEMAINES DE GROSSESSE

---

### Recommandation

- Toutes les femmes qui subissent un avortement médicamenteux doivent se voir proposer systématiquement des analgésiques.
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont recommandés, soit préventivement, soit au moment où les crampes commencent à se manifester.
- On peut également recourir à des mesures non pharmacologiques de contrôle de la douleur.
- L'efficacité des analgésiques narcotiques pour soulager la douleur lors d'une procédure d'avortement médicamenteux n'a pas été démontrée, aussi leur utilisation systématique n'est pas recommandée.
- Ne pas utiliser le paracétamol, sauf en cas d'allergie ou de contre-indication aux AINS.

### Poids de la recommandation

important

### Qualité des éléments factuels

faible

Dernière révision : 24 janvier 2021

---

### Douleur lors d'un avortement médicamenteux avant treize semaines de grossesse

La douleur est l'effet indésirable le plus fréquemment décrit d'un avortement médicamenteux (Fiala et al., 2014). Lors d'une étude portant sur 6.755 femmes ayant eu recours à un avortement médicamenteux jusqu'au 63<sup>e</sup> jour de grossesse, 78,4% d'entre elles ont mentionné de la douleur et des crampes modérées à intenses (Goldstone, Michelson et Williamson, 2012). De même, une revue systématique de 2006 ayant repris cinq importantes séries de cas cliniques britanniques et américaines portant sur l'utilisation d'analgésiques lors d'un avortement médicamenteux est parvenue à la conclusion que 75% des femmes avaient éprouvé une douleur suffisamment intense pour nécessiter le recours à des analgésiques narcotiques (Penney, 2006). Une étude qualitative portant sur la douleur éprouvée lors d'un avortement médicamenteux au Népal, en Afrique du Sud et au Vietnam indique que les femmes décrivent leur douleur comme plus intense que celle ressentie lors de leurs menstruations et se manifestant selon quatre schémas distincts : douleur minimale ou totalement absente, douleur brève et intense, généralement juste avant l'expulsion, douleur intermittente, similaire à des contractions et douleur constante pendant une ou plusieurs heures (Grossman et al., 2019). La douleur atteint habituellement son paroxysme 2,5 à 4 heures après l'administration du misoprostol et ce pic dure environ une heure (Colwill et al., 2019). Les caractéristiques des patientes associées à une douleur plus intense sont notamment un

âge gestationnel plus avancé, un plus jeune âge de la patiente, la nulliparité, l'absence d'accouchement antérieur par voie vaginale et des antécédents de dysménorrhée (Kemppainen, Mentula, Palkama et Heikinheimo, 2020 ; Suhonen, Tikka, Kivinen et Kauppila, 2011 ; Teal, Dempsey-Fanning et Westhoff, 2007 ; Westhoff, Dasmahapatra, Winikoff et Clarke, 2000).

Peu d'études ont évalué l'efficacité des stratégies de contrôle de la douleur lors d'un avortement médicamenteux avant treize semaines de grossesse. Ni la douleur ni son traitement ne sont systématiquement décrits dans les études cliniques portant sur l'avortement médicamenteux ; lorsque ces données sont reprises, la multiplicité des schémas et protocoles de traitement utilisés les rendent difficiles à comparer (Fiala et al., 2014 ; Fiala et al., 2019 ; Jackson et Kapp, 2011).

## Médicaments contre la douleur

Deux études randomisées et contrôlées à petite échelle indiquent que l'ibuprofène est plus efficace qu'un placebo (Avraham, Gat, Duvdevani, Haas et Frenkel, 2012) ou que le paracétamol (Livshits et al., 2009) pour soulager la douleur associée à un avortement médicamenteux à moins de sept semaines de grossesse. Un traitement préventif par l'ibuprofène n'assure pas un meilleur contrôle de la douleur qu'un traitement au moment où les crampes commencent à se manifester (Raymond et al., 2013). Chez des femmes jusqu'à dix semaines de grossesse, une étude randomisée et contrôlée a permis de constater que la prégabaline (un analogue de l'acide gamma-aminobutyrique) ne diminuait pas le score de douleur maximale lorsqu'elle était prise au moment de l'administration du misoprostol ; néanmoins, celles qui avaient reçu de la prégabaline étaient moins susceptibles de nécessiter de l'ibuprofène ou des analgésiques narcotiques et plus susceptibles de se déclarer satisfaites de l'analgésie que celles ayant reçu un placebo (Friedlander et al., 2018). Une étude randomisée n'a constaté aucune différence en termes d'intensité ou de durée de la douleur entre les femmes ayant reçu un opiacé par voie orale (oxycodone) pour atténuer la douleur d'un avortement médicamenteux et celles ayant reçu un placebo (Colwill et al., 2019). Les auteurs de cette étude en concluent que la dispense systématique d'opiacés est inutile mais que, si les femmes le demandent, il est alors raisonnable de leur fournir un maximum de quatre comprimés d'oxycodone.

## Contrôle non pharmacologique de la douleur

Dans une étude randomisée, la neurostimulation électrique transcutanée à haute fréquence (TENS à 80 Hz) appliquée sur l'abdomen et le dos lorsque les contractions débutent atténue la douleur éprouvée par les patientes lors d'un avortement par comparaison avec un placebo (Goldman, Porsch, Hintermeister et Dragoman, 2020). Les autres stratégies de contrôle non pharmacologique de la douleur lors d'un avortement médicamenteux avant treize semaines de grossesse n'ont pas fait l'objet d'études comparatives. Néanmoins, les spécialistes recommandent de recourir en plus à des mesures non pharmacologiques pour améliorer le confort des patientes lors d'un avortement médicamenteux, notamment des informations complètes sur l'intensité de la douleur et des saignements attendus (Teal, Dempsey-Fanning et Westhoff, 2007), un environnement encourageant et l'application d'un coussin chauffant ou d'une bouillotte d'eau chaude sur le bas-ventre (Akin et al., 2001). Ces méthodes peuvent venir compléter l'administration de médicaments pour contrôler la douleur mais ne les remplacent pas.

## Bibliographie

Akin, M. D., Weingard, K. W., Hengehold, D. A., Goodale, M. B., Hinkle, R. T. et Smith, R. P. (2001). Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstetrics & Gynecology*, 97, 343-349.

- Avraham, S., Gat, I., Duvdevani, N., Haas, J. et Frenkel, Y. (2012). Pre-emptive effect of ibuprofen versus placebo on pain relief and success rates of medical abortion: A double-blind, randomized, controlled study. *Fertility and Sterility*, 97, 612-615.
- Colwill, A. C., Bayer, L. L., Bednarek, P., Garg, B., Jensen, J. et Edelman, A. (2019). Opioid analgesia for medical abortion: A randomized trial. *Obstetrics & Gynecology*, 134(6), 1163-1170.
- Fiala, C., Agostini, T., Bombas, S., Cameron, R., Lertxundi, M., Lubusky, M., ... et Gemzell-Danielsson, K. (2019). Management of pain associated with up-to-9-weeks medical termination of pregnancy (MToP) using mifepristone-misoprostol regimens: Expert consensus based on a systematic literature review. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1-11.
- Fiala, C., Cameron, S., Bombas, T., Parachini, M., Saya, L. et Gemzell-Danielsson, K. (2014). Pain during medical abortion, the impact of the regimen: A neglected issue? A review. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 19(6), 404-419.
- Friedlander, E. B., Soon, R., Salcedo, J., Davis, J., Tschann, M. et Kaneshiro, B. (2018). Prophylactic pregabalin to decrease pain during medication abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 132(3), 612-618.
- Goldman, A.R., Porsch, L., Hintermeister, A. et Dragoman, M. (2020). Transcutaneous electrical nerve stimulation to reduce pain with medication abortion. *Obstetrics & Gynecology*, DOI: 10.1097/AOG.0000000000004208.
- Goldstone, P., Michelson, J. et Williamson, E. (2012). Early medical abortion using low-dose mifepristone followed by buccal misoprostol: A large Australian observational study. *Medical Journal of Australia*, 197(5), 282-286.
- Grossman, D., Raifman, S., Bessenaar, T., Dung, D. L., Tamang, A. et Dragoman, M. (2019). Experiences with pain of early medical abortion: Qualitative results from Nepal, South Africa, and Vietnam. *BMC Women's Health*, 19(1), 118.
- Jackson, E. et Kapp, N. (2011). Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: A systematic review. *Contraception*, 83(2), 116-126.
- Kemppainen, V., Mentula, M., Paklama, V. et Heikinheimo, O. (2020). Pain during medical abortion in early pregnancy in teenage and adult women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*; 99,1603-1610.
- Livshits, A., Machtiger, R., David, L. B., Spira, M., Moshe-Zahav, A. et Seidman, D. S. (2009). Ibuprofen and paracetamol for pain relief during medical abortion: A double-blind randomized controlled study. *Fertility and Sterility*, 91(5), 1877-1880.
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.
- Penney, G. (2006). Treatment of pain during medical abortion. *Contraception*, 74, 45-47.
- Raymond, E.G., Weaver, M.A., Louie, K.S., Dean, G., Porsch, L., Lichtenberg, E.S., ..., Arnesen, M. (2013). Prophylactic compared with therapeutic ibuprofen analgesia in first-trimester medical abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 122(3), 558-564.
- Suhonen, S., Tikka, M., Kivinen, S. et Kauppila, T. (2011). Pain during medical abortion: Predicting factors from gynecologic history and medical staff evaluation of severity. *Contraception*, 83, 357-361.
- Teal, S. B., Dempsey-Fanning, A. et Westhoff, C. (2007). Predictors of acceptability of medication abortion. *Contraception*, 75, 224-229.
- Westhoff, C., Dasmahapatra, R., Winikoff, B. et Clarke, S. (2000). Predictors of analgesia use during supervised medical abortion. The Mifepristone Clinical Trials Group. *Contraception*, 61(3), 225-229.
- Westhoff, C., Dasmahapatra, R. et Schaff, E. (2000). Analgesia during at-home use of misoprostol as part of a medical abortion regimen. *Contraception*, 62(6), 311-314.

**Toutes les Actualités cliniques, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

# CONTRÔLE DE LA DOULEUR LORS D'UN AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX À PARTIR DE TREIZE SEMAINES DE GROSSESSE

# 2.2



### Recommandation

- Toutes les femmes qui subissent un avortement médicamenteux doivent se voir proposer systématiquement des analgésiques et des mesures non pharmacologiques de contrôle de la douleur.
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont recommandés chez toutes les patientes et leur prise doit débiter au moment de l'administration du misoprostol.
- On doit proposer des analgésiques narcotiques et des anxiolytiques en plus des AINS.
- Des mesures non pharmacologiques de contrôle de la douleur peuvent s'avérer utiles.
- On peut proposer une anesthésie régionale ou une anesthésie contrôlée par la patiente si le centre en a la possibilité.

### Poids de la recommandation

important

### Qualité des éléments factuels

très faible

**Dernière révision : 26 janvier 2021**

### Douleur lors d'un avortement médicamenteux à partir de treize semaines de grossesse

Lors de multiples études de cohorte portant sur l'avortement médicamenteux par des analogues de la prostaglandin E1 (misoprostol, géméprost) à partir de treize semaines de grossesse, la majorité des patientes ont eu besoin d'analgésiques (Ashok, Templeton, Wagaa-rachchi et Flett, 2004 ; Gemzell-Danielsson et Östlund, 2000 ; Hamoda, Ashok, Flett et Templeton, 2004 ; Rose, Shand et Simmons, 2006). Un âge gestationnel avancé, un nombre plus important de doses de misoprostol et un délai plus long entre induction et avortement sont associés à une douleur plus intense lors d'un avortement médicamenteux (Hamoda et al., 2004 ; Louie et al., 2017). La douleur débute rarement après la prise de mifépristone. Les crampes douloureuses débutent généralement après la première dose de misoprostol et atteignent habituellement leur paroxysme au moment de l'expulsion (Mentula, Kalso et Heikinheimo, 2014).

### Médicaments contre la douleur

On ne dispose que d'éléments factuels limités sur le schéma de traitement analgésique optimal lors d'un avortement médicamenteux à partir de treize semaines de grossesse (Jackson et Kapp, 2020). Lors d'une étude randomisée portant sur 74 femmes ayant subi un avortement médicamenteux par la mifépristone et le misoprostol à treize semaines de grossesse et

au-delà, les patientes ont reçu un traitement prophylactique par un AINS ou par une association de paracétamol et de codéine au moment de l'administration du misoprostol. Il n'y a pas eu de différence entre les deux groupes en termes d'intensité de la douleur décrite, mais un traitement prophylactique par un AINS réduisait la nécessité d'administrer ultérieurement des opiacés par voie intraveineuse (Fiala, Swahn, Stephansson et Gemzell-Danielsson, 2005). Une seconde étude a randomisé 54 femmes subissant un avortement entre 14 et 24 semaines de grossesse pour recevoir soit du célécoxib, un AINS, soit un placebo au moment de l'administration de misoprostol. Les femmes du groupe AINS ont présenté un score de douleur significativement moindre au moment de l'avortement ; néanmoins, près de la moitié des femmes des deux groupes ont fait état d'une douleur intense et il n'y a pas eu de différence entre les deux groupes en termes de recours à une analgésie supplémentaire (Tintara, Voradithi et Choobun, 2018).

Lors de la plus vaste étude de cohorte, qui portait sur 1.002 femmes ayant subi un avortement médicamenteux par la mifépristone et le misoprostol à treize semaines de grossesse et au-delà, une association d'analgésiques narcotiques oraux et parentéraux et d'AINS a été proposée aux patientes pour contrôler la douleur (Ashok et al., 2004). Les auteurs de cette étude ont spécifié la proportion de femmes n'ayant utilisé aucun analgésique (18%) et ayant eu recours à une association de paracétamol et de dihydrocodone (70%), à de la morphine par voie parentérale (7%) ou à des AINS (5%) pour soulager la douleur ; ni la douleur éprouvée par les patientes ni leur satisfaction en ce qui concernait le contrôle de la douleur n'étaient rapportées. Ipas recommande un schéma de traitement combiné associant des AINS administrés à titre prophylactique en même temps que le misoprostol et des analgésiques narcotiques par voie orale et/ou parentérale (Edelman et Mark, 2017). Une anesthésie régionale (péridurale) ou une anesthésie contrôlée par la patiente sont des méthodes de contrôle de la douleur sûres et efficaces : on peut les proposer si le personnel, les possibilités de monitoring et l'équipement nécessaires sont disponibles (Maggiore et al., 2016 ; Smith et al., 2016).

Deux études à petite échelle portant sur le recours à un bloc paracervical lors d'un avortement médicamenteux à partir de treize semaines de grossesse n'ont mis en évidence aucune amélioration en termes de contrôle de la douleur suite à cette intervention (Andersson, Benson, Christensson et Gemzell-Danielsson, 2016 ; Winkler, Wolters, Funk et Rath, 1997).

## **Contrôle non pharmacologique de la douleur**

Il n'existe aucune étude comparative ayant évalué le bénéfice de stratégies de contrôle non pharmacologique de la douleur lors d'un avortement médicamenteux à partir de treize semaines de grossesse. Néanmoins, les spécialistes recommandent de recourir en plus à des mesures non pharmacologiques pour améliorer le confort des patientes lors d'un avortement médicamenteux, notamment des informations complètes sur l'intensité de la douleur et des saignements attendus, un environnement encourageant et l'application d'un coussin chauffant ou d'une bouillotte d'eau chaude sur le bas-ventre (Akin et al., 2001). Ces méthodes peuvent venir compléter l'administration de médicaments pour contrôler la douleur mais ne les remplacent pas.

## **Bibliographie**

Akin, M. D., Weingard, K. W., Hengehold, D. A., Goodale, M. B., Hinkle, R. T. et Smith, R. P. (2001). Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstetrics & Gynecology*, 97, 343-349.

Andersson, I. M., Benson, L., Christensson, K. et Gemzell-Danielsson, K. (2016). Paracervical block as pain treatment during second-trimester medical termination of pregnancy: An RCT with bupivacaine versus sodium chloride. *Human Reproduction*, 31(1), 67-74.

Ashok, P., Templeton, A., Wagaarachchi, P. et Flett, G. (2004). Midtrimester medical termination of pregnancy: A review of 1002 consecutive cases. *Contraception*, 69(1), 51-58.

Edelman, A. et Mark, A. (2018). *Guide de référence sur l'avortement médicamenteux : Interruption volontaire de grossesse et soins après avortement à partir de la treizième semaine de grossesse*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Fiala, C., Swahn, M., Stephansson, O et Gemzell-Danielsson, K. (2005). The effect of non-steroidal anti-inflammatory drugs on medical abortion with mifepristone and misoprostol at 13–22 weeks gestation. *Human Reproduction*, 20(11), 3072-3077.

Gemzell-Danielsson, K. et Östlund, E. (2000). Termination of second trimester pregnancy with mifepristone and gemeprost. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 79(8), 702-706.

Hamoda, H., Ashok, P., Flett, G. et Templeton, A. (2004). Analgesia requirements and predictors of analgesia use for women undergoing medical abortion up to 22 weeks of gestation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(9), 996-1000.

Jackson, E. et Kapp, N. (2020). Pain management for medical and surgical termination of pregnancy between 13 and 24 weeks of gestation: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 127, 1348-1357.

Louie, K. S., Chong, E., Tsereteli, T., Avagyan, G., Abrahamyan, R. et Winikoff, B. (2017). Second trimester medical abortion with mifepristone followed by unlimited dosing of buccal misoprostol in Armenia. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22(1), 76-80.

Maggiore, U. L. R., Silanos, R., Carlevaro, S., Gratarola, A., Venturini, P.L., Ferrero, S. et Pelosi, P. (2016). Programmed intermittent epidural bolus versus continuous epidural infusion for pain relief during termination of pregnancy: A prospective, double-blind, randomized trial. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 25, 37-44

Mentula, M., Kalso, E. et Heikinheimo, O. (2014). Same-day and delayed reports of pain intensity in second-trimester medical termination of pregnancy: A brief report. *Contraception*, 90(6), 609-611.

Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Clinical handbook for safe abortion*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.

Rose, S. B., Shand, C. et Simmons, A. (2006). Mifepristone- and misoprostol-induced mid-trimester termination of pregnancy: A review of 272 cases. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 46(6), 479-485.

Smith, R. L., Siddiqui, N., Henderson, T., Teresi, J., Downey, K. et Carvalho, J. C. (2016). Analgesia for medically induced second trimester termination of pregnancy: A randomized trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 38(2), 147-153.

Tintara, H., Voradithi, P. et Choobun, T. (2018). Effectiveness of celecoxib for pain relief and antipyresis in second trimester medical abortions with misoprostol: a randomized controlled trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 297(3), 709-715.

Winkler, M., Wolters, S., Funk, A. et Rath, W. (1997). Second trimester abortion with vaginal gemeprost-improvement by paracervical anesthesia? *Zentralblatt für Gynäkologie*, 119, 621-624.

**Toutes les *Actualités cliniques*, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

## CONTRÔLE DE LA DOULEUR LORS D'UNE ASPIRATION INTRA-UTÉRINE

---

### Recommandation

- Une association d'un bloc paracervical et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) administrés avant la procédure est recommandée pour le contrôle de la douleur chez toutes les patientes.
- Des mesures supplémentaires telles que des analgésiques narcotiques, des anxiolytiques et des mesures non pharmacologiques de contrôle de la douleur peuvent s'avérer utiles.
- On peut proposer aux patientes une sédation intraveineuse si cette option est disponible.
- Des mesures non pharmacologiques de contrôle de la douleur peuvent s'avérer utiles.
- Le paracétamol n'est pas efficace pour le contrôle de la douleur lors d'une aspiration intra-utérine.
- Le recours systématique à une anesthésie générale pour le contrôle de la douleur n'est pas recommandé lors d'une aspiration intra-utérine.

### Poids de la recommandation

important

### Qualité des éléments factuels

modérée

Dernière révision : 26 janvier 2021

---

### Douleur lors d'une aspiration intra-utérine

La plupart des femmes qui subissent une aspiration intra-utérine éprouvent des douleurs (Borgatta et Nickinovich, 1997). Des sentiments de dépression ou de détresse psychologique avant la procédure à un âge gestationnel supérieur à dix semaines sont associés à une douleur plus intense lors d'une aspiration utérine (Allen, Kumar, Fitzmaurice, Lifford et Goldberg, 2006 ; Belanger, Melzack et Lauzon, 1989 ; Duros et al., 2018), tandis qu'un antécédent d'accouchement par voie vaginale est associé à une moindre douleur (Borgatta et Nickinovich, 1997). Les cliniciens sous-estiment généralement l'intensité de la douleur que ressent la patiente lors d'un avortement (Oviedo, Ohly, Guerrero et Castano, 2018; Singh et al., 2008 ; Salcedo, Soon et Kaneshiro, 2018).

### Méthodes de contrôle de la douleur

Lors d'une aspiration intra-utérine avant treize semaines de grossesse, une association d'un bloc paracervical par une anesthésie locale, d'analgésiques et de mesures non pharmacologiques permet généralement de soulager la douleur chez la majorité des patientes (Orga-

nisation mondiale de la Santé, 2014 ; Renner, Jensen, Nichols et Edelman, 2010). On peut également envisager une sédation par voie intraveineuse.

## **Anesthésie locale**

Il a été démontré que l'administration d'un bloc paracervical avant la dilatation du col diminue la douleur associée à la dilatation et à l'aspiration utérine (Acmaç, Aksoy, Ozoglu, Aksoy et Albayrak, 2013 ; Renner, Nichols, Jensen, Li et Edelman, 2012 ; Renner et al., 2016). Un bloc paracervical est une procédure peu dangereuse qui peut être effectuée en toute sécurité par un médecin ou par un prestataire de niveau intermédiaire (Warriner et al., 2006). Pour plus d'informations, se reporter à la section 2.5, « Contrôle de la douleur : bloc paracervical ».

## **Médicaments**

Deux études à petite échelle portant sur l'utilisation d'AINS oraux seuls sur la douleur lors d'une aspiration intra-utérine n'ont mis en évidence aucun bénéfice (Acmaç et al., 2013 ; Li, Wong, Chan et Ho, 2003). Néanmoins, les études portant sur des femmes ayant bénéficié d'un bloc paracervical pour soulager la douleur ont montré qu'un traitement prophylactique par des AINS avant la procédure diminue la douleur pendant et après celle-ci (Renner et al., 2010 ; Romero, Turok et Gilliam, 2008 ; Suprpto et Reed, 1984 ; Wiebe et Rawling, 1995) ; ces médicaments sont efficaces tant oralement que par voie intramusculaire (Braaten, Hurwitz, Fortin et Goldberg, 2013). Aucune étude n'a évalué le bénéfice supplémentaire qu'apportent les AINS lorsque l'on recourt à une sédation modérée pour soulager la douleur ; sur la base des observations de trois études randomisées à petite échelle, il n'est pas possible de déterminer avec certitude si des AINS offrent un bénéfice supplémentaire lorsque l'on utilise un degré de sédation intraveineuse plus profond (Khazin et al., 2011 ; Lowenstein et al., 2006 ; Roche, Li, James, Fechner et Tilak, 2012).

Le bénéfice des analgésiques narcotiques pour soulager la douleur lors d'une aspiration intra-utérine n'est pas clairement établi. Une étude randomisée et contrôlée a montré que, comparé à un placebo, l'ajout d'une association d'hydrocodone et de paracétamol par voie orale à un schéma de contrôle de la douleur associant un bloc paracervical, de l'ibuprofène et du lorazépam n'améliorerait pas le contrôle de la douleur lors d'une aspiration utérine (Micks et al., 2012). Lors d'une autre étude randomisée, l'ajout de fentanyl par voie intraveineuse au même schéma de contrôle de la douleur améliorerait significativement la douleur associée à la procédure (Rawling et Weibe, 2001). Deux études randomisées ont montré que les AINS par voie orale ou rectale sont plus efficaces que le tramadol par voie rectale pour soulager la douleur après la procédure (Lowenstein et al., 2006 ; Romero et al., 2008) ; par contre, une troisième étude randomisée a montré que le tramadol par voie rectale était plus efficace que les AINS (Khazin et al., 2011).

Des anxiolytiques comme le lorazépam ou le midazolam sont susceptibles d'atténuer l'anxiété associée à la procédure et d'avoir un effet amnésiant chez certaines patientes mais sont dépourvus d'effet sur les scores de douleur (Allen et al., 2006 ; Bayer et al., 2015 ; Wiebe, Podhradsky et Dijak, 2003).

Une seule étude a évalué l'efficacité d'une prémédication par du paracétamol sur la douleur lors d'une aspiration utérine effectuée sans bloc paracervical et n'a pas constaté de différence entre le groupe paracétamol et le groupe témoin (Acmaç et al., 2013). Dans deux études où les patientes avaient également bénéficié d'une sédation profonde ou d'une anesthésie générale, le paracétamol n'a pas amélioré la douleur post-opératoire (Cade et Ashley, 1993 ; Lowenstein et al., 2006).

Une étude randomisée a comparé les effets de l'administration de gabapentine ou d'un placebo avant la procédure chez des femmes ayant également reçu du lorazépam, de l'ibuprofène, de l'oxycodone et du paracétamol par voie orale. Elle n'a pas mis en évidence de différence en termes de score de douleur entre les deux groupes (Gray et al., 2019). Une étude ultérieure a comparé la gabapentine administrée avant la procédure à un placebo chez des femmes subissant une aspiration utérine sous anesthésie locale avec un bloc paracervical et de l'ibuprofène oral et n'a pas observé de différence en termes de scores de douleur peropératoire ou postopératoire (Hailstorks et al., 2020).

### **Sédation intraveineuse**

Une sédation intraveineuse par une association de narcotiques et d'anxiolytiques est une méthode efficace de contrôle de la douleur et améliore la satisfaction vis-à-vis de la procédure d'avortement (Allen, Fitzmaurice, Lifford et Goldberg, 2009 ; Allen et al., 2006 ; Wells, 1992 ; Wong, Ng, Ngai et Ho, 2002). L'administration intraveineuse de narcotiques et d'anxiolytiques est plus efficace que leur administration orale pour contrôler la douleur lors d'une aspiration utérine (Allen et al., 2009). Chez les patientes ayant bénéficié d'une sédation pour le contrôle de la douleur, il n'est pas certain que l'administration d'un bloc paracervical apporte un bénéfice supplémentaire (Kan, Ng et Ho, 2004 ; Renner et al., 2010 ; Wong et al., 2002). Lorsqu'elle est administrée par du personnel formé à cet effet et associée à un monitoring approprié, la sédation intraveineuse est sans danger. Une étude de cohorte rétrospective de 2017 ayant inclus plus de 20.000 femmes de poids normal, en surpoids et obèses ayant reçu une sédation intraveineuse lors d'une aspiration intra-utérine a permis de constater que le taux d'événements indésirables associés à l'anesthésie était extrêmement faible (0,2%) (Horwitz et al., 2018). Par contre, une sédation intraveineuse augmente le coût, la complexité et les risques potentiels de la procédure et nécessite un prestataire formé à cet effet et l'équipement requis pour assurer le monitoring des patientes. Le monitoring supplémentaire que requiert l'administration en toute sécurité d'une sédation intraveineuse exige de la part des centres des investissements en termes de formation et d'équipement. Pour de plus amples informations sur la définition des degrés de sédation, y compris l'anesthésie générale, se reporter à l'annexe B, Continuum de la profondeur de sédation : définition de l'anesthésie générale et des degrés de sédation/d'analgésie).

### **Anesthésie générale**

Même si elle est efficace pour assurer le contrôle de la douleur, une anesthésie générale augmente le coût, la complexité et les risques potentiels associés à un avortement et n'est pas recommandée pour des procédures de routine (Atrash, Cheek et Hogue, 1988; Bartlett et al., 2004 ; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015). Lors du recours à une anesthésie générale, on ne sait pas avec certitude si l'administration d'analgésiques avant la procédure a un effet sur la douleur après celle-ci (Ali, Shamim et Chughtai, 2015 ; Liu et al., 2005 ; Mustafa-Mikhail et al., 2017) et lorsque l'on pratique une anesthésie générale, l'administration d'un bloc paracervical n'apporte aucun bénéfice supplémentaire (Hall, Ekblom, Persson et Irestedt, 1997; Renner et al., 2010). Pour de plus amples informations sur la définition des degrés de sédation, y compris l'anesthésie générale, se reporter à l'annexe B, Continuum de la profondeur de sédation : définition de l'anesthésie générale et des degrés de sédation/d'analgésie).

### **Contrôle non pharmacologique de la douleur**

Une étude randomisée et contrôlée de 2018 s'est intéressée au recours à l'acupuncture auriculaire en association avec un bloc paracervical et des AINS avant la procédure et a constaté que les femmes du groupe d'intervention avaient fait état de significativement moins de douleur et d'anxiété que celles traitées par un placebo ou par des soins usuels

(Ndubisi, Danvers, Gold, Morrow et Westhoff, 2019). La stimulation électrique de points d'acupuncture en tant que moyen de moduler la douleur associée à un avortement fait l'objet de recherches actives mais il n'est pas possible de tirer des recommandations des études existantes (Feng et al., 2016 ; Wang et al., 2018).

Les médicaments et le bloc paracervical doivent être complétés par des mesures de soutien visant à atténuer la douleur et l'anxiété (Allen et Singh, 2018). Quelques approches qui peuvent s'avérer utiles sont notamment de fournir à la patiente des explications sur ce à quoi elle doit s'attendre au cours de la procédure, de réaliser la procédure dans un environnement propre et privé, avec des membres du personnel qui ont une attitude encourageante et amicale, de lui offrir un soutien verbal, de recourir à une technique chirurgicale douce et efficace et d'appliquer un coussin chauffant ou une bouillotte d'eau chaude sur le bas-ventre en salle de réveil (Akin et al., 2001). Une revue systématique de 2016 consacrée aux traitements adjuvants non pharmacologiques pour la prise en charge de la douleur a inclus des études portant sur l'hypnose, l'aromathérapie, la musique, la relaxation et des exercices d'imagerie mentale, ainsi que sur l'accompagnement par des doulas. Même si, selon cette revue, aucune de ces interventions n'était associée à une réduction statistiquement significative de la douleur ou de l'anxiété, les patientes appréciaient beaucoup ces interventions non pharmacologiques et en recommandaient l'utilisation, en particulier celles faisant appel à une personne spécifique offrant son soutien (Tschann, Salcedo et Kaneshiro, 2016 ; Wilson, Gurney, Sammel et Schreiber, 2016). Deux études randomisées ultérieures n'ont mis en évidence aucune différence en termes de douleur rapportée entre les femmes ayant bénéficié d'une thérapie musicale avant la procédure (Belloeil et al., 2020) ou d'une stratégie supplémentaire de contrôle non pharmacologique de la douleur selon leur choix (musique d'ambiance, méditation guidée par imagerie mentale ou concentration sur la respiration) et celles ayant reçu des soins classiques (Tschann et al., 2018).

## Bibliographie

Acmaz, G., Aksoy, H., Ozoglu, N., Aksoy, U. et Albayrak, E. (2013). Effect of paracetamol, dexketoprofen trometamol, lidocaine spray, and paracervical block application for pain relief during suction termination of first-trimester pregnancy. *BioMed Research International*, 2013, 869275.

Akin, M. D., Weingard, K. W., Hengehold, D. A., Goodale, M. B., Hinkle, R. T. et Smith, R. P. (2001). Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstetrics & Gynecology*, 97, 343-349.

Allen, R. H. et Singh, R. (2018). Society of Family Planning clinical guidelines pain control in surgical abortion part 1 - local anesthesia and minimal sedation. *Contraception*, 97(6), 471-477.

Allen, R.H., Fitzmaurice, G., Lifford, K. L., Lasic, M. et Goldberg, A. (2009). Oral compared with intravenous sedation for first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 113(2Pt1), 276-283.

Allen, R. H., Kumar, D., Fitzmaurice, G., Lifford, K. L. et Goldberg, A. B. (2006). Pain management of first-trimester surgical abortion: Effects of selection of local anesthesia with and without lorazepam or intravenous sedation. *Contraception*, 74(5), 407-413.

Ali, M. A., Shamim, F. et Chughtai, S. (2015). Comparison between intravenous paracetamol and fentanyl for intraoperative and postoperative pain relief in dilatation and evacuation: Prospective, randomized interventional trial. *Journal of Anaesthesiology and Clinical Pharmacology*, 31(1), 54-58.

Atrash, H. K., Cheek, T. G. et Hogue, C. J. (1988). Legal abortion mortality and general anesthesia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 158(2), 420-424.

Bartlett, L. A., Berg, C. J., Shulman, H. B., Zane, S. B., Green, C. A., Whitehead, S. et Atrash, H. K. (2004). Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics & Gynecology*, 103, 729-739.

Bayer, L. L., Edelman, A. B., Fu, R., Lambert, W. E., Nichols, M. D., Bednarek, P. H., ..., Jensen, J. T. (2015). An evaluation of oral midazolam for anxiety and pain in first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 126(1), 37-46.

- Belanger, E., Melzack, R. et Lauzon, P. (1989). Pain of first-trimester abortion: A study of psychosocial and medical predictors. *Pain*, 36(3), 339-350.
- Belloeil, V., Cazeneuve, C.T., Leclercq, A., Mercier, M.B., Legendre, G. et Corroenne, R. (2020). Impact of music therapy before first-trimester instrumental termination of pregnancy: a randomized controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 127, 738-745.
- Borgatta, L. et Nickinovich, D. (1997). Pain during early abortion. *Journal of Reproductive Medicine*, 42(5), 287-293.
- Braaten, K.P., Hurwitz, S., Fortin, J. et Goldberg, A.B. (2014). Intramuscular ketorolac versus oral ibuprofen for pain relief in first-trimester surgical abortion: A randomized clinical trial. *Contraception*, 89(2), 116-121.
- Cade, L. et Ashley, J. (1993). Prophylactic paracetamol for analgesia after vaginal termination of pregnancy. *Anaesthesia and Intensive care*, 21(1), 93.
- Duros, S., Joueidi, Y., Nyangoh Timoh, K., Boyer, L., Lemeut, P., Tavenard, A., ..., Lavoue, V. (2018). A prospective study of the frequency of severe pain and predictive factors in women undergoing first-trimester surgical abortion under local anaesthesia. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 221, 123-128.
- Feng, X., Ye, T., Wang, Z., Chen, X., Cong, W., Chen, Y., ..., Xie, W. (2016). Transcutaneous acupoint electrical stimulation pain management after surgical abortion: a cohort study. *International Journal of Surgery*, 30, 104-108.
- Gray, B. A., Hagey, J. M., Crabtree, D., Wynn, C., Weber, J. M., Pieper, C. F. et Haddad, L. B. (2019). Gabapentin for perioperative pain management for uterine aspiration: A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 134(3), 611-619.
- Hailstorks, T.P., Cordes, S.M.D., Cwiak, C.A., Gray, B.A., Ge, L.M.A., Moore, R.H. et Haddad, L.B. (2020). Gabapentin as an adjunct to paracervical block for perioperative pain management for first-trimester uterine aspiration: a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223, 884.e1-10.
- Hall, G., Ekblom, A., Persson, E. et Irestedt, L. (1997). Effects of prostaglandin treatment and paracervical blockade on postoperative pain in patients undergoing first trimester abortion in general anesthesia. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 76, 868-872.
- Horwitz, G., Roncari, D., Braaten, K. P., Maurer, R., Fortin, J. et Goldberg, A. (2018). Moderate intravenous sedation for first trimester surgical abortion: A comparison of adverse outcomes between obese and normal-weight women. *Contraception*, 97(1), 48-53.
- Kan, A. S. Y., Ng, E. H. Y. et Ho, P. C. (2004). The role and comparison of two techniques of paracervical block for pain relief during suction evacuation for first-trimester pregnancy termination. *Contraception*, 70, 159-163.
- Khazin, V., Weitzman, S., Rozenzvit-Podles, E., Ezri, T., Debby, A., Golan, A. et Evron, S. (2011). Postoperative analgesia with tramadol and indomethacin for diagnostic curettage and early termination of pregnancy. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 20(3), 236-239.
- Li, C. F. I., Wong, C. Y. G., Chan, C. P. B. et Ho, P. C. (2003). A study of co-treatment of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) with misoprostol for cervical priming before suction termination of first trimester pregnancy. *Contraception*, 67, 101-105.
- Liu, W., Loo, C. C., Chiu, J. W., Tan, H. M., Ren, H. Z. et Lim, Y. (2005). Analgesic efficacy of pre-operative etoricoxib for termination of pregnancy in an ambulatory centre. *Singapore Medical Journal*, 46(8), 397-400.
- Lowenstein, L., Granot, M., Tamir, A., Glik, A., Deutsch, M., Jakobi, P. et Zimmer, E. Z. (2006). Efficacy of suppository analgesia in postabortion pain reduction. *Contraception*, 74(4), 345-348.
- Micks, E. A., Edelman, A. B., Renner, R. M., Fu, R., Lambert, W. E., Bednarek, P. H., ... , Jensen, J. T. (2012). Hydrocodone-acetaminophen for pain control in first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 120(5), 1060-1069.
- Ndubisi, C., Danvers, A., Gold, M. A., Morrow, L. et Westhoff, C. L. (2018). Auricular acupuncture as an adjunct for pain management during first trimester abortion: A randomized, double-blinded, three arm trial. *Contraception* 99(3), 143-147.
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.

- Oviedo, J. D., Ohly, N. T., Guerrero, J. M. et Castano, P. M. (2018). Factors associated with participant and provider pain rating during office-based first-trimester vacuum aspiration. *Contraception*, 97(6), 497-499.
- Rawling, M. J. et Wiebe, E. R. (2001). A randomized controlled trial of fentanyl for abortion pain. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 185, 103-107.
- Renner, R. M., Edelman, A. B., Nichols, M. D., Jensen, J. T., Lim J. Y. et Bednarek, P. H. (2016). Refining paracervical block techniques for pain control in first trimester surgical abortion: A randomized controlled noninferiority trial. *Contraception*, 94(5), 461-466.
- Renner, R.M., Jensen, J.T., Nichols, M.D. et Edelman, A.B. (2010). Pain control in first-trimester surgical abortion: A systematic review of randomized controlled trials. *Contraception*, 81, 372-388.
- Renner, R. M., Nichols, M. D., Jensen, J. T., Li, H. et Edelman, A. B. (2012). Paracervical block for pain control in first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 119(5), 1030-1037.
- Roche, N. E., Li, D., James, D., Fechner, A. et Tilak, V. (2012). The effect of perioperative ketorolac on pain control in pregnancy termination. *Contraception*, 85(3), 299-303.
- Romero, I., Turok, D. et Gilliam, M. (2008). A randomized trial of tramadol versus ibuprofen as an adjunct to pain control during vacuum aspiration abortion. *Contraception*, 77(1), 56-59.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2015). *Best Practice Paper No. 2: Best practice in comprehensive abortion care*. Londres: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
- Singh, R. H., Ghanem, K. G., Burke, A. E., Nichols, M. D., Rogers, K. et Blumenthal, P. D. (2008). Predictors and perception of pain in women undergoing first trimester surgical abortion. *Contraception*, 78(2), 155-161.
- Suprpto, K. et Reed, S. (1984). Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 150(8), 1000-1001.
- Tschann, M., Salcedo, J. et Kaneshiro, B. (2016). Non-pharmacological pain control adjuncts during first-trimester aspiration abortion: A review. *Journal of Midwifery Women's Health*, 61(3), 331-338.
- Tschann, M., Salcedo, J., Soon, R. et Kaneshiro, B. (2018). Patient choice of adjunctive nonpharmacologic pain management during first-trimester abortion: A randomized controlled trial. *Contraception*, 98(3), 205-209.
- Wang, Z., Chen, Y., Chen, C., Zhao, L., Chen, P., Zeng, L. et Xie, W. (2018). Pain management of surgical abortion using transcutaneous acupoint electrical stimulation: An orthogonal prospective study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 44(7), 1235-1242.
- Warriner, I. K., Meirik, O., Hoffman, M., Morroni, C., Harries, J., My Huong, N. T. et Seuc, A. H. (2006). Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and midlevel providers in South Africa and Vietnam: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, 368(9551), 1965-1972.
- Wells, N. (1992). Reducing distress during abortion: A test of sensory information. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1050-1056.
- Wiebe, E., Podhradsky, L. et Dijak, V. (2003). The effect of lorazepam on pain and anxiety in abortion. *Contraception*, 67(3), 219-221.
- Wiebe, E. R. et Rawling, M. (1995). Pain control in abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 50(1), 41-46.
- Wilson, S. F., Gurney, E. P., Sammel, M. D. et Schreiber, C. A. (2016). Doulas for surgical management of miscarriage and abortion: a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 216(1), 44.e1-44.e6.
- Wong, C. Y., Ng, E. H., Ngai, S. W. et Ho, P. C. (2002). A randomized, double blind, placebo-controlled study to investigate the use of conscious sedation in conjunction with paracervical block for reducing pain in termination of first trimester pregnancy by suction evacuation. *Human Reproduction*, 17(5), 1222-1225.

**Toutes les Actualités cliniques, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

**Recommandation**

- Une association d'un bloc paracervical, d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et d'analgésiques narcotiques, avec ou sans anxiolytiques, est recommandée.
- Une sédation intraveineuse doit être proposée aux patientes si cette option est disponible.
- Les risques plus importants associés à une anesthésie générale doivent être évalués par rapport aux bénéfices.

**Poids de la recommandation**

important

**Qualité des éléments factuels**

très faible

**Dernière révision : 26 janvier 2021**

---

**Douleur lors d'une procédure de dilatation et évacuation**

Il n'y a pas de données factuelles publiées sur le niveau de douleur associé à une procédure de dilatation et évacuation, mais les spécialistes s'accordent généralement pour considérer qu'une procédure d'avortement devient de plus en plus douloureuse avec l'avancement de la grossesse. À un âge gestationnel plus avancé, une procédure de dilatation et évacuation nécessite une dilatation cervicale préopératoire et peropératoire plus importante, dure plus longtemps et implique une manipulation utérine plus en profondeur.

**Méthodes de contrôle de la douleur**

Il n'existe guère d'études comparatives sur le contrôle de la douleur lors d'une procédure de dilatation et évacuation. Les études existantes portent sur l'effet de médicaments adjuvants sur la douleur postopératoire chez les patientes bénéficiant d'une anesthésie générale ou d'une sédation intraveineuse profonde ou se sont plutôt intéressées à la sécurité des stratégies de contrôle de la douleur lors d'une procédure de dilatation et évacuation. Les déclarations internationales de consensus sont généralement centrées sur le niveau minimal d'anesthésie permettant de réaliser une procédure de dilatation et évacuation plutôt que sur une optimisation du contrôle de la douleur, cela afin de permettre aux femmes d'y avoir accès dans des centres de santé de niveau inférieur (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015 ; Organisation mondiale de la Santé, 2014).

Dans les études portant sur les programmes de dilatation et évacuation, le contrôle de la douleur consistait généralement en une sédation intraveineuse par une association de narcotiques et d'anxiolytiques et un bloc paracervical (Altman, Stubblefield, Schlam, Lober-

feld et Osathanondh, 1985 ; Castleman, Oanh, Hyman, Thuy et Blumenthal, 2006 ; Jacot et al., 1993). Ipas recommande une association d'un bloc paracervical, d'AINS et d'analgésiques narcotiques, avec ou sans anxiolytiques (Edelman et Kapp, 2017). On proposera aux patientes des AINS, un bloc paracervical et une sédation intraveineuse si ces options sont disponibles (Jackson et Kapp, 2020).

## **Anesthésie locale**

Se reporter à la section 2.5, Bloc paracervical.

## **Médicaments**

Aucune étude n'a évalué l'efficacité des analgésiques par voie orale, intramusculaire ou intraveineuse lors d'une procédure de dilatation et évacuation. Une étude a permis d'observer que les femmes ayant reçu par voie intraveineuse un AINS, à savoir du kétorolac, en association avec une sédation intraveineuse profonde ou une anesthésie générale lors de la procédure de dilatation et évacuation faisaient état de significativement moins de douleur post-opératoire que celles n'ayant pas reçu ce médicament (Liu et Flink-Bochacki, 2020). Ces données doivent être interprétées avec prudence car l'étude n'avait pas été conçue pour une telle comparaison. Néanmoins, les études portant sur l'aspiration intra-utérine ont toutes permis de constater que l'administration d'AINS par voie orale ou intramusculaire avant la procédure atténuait systématiquement la douleur éprouvée par la patiente pendant et après celle-ci (Braaten, Hurwitz, Fortin et Goldberg, 2013 ; Renner, Jensen, Nichols et Edelman, 2010 ; Romero, Turok et Gilliam, 2008 ; Suprpto et Reed, 1984 ; Wiebe et Rawling, 1995).

## **Sédation intraveineuse**

Une seule étude randomisée a évalué l'efficacité d'une sédation intraveineuse modérée lors d'une procédure de dilatation et évacuation. Elle a constaté qu'une sédation modérée par le fentanyl et le midazolam était significativement plus efficace que le protoxyde d'azote en inhalation pour le contrôle de la douleur chez des femmes entre douze et seize semaines de grossesse ayant également reçu de l'ibuprofène et un bloc paracervical avant la procédure (Thaxton et al., 2018). Des données supplémentaires issues d'études sur l'aspiration intra-utérine ont montré qu'une sédation intraveineuse par une association de narcotiques et d'anxiolytiques est une méthode efficace de contrôle de la douleur et améliore la satisfaction vis-à-vis de la procédure d'avortement (Allen, Fitzmaurice, Lifford, Lasic et Goldberg, 2009 ; Allen, Kumar, Fitzmaurice, Lifford et Goldberg, 2006 ; Wells, 1992 ; Wong, Ng, Ngai et Ho, 2002). Des études ont évalué la sécurité d'une sédation intraveineuse par du fentanyl et du midazolam en association avec un bloc paracervical lors d'une procédure de dilatation et évacuation. Elles font état d'un taux de complications majeures associées à la procédure inférieur à 1% (Racek, Chen et Creinin, 2010) et ne rapportent aucun événement indésirable supplémentaire lié à l'anesthésie (Wilson, Chen et Creinin, 2009 ; Wiebe, Byczko, Kaczorowski et McLane, 2013). Une sédation intraveineuse profonde par le propofol sans intubation est sans danger en ambulatoire et n'engendre aucun risque d'inhalation bronchique (Aksel et al., 2018 ; Dean, Jacobs, Goldstein, Gervitz et Paul, 2011 ; Gokhale et al., 2016 ; Mancuso et al., 2017).

Une sédation intraveineuse augmente le coût, la complexité et les risques potentiels de la procédure et nécessite un prestataire formé à cet effet et l'équipement nécessaire pour assurer le monitoring des patientes. Le monitoring supplémentaire que requiert l'administration en toute sécurité d'une sédation intraveineuse exige de la part des centres des investissements en termes de formation et d'équipement. Pour de plus amples informations sur la définition des degrés de sédation, y compris l'anesthésie générale, se reporter à l'annexe B,

Continuum de la profondeur de sédation : définition de l'anesthésie générale et des degrés de sédation/d'analgésie).

## Anesthésie générale

Même si elle est efficace pour assurer le contrôle de la douleur durant la procédure, une anesthésie générale augmente le coût, la complexité et les risques potentiels associés à un avortement et n'est pas recommandée pour des procédures de routine (Atrash, Cheek et Hogue, 1988 ; Bartlett et al., 2004 ; MacKay, Schulz et Grimes, 1985 ; OMS, 2014). Pour de plus amples informations sur la définition des degrés de sédation, y compris l'anesthésie générale, se reporter à l'annexe B, Continuum de la profondeur de sédation : définition de l'anesthésie générale et des degrés de sédation/d'analgésie).

## Contrôle non pharmacologique de la douleur

Les analgésiques et le bloc paracervical doivent être complétés par des mesures de soutien visant à atténuer la douleur et l'anxiété. Quelques approches qui peuvent s'avérer utiles sont notamment de fournir à la patiente des explications sur ce à quoi elle doit s'attendre au cours de la procédure, de réaliser la procédure dans un environnement propre et privé, avec des membres du personnel qui ont une attitude encourageante et amicale, de lui offrir un soutien verbal, de recourir à une technique chirurgicale douce et efficace et d'appliquer un coussin chauffant ou une bouillotte d'eau chaude sur le bas-ventre en salle de réveil (Akin et al., 2001).

## Bibliographie

Akin, M. D., Weingard, K. W., Hengehold, D. A., Goodale, M. B., Hinkle, R. T. et Smith, R. P. (2001). Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstetrics & Gynecology*, 97, 343-349.

Aksel, S., Lang, L., Steinauer, J. E., Drey, E. A., Lederle, L., Sokoloff, A. et Carlisle, A. S. (2018). Safety of Deep Sedation Without Intubation for Second-Trimester Dilatation and Evacuation. *Obstetrics & Gynecology*, 132(1), 171-178.

Allen, R.H., Fitzmaurice, G., Lifford, K. L., Lasic, M. et Goldberg, A. (2009). Oral compared with intravenous sedation for first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 113(2Pt1), 276-283.

Allen, R. H., Kumar, D., Fitzmaurice, G., Lifford, K. L. et Goldberg, A. B. (2006). Pain management of first-trimester surgical abortion: Effects of selection of local anesthesia with and without lorazepam or intravenous sedation. *Contraception*, 74(5), 407-413.

Altman, A. M., Stubblefield, P. G., Schlam, J. F., Loberfeld, R. et Osathanondh, R. (1985). Midtrimester abortion with laminaria and vacuum evacuation on a teaching service. *The Journal of Reproductive Medicine*, 30(8), 601-606.

Atrash, H., Cheek, T. et Hogue, C. (1988). Legal abortion mortality and general anesthesia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 158(2), 420.

Bartlett, L. A., Berg, C. J., Shulman, H. B., Zane, S. B., Green, C. A., Whitehead, S. et Atrash, H. K. (2004). Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics & Gynecology*, 103, 729-739.

Braaten, K.P., Hurwitz, S., Fortin, J. et Goldberg, A.B. (2014). Intramuscular ketorolac versus oral ibuprofen for pain relief in first-trimester surgical abortion: A randomized clinical trial. *Contraception*, 89(2), 116-121.

Castleman, L. D., Oanh, K. T. H., Hyman, A. G., Thuy, L. T. et Blumenthal, P. D. (2006). Introduction of the dilation and evacuation procedure for second-trimester abortion in Vietnam using manual vacuum aspiration and buccal misoprostol. *Contraception*, 74, 272-276.

Dean, G., Jacobs, A. R., Goldstein, R. C., Gevirtz, C. M. et Paul, M. E. (2011). The safety of deep sedation without intubation for abortion in the outpatient setting. *Journal of Clinical Anesthesia*, 23, 437-442.

Edelman, A. et Kapp, N. (2018). *Guide de référence sur la technique de dilatation et évacuation : Interruption volontaire de grossesse et soins après avortement à partir de la treizième semaine de grossesse*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Gokhale, P., Lappen, J. R., Waters, J. H. et Perriera, L. K. (2016). Intravenous sedation without intubation and the risk of anesthesia complications for obese and non-obese women undergoing surgical abortion: A retrospective cohort study. *Anesthesia and Analgesia*, 122(6), 1957-1962.

Jacot, F. R. M., Poulin, C., Bilodeau, A. P., Morin, M., Moreau, S., Gendron, F. et Mercier, D. (1993). A five-year experience with second-trimester induced abortions: No increase in complication rate as compared to the first trimester. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 168(2), 633-637.

Jackson, E. et Kapp, N. (2020). Pain management for medical and surgical termination of pregnancy between 13 and 24 weeks of gestation: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 127, 1348-1357.

Liu, S.M et Flink-Bochacki, R. (2020). A single-blinded randomized controlled trial evaluating pain and opioid use after dilator placement for second-trimester abortion. *Contraception*, doi: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.11.014>. Publication électronique en attente d'impression.

MacKay, H. T., Schulz, K. F et Grimes, D. A. (1985). Safety of local versus general anesthesia for second-trimester dilatation and evacuation abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 66, 661-665.

Mancuso, A. C., Lee, K., Zhang, R., Hoover, E. A., Stockdale, C. et Hardy-Fairbanks, A. J. (2017). Deep sedation without intubation during second trimester surgical termination in an inpatient hospital setting. *Contraception*, 95, 288-291.

Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Clinical handbook for safe abortion care*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.

Racek, C. M., Chen, B. A. et Creinin, M. D. (2010). Complication rates and utility of intravenous access for surgical abortion procedures from 12 to 18 weeks of gestation. *Contraception*, 82, 286-290.

Renner, R.M., Jensen, J.T., Nichols, M.D. et Edelman, A.B. (2010). Pain control in first-trimester surgical abortion: A systematic review of randomized controlled trials. *Contraception*, 81, 372-388.

Romero, I., Turok, D. et Gilliam, M. (2008). A randomized trial of tramadol versus ibuprofen as an adjunct to pain control during vacuum aspiration abortion. *Contraception*, 77(1), 56-59.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2015). *Best Practice Paper No. 2: Best practice in comprehensive abortion care*. Londres: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Siddiqui, K. M. et Chohan, U. (2007). Tramadol versus nalbuphine in total intravenous anaesthesia for dilatation and evacuation. *Journal of the Pakistani Medical Association*, 57(2), 67-70.

Suprpto, K. et Reed, S. (1984). Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 150(8), 1000-1001.

Thaxton, L., Pitotti, J., Espey, E., Teal, S., Sheeder, J. et Singh, R.H. (2018). Nitrous oxide compared with intravenous sedation for second-trimester abortion: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 132, 1182-1187.

Wells, N. (1992). Reducing distress during abortion: A test of sensory information. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1050-1056.

Wiebe, E. R., Byczko, B., Kaczorowski, J. et McLane, A. L. (2013). Can we safely avoid fasting before abortions with low-dose procedural sedation? A retrospective cohort chart review of anesthesia-related complications in 47,748 abortions. *Contraception*, 87, 51-54.

Wiebe, E. R. et Rawling, M. (1995). Pain control in abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 50(1), 41-46.

Wilson, L. C., Chen, B. A. et Creinin, M. D. (2009). Low-dose fentanyl and midazolam in outpatient surgical abortion up to 18 weeks of gestation. *Contraception*, 79, 122-128.

Wong, C. Y., Ng, E. H., Ngai, S. W. et Ho, P. C. (2002). A randomized, double blind, placebo-controlled study to investigate the use of conscious sedation in conjunction with paracervical block for reducing pain in termination of first trimester pregnancy by suction evacuation. *Human Reproduction*, 17(5), 1222-1225.

Toutes les *Actualités cliniques*, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).

#### Recommandation

- Un bloc paracervical par un anesthésique local est une méthode efficace de contrôle de la douleur et doit faire partie intégrante de toute procédure d'aspiration intra-utérine, de mise en place de dilatareurs osmotiques et de dilatation et évacuation.
- Les prestataires de niveau intermédiaire peuvent réaliser efficacement et en toute sécurité une anesthésie paracervicale.
- Un bloc paracervical est inefficace pour le contrôle de la douleur associée à l'expulsion du fœtus lors d'un avortement médicamenteux à partir de treize semaines de grossesse.
- Il est recommandé pour faire un bloc paracervical d'injecter 20 ml de lidocaïne à 1% à une profondeur de 3 cm. Si l'on ne dispose pas de lidocaïne à 1%, on peut la remplacer par 10 ml de lidocaïne à 2%, même si les données factuelles en faveur de l'utilisation de lidocaïne à 2% sont peu nombreuses. Il convient d'utiliser une technique d'injection paracervicale en deux points ou en quatre points.

#### Poids de la recommandation

important

#### Qualité des éléments factuels

modérée

**Dernière révision : 26 janvier 2021**

---

### Anesthésie locale pour le contrôle de la douleur

#### ASPIRATION INTRA-UTÉRINE

Une revue systématique de 2013 a évalué le bloc paracervical lors de procédures gynécologiques nécessitant une dilatation du col, y compris d'avortement par aspiration avant treize semaines et d'évacuation utérine pour avortement incomplet, et est parvenue à la conclusion qu'un bloc paracervical atténue la douleur lors de la dilatation du col et des interventions utérines mais non la douleur après la procédure par rapport à un placebo ou à l'absence d'anesthésie (Tangsiriwatthana, Sangkomkamhang, Lumbiganon et Laopaiboon, 2013). Lors de la meilleure étude disponible sur le bloc paracervical, 120 patientes ayant subi un avortement par aspiration avant onze semaines de grossesse ont été randomisées pour recevoir soit un bloc paracervical par 20 ml de lidocaïne à 1% tamponnée avec du bicarbonate de sodium et injectée à une profondeur de trois centimètres en quatre points paracervicaux, soit une pseudo-injection lors de laquelle une aiguille capuchonnée était appliquée au niveau de la jonction cervico-vaginale pour imiter l'administration d'un bloc paracervical. Les femmes ayant reçu le bloc paracervical avaient eu moins mal pendant la dilatation et l'aspiration que celles ayant reçu la pseudo-injection (Renner, Nichols, Jensen, Li et Edelman, 2012). Une injection plus en profondeur (3 cm) de l'anesthésique améliore le

contrôle de la douleur par rapport à une injection superficielle (1,5 cm) (Cetin et Cetin, 1997 ; Renner, Jensen, Nichols et Edelman, 2010). Une étude randomisée et contrôlée ultérieure a montré que, comparé à la lidocaïne seule, l'ajout de bicarbonate de sodium à celle-ci (1 ml de bicarbonate de sodium à 8,4% par 10 ml de solution d'anesthésique) ne diminuait pas les scores de douleur au moment de l'injection ou lors de la dilatation du col (Chin et al., 2020). On ne sait pas avec certitude si une technique d'injection en quatre points est supérieure à une technique d'injection en deux points. Dans une étude randomisée, une technique en quatre points était supérieure à une technique en deux points, mais la différence en termes de douleur était faible (Renner et al., 2016). Dans une autre étude randomisée, on n'a pas constaté de différence en termes de douleur entre les techniques en deux et en quatre points (Glantz et Shomento, 2001). Une période d'attente entre l'injection et la dilatation du col n'est pas nécessaire car cela n'améliore pas le contrôle de la douleur (Phair, Jensen et Nichols, 2002 ; Renner et al., 2016 ; Wiebe et Rawling, 1995).

Aucune étude n'a directement comparé un bloc par 20 ml de lidocaïne à 1% à un bloc par 10 ml de lidocaïne à 2% lors d'un avortement. On ignore si le volume d'anesthésique administré influence le soulagement de la douleur : deux études ont montré que les femmes ayant reçu un bloc de 20 ml faisaient état d'un score de douleur inférieur par rapport à celles ayant reçu un bloc de 10 ml (Allen, Kumar, Fitzmaurice, Lifford et Goldberg, 2006 ; Wiebe, 1992). Néanmoins, des facteurs de confusion tels que des doses d'anesthésique et des techniques d'injection différentes entre groupes expérimentaux sont susceptibles d'avoir influencé le résultat. Lors du recours à un bloc paracervical par 10 ml de lidocaïne à 2%, le prestataire doit veiller à éviter une injection intravasculaire accidentelle afin de limiter la toxicité potentielle liée à la dose de lidocaïne (Lau, Lo, Tam et Yuen, 1999) ; il doit également envisager d'utiliser la technique d'injection en deux points plutôt que celle en quatre points.

Chez les patientes ayant bénéficié d'une sédation profonde pour le contrôle de la douleur, il n'est pas certain que l'administration d'un bloc paracervical apporte un bénéfice supplémentaire (Kan, Ng et Ho, 2004 ; Renner et al., 2010 ; Wells, 1992 ; Wong, Ng, Ngai et Ho, 2002). Chez les patientes qui bénéficient d'une anesthésie générale, l'administration d'un bloc paracervical n'apporte aucun bénéfice supplémentaire (Hall, Ekblom, Persson et Irestedt, 1997 ; Renner et al., 2010).

#### *DILATATION ET ÉVACUATION*

Aucune étude n'a évalué le bloc paracervical pour le contrôle de la douleur lors d'une procédure de dilatation et évacuation sans sédation ou anesthésie concomitante. Une étude randomisée s'est intéressée à l'utilisation d'un bloc paracervical lors d'une procédure de dilatation et évacuation chez des patientes ayant également bénéficié d'une sédation profonde ou d'une anesthésie générale ; l'ajout d'un bloc paracervical n'a pas atténué la douleur postopératoire (Lazenby, Fogelson et Aeby, 2009). La recommandation d'administrer un bloc paracervical pour une procédure de dilatation et évacuation est extrapolée des données des études portant sur l'aspiration intra-utérine et d'une étude randomisée et contrôlée portant sur 41 patientes ayant subi une procédure de dilatation et évacuation, qui ont mis en évidence une réduction significative de la douleur lors de la mise en place des dilateurs osmotiques suite au recours à un bloc paracervical (Soon, Tschann, Salcedo, Stevens, Ahn et Kaneshiro, 2017).

#### *AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX*

Aucune étude n'a évalué l'administration d'un bloc paracervical pour le contrôle de la douleur lors d'un avortement médicamenteux avant treize semaines de grossesse. Deux études portant sur le recours à un bloc paracervical lors d'un avortement médicamenteux à partir

de treize semaines de grossesse n'ont mis en évidence aucune amélioration en termes de contrôle de la douleur (Andersson, Benson, Christensson et Gemzell-Danielsson, 2016 ; Winkler, Wolters, Funk et Rath, 1997).

## Prestataires de niveau intermédiaire

Lors d'une étude multicentrique randomisée internationale ayant comparé 2.894 procédures, les prestataires de niveau intermédiaire parvenaient à un taux de complications similaire à celui obtenu par des médecins lors de la réalisation d'une aspiration intra-utérine avec bloc paracervical (Warriner et al., 2006). Les prestataires de niveau intermédiaire n'ont pas rencontré de complications suite à l'utilisation d'un bloc paracervical.

## Technique

Pour plus d'informations sur la technique de réalisation d'un bloc paracervical, voir Annexe C : Technique de réalisation d'un bloc paracervical.

## Bibliographie

- Allen, R. H., Kumar, D., Fitzmaurice, G., Lifford, K. L. et Goldberg, A. B. (2006). Pain management of first-trimester surgical abortion: Effects of selection of local anesthesia with and without lorazepam or intravenous sedation. *Contraception*, 74(5), 407-413.
- Andersson, I. M., Benson, L., Christensson, K. et Gemzell-Danielsson, K. (2016). Paracervical block as pain treatment during second-trimester medical termination of pregnancy: An RCT with bupivacaine versus sodium chloride. *Human Reproduction*, 31(1), 67-74.
- Cetin, A. et Cetin, M. (1997). Effect of deep injections on local anesthetics and basal dilatation of cervix in management of pain during legal abortions. A randomized, controlled study. *Contraception*, 56, 85-87.
- Chin, J., Kaneshiro, B., Elia, J., Raidoo, S., Savala, M. et Soon R. (2020). Buffered lidocaine for paracervical blocks in first-trimester abortions: a randomized controlled trial. *Contraception X*, 18(2), 100044.
- Glantz, J. C. et Shomento, S. (2001). Comparison of paracervical block techniques during first trimester pregnancy termination. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 72, 171-178.
- Hall, G., Ekblom, A., Persson, E. et Irestedt, L. (1997). Effects of prostaglandin treatment and paracervical blockade on postoperative pain in patients undergoing first trimester abortion in general anesthesia. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 76, 868-872.
- Kan, A. S., Ng, E. H. et Ho, P. C. (2004). The role and comparison of two techniques of paracervical block for pain relief during suction evacuation for first-trimester pregnancy termination. *Contraception*, 70, 159-163.
- Lau, W. C., Lo, W. K., Tam, W. H. et Yuen, P. M. (1999). Paracervical anesthesia in outpatient hysteroscopy: A randomized double-blind placebo-controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 106(4), 356-359.
- Lazenby, G. B., Fogelson, N. S. et Aeby, T. (2009). Impact of paracervical block on postabortion pain in patients undergoing abortion under general anesthesia. *Contraception*, 80(6), 578-582.
- O'Connell, K., Jones, H. E., Simon, M., Saporta, V., Paul, M. et Lichtenberg, E. S. (2009). First-trimester surgical abortion practices: A survey of National Abortion Federation members. *Contraception*, 79, 385-392.
- Phair, N., Jensen, J. T. et Nichols, M. (2002). Paracervical block and elective abortion: The effect on pain of waiting between injection and procedure. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186, 1304-1307.
- Renner, R.M., Jensen, J.T., Nichols, M.D. et Edelman, A. (2010). Pain control in first trimester surgical abortion: A systematic review of randomized controlled trials. *Contraception*, 81, 372-388.
- Renner, R. M., Nichols, M. D., Jensen, J. T., Li, H. et Edelman, A. B. (2012). Paracervical block for pain control in first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 119(5), 1030-1037.
- Renner, R. M., Edelman, A. B., Nichols, M. D., Jensen, J. T., Lim J. Y. et Bednarek, P. H. (2016). Refining paracervical block techniques for pain control in first trimester surgical abortion: A randomized controlled noninferiority trial. *Contraception*, 95(5), 461-466.

Soon, R., Tschann, M., Salcedo, J., Stevens, K., Ahn, H. J. et Kaneshiro, B. (2017). Paracervical block for laminaria insertion before second-trimester abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 130, 387-392.

Tangsirawatthana, T., Sangkomkamhang, U.S., Lumbiganon, P. et Laopaiboon, M. (2013). Paracervical local anesthesia for cervical dilatation and uterine intervention. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD005056.

Warriner, I. K., Meirik, O., Hoffman, M., Morroni, C., Harries, J., My Huong, N. T. et Seuc, A. H. (2006). Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and midlevel providers in South Africa and Vietnam: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, 368(9551), 1965-1972.

Winkler, M., Wolters, S., Funk, A. et Rath, W. (1997). Second trimester abortion with vaginal gemeprost-improvement by paracervical anesthesia? *Zentralblatt fur Gynakologie*, 119, 621-624.

Wells, N. (1992). Reducing distress during abortion: A test of sensory information. *Journal of Advanced Nursing*, 17(9), 1050-1056.

Wong, C. Y., Ng, E. H., Ngai, S. W. et Ho, P. C. (2002). A randomized, double-blind, placebo-controlled study to investigate the use of conscious sedation in conjunction with paracervical block for reducing pain in termination of first trimester pregnancy by suction evacuation. *Human Reproduction*, 17, 1222-1225.

**Toutes les *Actualités cliniques*, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

### 3. Recommandations pour un avortement avant treize semaines de grossesse

## ADOLESCENTES : SÉCURITÉ ET EFFICACITÉ

---

# 3.1



### Recommandation

- L'aspiration intra-utérine et l'avortement médicamenteux sont des méthodes sûres et efficaces chez les adolescentes et doivent être proposées en tant que méthodes d'interruption volontaire de grossesse.
- Une préparation du col doit être envisagée avant une aspiration intra-utérine chez les adolescentes.
- Les adolescentes doivent pouvoir accéder sans retard à des soins d'avortement sécurisé.

### Poids de la recommandation

important

### Qualité des éléments factuels

modérée

Dernière révision : 26 janvier 2021

---

### Adolescentes et avortement

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit les adolescentes comme les jeunes filles de 10 à 19 ans et les jeunes femmes comme celles âgées de 20 à 24 ans. Les adolescentes sont confrontées à des obstacles à l'accès à des soins d'avortement sécurisé et viennent demander un avortement à un âge gestationnel plus avancé que les femmes adultes (Jatlaoui et al., 2017 ; Sowmini, 2013). Les adolescentes sont exposées à un risque accru de complications consécutives à un avortement non sécurisé, cela en raison de leur tendance à retarder le moment de demander des soins, à recourir à des prestataires incompetents, de la difficulté pour elles d'obtenir des soins appropriés et d'avoir accès à des services compétents en cas de complications (Olukoya, Kaya, Ferguson et AbouZahr, 2001) ; selon les estimations de l'OMS, chaque année, trois millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans subissent un avortement non sécurisé (OMS, 2014a). Éliminer les obstacles à l'accès à des soins d'avortement pourrait s'avérer particulièrement bénéfique pour les adolescentes et les jeunes femmes.

Lorsque des adolescentes bénéficient de soins d'avortement sécurisé, elles présentent moins de complications que les femmes plus âgées. Dans une étude de cohorte rétrospective à grande échelle réalisée aux États-Unis, lors de laquelle on a enregistré toutes les complications survenues dans un délai de six semaines pour 54.911 avortements chirurgicaux et médicamenteux, c'est chez les adolescentes que les auteurs ont observé le plus faible taux de complications consécutives à un avortement parmi l'ensemble des catégories d'âge, à savoir 1,5% (Upadhyay et al., 2015). Les résultats n'ont pas été stratifiés en fonction de la méthode d'évacuation utérine, du trimestre ou du type de complications.

## Aspiration intra-utérine

### EFFICACITÉ

Les taux de réussite d'une aspiration intra-utérine n'ont pas été dissociés en fonction de l'âge. Dans les études regroupant des données concernant des adolescentes et des femmes plus âgées, les taux d'avortement incomplet et d'échec d'avortement étaient inférieurs à 1% (Upadhyay et al., 2015 ; Warriner et al., 2006 ; Weitz et al., 2013). Une revue systématique de 2014 reprenant vingt-cinq études randomisées et observationnelles concernant les soins d'avortement chez des adolescentes et des jeunes femmes est parvenue à la conclusion selon laquelle l'avortement, y compris par aspiration intra-utérine, est sûr et efficace, même si les taux d'efficacité spécifiques n'ont pas été détaillés (Renner, de Guzman et Brahmi, 2014).

### SÉCURITÉ

Une vaste étude de cohorte prospective multicentrique réalisée aux États-Unis et portant sur 164.000 femmes ayant eu recours à un avortement légal, dont 50.000 adolescentes, a permis de constater que les taux de mortalité et de morbidité majeure étaient plus faibles chez les adolescentes que chez les femmes plus âgées (Cates Jr., Schulz et Grimes, 1983). Le taux de mortalité était de 1,3 pour 100.000 chez les jeunes femmes de moins de 20 ans contre 2,2 pour 100.000 chez les femmes de 20 ans et plus. Les événements indésirables graves, notamment intervention chirurgicale majeure, hémorragie nécessitant une transfusion et perforation utérine, étaient moins fréquents chez les patientes de moins de 20 ans. Néanmoins, un âge inférieur ou égal à 17 ans a été mis en relation avec davantage de lésions cervicales, même après correction des effets liés à la nulliparité (5,5 pour 1000 contre 1,7 pour 1000 chez les femmes de 30 ans et plus ; risque relatif : 1,9 ; IC 95% : 1,2-2,9) (Cates et al., 1983 ; Renner et al., 2014 ; Schulz, Grimes et Cates, 1983). Pour réduire ce risque, une préparation du col doit être envisagée avant une aspiration intra-utérine chez les adolescentes (Allen et Goldberg, 2016 ; OMS, 2014b).

### ACCEPTABILITÉ

Il n'existe pas de données stratifiées en fonction de l'âge concernant l'acceptabilité d'une aspiration intra-utérine chez les adolescentes (Renner et al., 2014).

## Avortement médicamenteux

### EFFICACITÉ

Les études cliniques et les études de cohorte ont montré que le taux de réussite d'un avortement médicamenteux utilisant la mifépristone et misoprostol chez les très jeunes femmes est similaire (Haimov-Kochman et al., 2007 ; Heikinheimo, Leminen et Suhonen, 2007) ou supérieur (Niinimäki et al., 2011 ; Shannon et al., 2006) à celui observé chez des femmes plus âgées. Une vaste étude de cohorte rétrospective à l'échelle de la population réalisée en Finlande et ayant comparé 3.024 adolescentes à 24.006 femmes adultes à un âge gestationnel allant jusqu'à vingt semaines a permis de constater que le risque de nécessiter une évacuation chirurgicale après un avortement médicamenteux était significativement moindre chez les adolescentes (Niinimäki et al., 2011).

Parmi une cohorte prospective qui incluait de très jeunes femmes, le taux de réussite d'un avortement médicamenteux par le misoprostol seul était identique chez les très jeunes femmes et chez les femmes plus âgées (Bugalho et al., 1996). Deux études de cohorte prospectives portant sur l'avortement par le misoprostol seul ont recruté uniquement des adolescentes ; dans ces deux études, l'efficacité était équivalente à celle décrite lors des études portant sur des femmes adultes (Carbonell et al., 2001 ; Velazco et al., 2000).

## SÉCURITÉ

L'étude de cohorte rétrospective finlandaise à l'échelle de la population citée plus haut montre que le taux de complications après un avortement médicamenteux chez les adolescentes est similaire ou inférieure à celui observé chez des femmes plus âgées, même après correction pour la nulliparité. Lors de cette étude, les adolescentes présentaient une incidence significativement moindre d'hémorragie, d'avortement incomplet et de nécessité d'une évacuation chirurgicale. Le taux d'infection après avortement était similaire chez les adolescentes et chez les femmes plus âgées, malgré une fréquence plus importante d'infections à Chlamydia chez les adolescentes (Niinimäki et al., 2011). Dans les études portant sur l'avortement médicamenteux par le misoprostol seul ayant inclus des adolescentes, ces dernières n'ont pas présenté un taux d'événements indésirables supérieur à celui observé chez les femmes adultes (Carbonell et al., 2001 ; Velazco et al., 2000).

## ACCEPTABILITÉ

Dans une étude non comparative à petite échelle portant sur 28 adolescentes de 14 à 17 ans ayant eu recours à un avortement médicamenteux par la mifépristone et le misoprostol, 96% d'entre elles ont jugé l'avortement médicamenteux acceptable et 79% se sont déclarées satisfaites de la procédure lors d'un suivi après quatre semaines (Phelps, Schaff et Fielding, 2001).

## Conséquences périnatales ultérieures

Trois études se sont intéressées aux conséquences périnatales lors d'une grossesse ultérieure chez des adolescentes et des jeunes femmes ayant eu recours précédemment à un avortement : une étude de cohorte rétrospective réalisée aux États-Unis ayant comparé 654 accouchements d'adolescentes nullipares à 102 accouchements d'adolescentes ayant eu recours précédemment à un avortement (van Veen, Haeri et Baker, 2015), un groupe rétrospectif allemand incluant 7.845 accouchements d'adolescentes nullipares à 211 accouchements d'adolescentes ayant eu recours précédemment à une interruption volontaire de grossesse (Reime, Schucking et Wenzlaff, 2008) et une étude rétrospective réalisée à Hong Kong ayant comparé 118 accouchements d'adolescentes ayant eu recours précédemment à un ou plusieurs avortements à 118 accouchements témoins d'adolescentes d'âge et de parité équivalents (Lao et Ho, 1998). Les études des États-Unis et de Hong Kong n'ont mis en évidence aucune différence entre les groupes étudiés en termes de conséquences périnatales dommageables. Après ajustement pour les facteurs de confusion, l'étude allemande a mis en évidence un risque accru de très faible poids à la naissance chez les bébés des adolescentes ayant eu précédemment recours à un avortement. La méthode d'avortement et la réalisation ou non d'une préparation préopératoire du col n'étaient pas précisées pour aucune de ces études.

## Bibliographie

- Allen, R. et Goldberg, A. (2016). Society of Family Planning Clinical Guideline 20071: Cervical dilation before first trimester surgical abortion (< 14 weeks gestation). *Contraception*, 93(4), 277-291.
- Bugalho, A., Faundes, A., Jamisse, L., Usfa, M., Maria, E. et Bique, C. (1996). Evaluation of the effectiveness of vaginal misoprostol to induce first trimester abortion. *Contraception*, 53(4), 243-246.
- Cates Jr, W., Schulz, K. F. et Grimes, D. A. (1983). The risks associated with teenage abortion. *New England Journal of Medicine*, 309(11), 621-624.
- Carbonell, J. L., Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sanchez, C., Barambio, S. et Mari, J. (2001). Misoprostol for abortion at 9-12 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 6(1), 39-45.

- Haimov-Kochman, R., Arbel, R., Sciaky-Tamir, Y., Brzezinski, A., Laufer, N. et Yagel, S. (2007). Risk factors for unsuccessful medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86(4), 462-466.
- Heikinheimo, O., Leminen, R. et Suhonen, S. (2007). Termination of early pregnancy using flexible, low-dose mifepristone–misoprostol regimens. *Contraception*, 76(6), 456-460.
- Jatloui, T. C., Shah, J., Mandel, M. G., Krashin, J. W., Suchdev, D. B., Jamieson, D. J. et Pazol, K. (2017). Abortion surveillance–United States, 2014. *MMWR Surveillance Summaries*, 66(24), 1-48.
- Lao, T. T. et Ho, L. F. (1998). Induced abortion is not a cause of subsequent preterm delivery in teenage pregnancies. *Human Reproduction*, 13(3), 758-761.
- Niinimäki, M., Suhonen, S., Mentula, M., Hemminki, E., Heikinheimo, O. et Gissler, M. (2011). Comparison of rates of adverse events in adolescent and adult women undergoing medical abortion: Population register based study. *BMJ: British Medical Journal*, 342, d2111.
- Olukoya, A., Kaya, A., Ferguson, B. et AbouZahr, C. (2001). Unsafe abortion in adolescents. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75(2), 137-147.
- Organisation mondiale de la Santé. (2014a). La grossesse chez les adolescentes. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé. Obtenu le 20/12 2017 à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Organisation mondiale de la Santé. (2014b). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.
- Phelps, R. H., Schaff, E. A. et Fielding, S. L. (2001). Mifepristone abortion in minors. *Contraception*, 64(6), 339-343.
- Reime, B., Schucking, B. A. et Wenzlaff, P. (2008). Reproductive outcomes in adolescents who had a previous birth or an induced abortion compared to adolescents' first pregnancies. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 8(4).
- Renner, R. M., de Guzman, A. et Brahmi, D. (2014). Abortion care for adolescent and young women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 126, 1-7.
- Schulz, K., Grimes, D. et Cates, W. (1983). Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *The Lancet*, 321(8335), 1182-1185.
- Shannon, C., Wiebe, E., Jacot, F., Guilbert, E., Dunn, S., Sheldon, W. et Winikoff, B. (2006). Regimens of misoprostol with mifepristone for early medical abortion: A randomised trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 113(6), 621-628.
- Sowmini, S.V. (2013). Delay in termination of pregnancy among unmarried adolescents and young women attending a tertiary hospital abortion clinic in Trivandrum, Kerala, India. *Reproductive Health Matters*, 21(41), 243-250.
- Upadhyay, U. D., Desai, S., Zlidar, V., Weitz, T. A., Grossman, D., Anderson, P. et Taylor, D. (2015). Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 125(1), 175-83.
- van Veen, T. R., Haeri, S. et Baker, A. M. (2015). Teen pregnancy: Are pregnancies following an elective termination associated with increased risk for adverse perinatal outcomes? *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 28, 530-532.
- Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sanchez, C., Barambio, S., Chami, S., ..., Carbonell, J. L. L. (2000). Misoprostol for abortion up to 9 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 5, 227-233.
- Warriner, I. K., Meirik, O., Hoffman, M., Morroni, C., Harries, J., My Huong, N. et Seuc, A. H. (2006). Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and midlevel providers in South Africa and Vietnam: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, 368(9551), 1965-1972.
- Weitz, T. A., Taylor, D., Desai, S., Upadhyay, U. D., Waldman, J., Battistelli, M. F. et Drey, E. A. (2013). Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. *American Journal of Public Health*, 103(3), 454-461.

**Toutes les Actualités cliniques, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

### 3. Recommandations pour un avortement avant treize semaines de grossesse

## PRESTATAIRES DE NIVEAU INTERMÉDIAIRE : SÉCURITÉ ET EFFICACITÉ

# 3.2



### Principales informations :

De nombreuses catégories de prestataires de soins, s'ils sont formés à cet effet, peuvent pratiquer des avortements par aspiration intra-utérine et des avortements médicamenteux avant treize semaines de grossesse de manière aussi sûre et aussi efficace que des médecins.

### Qualité des éléments factuels

élevée

Dernière révision : 28 janvier 2021

### Quelle est la définition d'un prestataire de niveau intermédiaire ?

Le terme de « prestataires de niveau intermédiaire » s'utilise de manière générale pour désigner différentes catégories de prestataires de soins, par exemple infirmiers/ères, infirmières sages-femmes, officiers de santé, cliniciens confirmés et auxiliaires médicaux. Étendre les catégories de prestataires autorisés à dispenser des soins d'avortement pour y inclure les prestataires de niveau intermédiaire améliore l'accès à l'avortement sécurisé et aux soins après avortement.

### Aspiration intra-utérine

Une revue systématique de 2015 a compilé les données de cinq études, à savoir une étude randomisée et contrôlée et quatre études de cohorte, ayant comparé la pratique d'avortements chirurgicaux par des prestataires de niveau intermédiaire ou par des médecins (Barnard, Kim, Park et Ngo, 2015). Les études reprises ont été réalisées en Inde, en Afrique du Sud, aux États-Unis et au Vietnam. Les données combinées n'ont mis en évidence aucune différence entre médecins et non médecins en termes de risque global de complications (risque relatif [RR] : 1,3 ; IC, 95% : 0,86-2,14). Si l'on examine séparément le risque d'avortement incomplet, les données observationnelles (trois études ayant inclus 13.715 femmes) indiquent un risque accru d'avortement incomplet lorsque la procédure est effectuée par un prestataire de niveau intermédiaire (RR : 2,25 ; IC 95% : 1,38-3,68) (Goldman, Occhuito, Peterson, Zapka et Palmer, 2004 ; Jejeebhoy et al., 2011 ; Weitz et al., 2013) ; cette augmentation de risque n'a pas été observée dans les données d'une étude randomisée et contrôlée portant sur 2789 femmes (RR : 2,97 ; IC 95% : 0,21-41,82) (Warriner et al., 2006). Une étude a montré qu'une aspiration intra-utérine effectuée par un prestataire de niveau intermédiaire est aussi acceptable pour les patientes que des services dispensés par un médecin (Jejeebhoy et al., 2011).

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande que des médecins généralistes, des auxiliaires cliniques et auxiliaires cliniques confirmés, des sages-femmes et des infirmiers/ères puissent être formés à la pratique d'IVG par aspiration intra-utérine (OMS, 2015).

Dans des contextes où des mécanismes ont été mis en place pour inclure les aides-soignant(e)s et les aides-infirmière sages-femmes dans les soins obstétricaux d'urgence ou les soins après avortement de base, ces catégories de prestataires peuvent également pratiquer des aspirations intra-utérines. Là où des médecins pratiquant d'autres spécialités prennent part à d'autres tâches liées à la santé maternelle et reproductive, ils peuvent également pratiquer des aspirations intra-utérines. L'OMS met en garde contre la pratique d'aspirations intra-utérines par des pharmaciens, des assistants pharmaciens ou par des profanes.

## Avortement médicamenteux

Une revue systématique et une méta-analyse de 2017 ayant comparé l'avortement médicamenteux dispensé par des prestataires de niveau intermédiaire et par des médecins (Sjostrom, Dragoman, Fonhus, Ganatra et Gemzell-Danielsson, 2017) reprend les résultats de trois études randomisées et contrôlées réalisées au Mexique, au Népal et en Suède et portant sur un total de 3670 femmes. Les prestataires de niveau intermédiaire inclus dans ces études étaient des infirmiers/ères, des aides-infirmière sages-femmes, des médecins pratiquant la médecine ayurvédique (traditionnelle) et des sages-femmes. Cette revue fait état d'une efficacité équivalente, mesurée par le taux d'avortements complets, entre médecins et non médecins (RR : 1,0 ; 95% : 0,99-1,02). Sur l'ensemble des études reprises, un seul événement indésirable grave, à savoir des saignements abondants ayant nécessité une aspiration utérine, a été enregistré. Les auteurs concluent que, même si la rareté de tels événements limite la capacité à analyser statistiquement leur probabilité en fonction de la catégorie de prestataires, la faiblesse de la fréquence globale est rassurante. Les femmes jugent systématiquement l'avortement médicamenteux réalisé par des prestataires de niveau intermédiaire comme parfaitement acceptable (Kopp Kallner et al., 2014 ; Olavarrieta et al., 2015 ; Tamang et al., 2017).

L'OMS préconise que, outre les médecins spécialistes et généralistes, des auxiliaires cliniques et auxiliaires cliniques confirmés, des sages-femmes, des infirmiers/ères, des aides-soignant(e)s et des aides-infirmières sages-femmes puissent être formés à dispenser des avortements médicamenteux. Là où des médecins pratiquant d'autres spécialités prennent part à d'autres tâches liées à la santé maternelle et génésique, ils peuvent également dispenser des avortements médicamenteux. En ce qui concerne les pharmaciens ou les profanes, l'OMS recommande que la pratique de tâches faisant partie de la dispense d'un avortement médicamenteux, en particulier la détermination de l'éligibilité de la patiente pour un avortement médicamenteux, l'administration des médicaments et la prise en charge de la procédure et des effets indésirables fréquents, ainsi que la détermination de la réussite de l'avortement et de la nécessité d'un suivi en milieu hospitalier n'ait lieu que dans le cadre de recherches menées de manière rigoureuse. L'OMS met en garde contre la pratique d'avortement médicamenteux par des assistants pharmaciens (2015).

## Bibliographie

Barnard, S., Kim, C., Park, M. H et Ngo T. D. (2015). Doctors or mid-level providers for abortion? *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD011242.

Goldman, M. B., Occhuito, J. S., Peterson, L. E., Zapka, J. G. et Palmer, R. H. (2004). Physician assistants as providers of surgically induced abortion services. *Research and Practice*, 94(8), 1352-1357.

Jejeebhoy, S., Kalyanwala, S., Zavier, A., Kumar, R., Mundle, S., Tank, J. et Jha, N. (2011). Can nurses perform manual vacuum aspiration (MVA) as safely and effectively as physicians? Evidence from India. *Contraception*, 84(6), 615-621.

Kopp Kallner, H., Gomperts, R., Salomonsson, E., Johansson, M., Marions, L. et Gemzell-Danielsson, K. (2014). The efficacy, safety and acceptability of medical termination of pregnancy provided by standard care by doctors or by nurse-midwives: A randomized controlled equivalence trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(4), 510-517.

Olavarrieta, C. D., Ganatra, B., Sorhaindo, A., Karver, T. S., Seuc, A., Villalobos, A., ..., Sanhueza, P. (2015). Nurse versus physician-provision of early medical abortion in Mexico: a randomized controlled non-inferiority trial. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(4), 249-258.

Organisation mondiale de la Santé. (2015). *Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.

Sjostrom, S., Dragoman, M., Fonhus, M. S., Ganatra, B. et Gemzell-Danielsson, K. (2017). Effectiveness, safety, and acceptability of first-trimester medical termination of pregnancy performed by non-doctor providers: A systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124, 1928-1940.

Tamang, A., Shah, I. H., Shrestha, P., Warriner, I. K., Wang, D., Thapa, K., ..., Meirik, O. (2017). Comparative satisfaction of receiving medical abortion service from nurses and auxiliary nurse-midwives or doctors in Nepal: results of a randomized trial. *Reproductive Health*, 14(1), 176.

Warriner, I., Meirik, O., Hoffman, M., Morrioni, C., Harries, J., My Huong, N. et Seuc, A. (2006). Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and midlevel providers in South Africa and Vietnam: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, 368(9551), 1965-1972.

Weitz, T. A., Taylor, D., Desai, S., Upadhyay, U. D., Waldman, J., Battistelli, M. R. et Drey, E. A. (2013). Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. *American Journal of Public Health*, 103(3), 454-461.

**Toutes les Actualités cliniques, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

### 3. Recommandations pour un avortement avant treize semaines de grossesse

## 3.3

## DÉTERMINATION DE L'ÂGE GESTATIONNEL

---

### Recommandation

- L'âge gestationnel doit être évalué avant la dispense de soins d'avortement.
- Si la femme est certaine de la date de ses dernières règles, l'âge gestationnel peut être calculé en se basant uniquement sur la date des dernières règles.
- Chez les femmes pour qui la date des dernières règles est incertaine, l'âge gestationnel doit être évalué à partir de la date estimée des dernières règles associée à un examen bimanuel ; le recours à une échographie peut s'avérer utile en cas de doute sur l'âge gestationnel ou de discordance entre ces deux estimations.
- Le recours systématique à une échographie pour la détermination de l'âge gestationnel n'est pas nécessaire.

### Poids de la recommandation

important

### Qualité des éléments factuels

modérée

**Dernière révision : 28 janvier 2021**

---

### Importance de la détermination de l'âge gestationnel

Il est indispensable de déterminer l'âge gestationnel avant des soins d'avortement sécurisé en vue de déterminer la méthode d'évacuation utérine et le schéma de traitement appropriés. Si le prestataire est incapable d'évaluer l'âge gestationnel en associant date des dernières règles, antécédents et examen bimanuel, un clinicien plus expérimenté doit pratiquer un examen bimanuel ou la patiente doit subir une échographie.

### Date des dernières règles associée à un examen bimanuel

Une évaluation par le prestataire basée sur la date des dernières règles indiquée par la patiente associée à un examen bimanuel constitue une méthode précise de détermination de l'âge gestationnel avant un avortement (Bracken et al., 2011 ; Fielding, Schaff et Nam, 2002 ; Kaneshiro et al., 2011). Les deux plus vastes études ayant comparé le recours à la date des dernières règles associée à un examen bimanuel ou à une échographie avant un avortement médicamenteux jusqu'à neuf semaines de grossesse ont montré que moins de 2% des près de 5.000 femmes incluses se seraient vues proposer à tort un avortement médicamenteux au-delà de la limite d'âge gestationnel en se basant uniquement sur la date des dernières règles associée à un examen bimanuel pour la détermination de l'âge gestationnel (Bracken et al., 2011 ; Fielding et al., 2002).

Deux études de cohorte à petite échelle se sont intéressées à la précision d'un examen bimanuel comparé à une échographie pour la détermination de l'âge gestationnel avant une aspiration intra-utérine (Kulier et Kapp, 2011). Dans une étude portant sur 120 femmes, 81% des déterminations de l'âge gestationnel effectuées par évaluation par le prestataire concordait avec l'échographie et dans 13% des cas restants, l'évaluation du prestataire ne différait pas de plus de deux semaines de l'estimation par échographie (Fakih, Barnea, Yarkoni et DeCherney, 1986). Une seconde étude incluant 245 femmes a montré que des prestataires expérimentés recourant uniquement à un examen bimanuel pour évaluer l'âge gestationnel donnaient dans 92% des cas une estimation qui ne différait pas de plus de deux semaines de celle obtenue par échographie, tandis que pour des prestataires inexpérimentés, la proportion d'estimations concordantes n'était que de 75% (Nichols, Morgan et Jensen, 2002).

### **Date des dernières règles uniquement**

La plupart des femmes se souviennent de manière raisonnablement exacte de la date de leurs dernières règles, cela indépendamment de leur niveau de formation et du fait qu'elles aient ou non l'habitude de prendre note de cette date (Averbach, Puri, Blum et Rocca, 2018 ; Harper, Ellertson et Winikoff, 2002 ; Wegienka et Baird, 2005). Plusieurs études ont évalué la précision de la date des dernières règles comme unique élément pour la détermination de l'âge gestationnel avant un avortement médicamenteux comparé à échographie (Blanchard et al., 2007 ; Bracken et al., 2011 ; Constant, Harries, Moodley et Myer, 2017 ; Schonberg, Wang, Bennet, Gold et Jackson, 2014). Deux études ayant inclus ensemble un total de 833 femmes ont montré que 12% des femmes éligibles pour un avortement médicamenteux sur la base de la date de leurs dernières règles se situaient au-delà de la limite en termes d'âge gestationnel lorsque celui-ci était déterminé par échographie (Blanchard et al., 2007 ; Constant et al., 2017). Toutefois, dans la plus vaste étude disponible, en fixant la valeur seuil d'éligibilité pour un avortement médicamenteux à 63 jours, seules 3,3% des 4.257 participantes se situaient dans ce groupe ; une proportion encore plus faible (1,2%) de femmes évaluées comme éligibles selon la date de leurs dernières règles étaient au-delà de 70 jours de grossesse (Bracken et al., 2011). Cette étude s'est également intéressée à la précision de l'évaluation de l'âge gestationnel par le prestataire en se basant à la fois sur la date des dernières règles et sur un examen bimanuel (voir ci-dessus) et a constaté que, en recourant à cette double méthode de détermination de l'âge gestationnel, la proportion de femmes évaluées à tort comme étant éligibles pour un avortement médicamenteux diminuait de 3,3% à 1,6%. Une étude portant sur 660 femmes demandeuses d'un avortement médicamenteux au Népal a comparé la détermination de l'âge gestationnel par la date des dernières règles ou par la date des dernières règles associée à un examen bimanuel sans comparaison avec l'échographie (Averbach et al., 2018). Les investigateurs ont constaté une excellente concordance (99%) entre ces deux mesures de l'âge gestationnel.

Deux études d'incidence prospectives qui se sont intéressées à la sécurité et à l'efficacité de la télémédecine pour la dispense de services d'avortement médicamenteux au cours de la pandémie de COVID-19 ont eu recours exclusivement à la date des dernières règles rapportée par les femmes pour la détermination de l'âge gestationnel et de l'éligibilité pour un avortement médicamenteux (Aiken, Lohr, Lord, Ghosh et Starling, 2021 ; Reynolds-Wright, Johnstone, McCabe, Evans et Cameron, 2021). Une étude menée en Angleterre a comparé un groupe de 22.158 femmes ayant bénéficié avant la pandémie d'un avortement médicamenteux classique incluant une visite d'évaluation et une échographie de routine à un groupe de femmes ayant bénéficié soit d'un avortement par télémédecine si elles ne présentaient qu'un faible risque de grossesse extra-utérine et que la date des dernières règles qu'elles avaient fourni correspondait à un âge gestationnel inférieur à dix semaines (n=18.435), soit d'un avortement médicamenteux classique si elles ne satisfaisaient pas à ces critères (n=11.549) (Aiken et al., 2021). La réussite du traitement, les événements indésirables graves et l'incidence de grossesse extra-utérine ne différaient pas entre les deux

groupes ; onze femmes (0,04%) du groupe télémedecine se sont avérées être à un âge gestationnel supérieur aux dix semaines attendues ; toutes ont pu mener à bien jusqu'à son terme leur avortement à domicile sans incident. Une étude d'incidence à plus petite échelle menée en Écosse a suivi un protocole de télémedecine similaire, mais en incluant des femmes jusqu'à douze semaines de grossesse selon la date des dernières règles rapportée par elles-mêmes (Reynolds-Wright et al., 2021). Parmi les 663 femmes incluses dans cette étude, l'âge gestationnel a été déterminé uniquement par la date des dernières règles chez 79% d'entre elles ; une échographie a été réalisée pour âge gestationnel incertain chez 14% et pour confirmer une grossesse intra-utérine chez 5%. Un avortement complet a eu lieu dans 98% des cas et une poursuite de la grossesse n'est survenue que chez moins de 1% des femmes ; 2,4% des femmes ont nécessité des soins supplémentaires mais aucun événement indésirable grave n'a été rapporté.

Les femmes sont généralement à même de se rappeler de la date de leurs dernières règles mais, lorsqu'on leur demande de déterminer l'âge gestationnel ou leur éligibilité pour un avortement médicamenteux en se basant sur cette date, les évaluations d'une minorité d'entre elles ne sont pas en accord avec celles de leur prestataire. Trois études ont comparé la détermination de l'âge gestationnel à partir de la date des dernières règles à celle basée sur l'évaluation du prestataire (Andersen et al., 2017 ; Ellertson et al., 2000 ; Shellenberg, Antobam, Griffin, Edelman et Voetagbe, 2017) ; ces trois études ont également évalué la capacité des femmes à déterminer elles-mêmes leur éligibilité à partir de la date de leurs dernières règles. Dans la plus ancienne de ces études (Ellertson et al., 2000), 10% des 173 femmes indiennes ayant utilisé une fiche de travail et la date de leurs dernières règles pour déterminer l'âge gestationnel pensaient être éligibles pour un avortement médicamenteux alors que la détermination par le prestataire indiquait un âge gestationnel se situant au-delà du seuil de 56 jours. Au Népal, 13% de 3.091 femmes ayant utilisé la date de leurs dernières règles et un disque de détermination de l'âge gestationnel modifié pour déterminer leur éligibilité pour un avortement médicamenteux, avec une valeur seuil de 63 jours, ont fourni une estimation incorrecte par rapport à celle faite par un prestataire (Andersen et al., 2017). Enfin, au Ghana, 770 femmes ont utilisé un disque de détermination de l'âge gestationnel modifié pour déterminer si leur âge gestationnel était inférieur ou supérieur à 13 semaines (Shellenberg et al., 2017) ; par rapport à l'évaluation par un prestataire, 3,6% d'entre elles pensaient à tort être enceintes de moins de 13 semaines. Parmi celles-ci, une était enceinte de 13 semaines (0,1% du total de 770), 15 de 14 semaines (1,9%), sept de 16 semaines (0,9%), deux de 18 semaines et deux de 22 semaines (0,3% pour chaque catégorie) et une de 28 semaines (0,1%).

## Échographie

Bien que fréquemment utilisée dans certains contextes pour déterminer l'âge gestationnel, l'échographie est associée à une marge d'erreur intrinsèque de 3 à 5 jours avant douze semaines de grossesse et cette marge d'erreur augmente à mesure de l'avancement de la grossesse (Hadlock, Shah, Kanon et Lindsey, 1992). Dans les études réalisées dans des régions où les ressources sont limitées et l'accès à l'échographie difficile, par exemple en Inde, au Népal, au Vietnam et en Tunisie, l'absence d'échographie n'a pas eu d'impact sur la réussite des avortements (Coyaji et al., 2001 ; Mundle, Elul, Anand, Kalyanwala et Ughade, 2007 ; Ngoc et al., 1999 ; Warriner et al., 2011). Une échographie peut s'avérer utile pour déterminer l'âge gestationnel lorsqu'il n'est pas possible de l'estimer par d'autres méthodes, pour confirmer que la grossesse est bien intra-utérine ou pour identifier d'éventuelles malformations utérines (Clark, Gold, Grossman et Winikoff, 2007 ; Kulier et Kapp, 2011). L'exigence d'une échographie systématique pour la détermination de l'âge gestationnel risque de limiter l'accès à des soins d'avortement sécurisé et cet examen n'est pas nécessaire pour évaluer avec précision l'âge gestationnel (Kaneshiro, Edelman, Snee-

ringer et Gómez Ponce de León, 2011 ; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG], 2015 ; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2014).

## Bibliographie

- Aiken, A., Lohr, P.A., Lord, J., Ghosh, N. et Starling, J. (2021). Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. Publié en ligne le 18 février 2021. Doi: 10.1111/1471-0528.16668.
- Andersen, K., Fjerstad, M., Basnett, I., Neupane, S., Acre, V., Sharma, S. K. et Jackson, E. (2017). Determination of medical abortion eligibility by women and community health volunteers in Nepal: A toolkit evaluation. *PLoS ONE*, 12(9), e0178248.
- Averbach, S., Puri, M., Blum, M. et Rocca, C. (2018). Gestational dating using last menstrual period and bimanual exam for medication abortion in pharmacies and health centers in Nepal. *Contraception*, 98(4), 296-300.
- Blanchard, K., Cooper, D., Dickson, K., Cullingworth, L., Mavimbela, N., Von Mollendorf, C. et Winikoff, B. (2007). A comparison of women's, providers' and ultrasound assessments of pregnancy duration among termination of pregnancy clients in South Africa. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 114(5), 569-575.
- Bracken, H., Clark, W., Lichtenberg, E., Schweikert, S., Tanenhaus, J., Barajas, A. et Winikoff, B. (2011). Alternatives to routine ultrasound for eligibility assessment prior to early termination of pregnancy with mifepristone-misoprostol. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 118(1), 17-23.
- Clark, W. H., Gold, M., Grossman, D. et Winikoff, B. (2007). Can mifepristone medical abortion be simplified? A review of the evidence and questions for future research. *Contraception*, 75(4), 245-250.
- Constant, D., Harries, J., Moodley, J. et Myer, L. (2017). Accuracy of gestational age estimation from last menstrual period among women seeking abortion in South Africa, with a view to task sharing: A mixed methods study. *Reproductive Health*, 14(100). DOI: 10.1186/s12978-017-0365-7.
- Coyaji, K., Elul, B., Krishna, U., Otiv, S., Ambardekar, S., Bopardikar, A. et Winikoff, B. (2001). Mifepristone abortion outside the urban research hospital setting in India. *The Lancet*, 357(9250), 120-122.
- Ellertson, C., Elul, B., Ambardekar, S., Wood, L., Carroll, J. et Coyaji, K. (2000). Accuracy of assessment of pregnancy duration by women seeking early abortions. *The Lancet*, 355(9207), 877-881.
- Fakih, M. H., Barnea, E. R., Yarkoni, S. et DeCherney, A. H. (1986). The value of real time ultrasonography in first trimester termination. *Contraception*, 33(6), 533-538.
- Fielding, S. L., Schaff, E. A. et Nam, N. (2002). Clinicians' perception of sonogram indication for mifepristone abortion up to 63 days. *Contraception*, 66(1), 27-31.
- Hadlock, F., Shah, Y., Kanon, D. et Lindsey, J. (1992). Fetal crown-rump length: Reevaluation of relation to menstrual age (5-18 weeks) with high-resolution real-time US. *Radiology*, 182(2), 501-505.
- Hamoda, H., Ashok, P. W., Flett, G. M. M. et Templeton, A. (2005). Medical abortion at 9-13 weeks' gestation: A review of 1076 consecutive cases. *Contraception*, 71(5), 327-332.
- Harper, C., Ellertson, C. et Winikoff, B. (2002). Could American women use mifepristone-misoprostol pills safely with less medical supervision? *Contraception*, 65(2), 133-142.
- Kaneshiro, B., Edelman, A., Sneeringer, R. K. et Gómez Ponce de León, R. (2011). Expanding medical abortion: Can medical abortion be effectively provided without the routine use of ultrasound? *Contraception*, 83(3), 194-201.
- Kulier, R. et Kapp, N. (2011). Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second-trimester abortion. *Contraception*, 83, 30-33.
- Mundle, S., Elul, B., Anand, A., Kalyanwala, S. et Ughade, S. (2007). Increasing access to safe abortion services in rural India: Experiences with medical abortion in a primary health center. *Contraception*, 76, 66-70.
- Nichols, M., Morgan, E. et Jensen, J. T. (2002). Ultrasound measurement for assessment of gestational age in the first trimester of pregnancy. *Journal of Reproductive Medicine*, 47(10), 825-828.
- Ngoc, N. T. N., Winikoff, B., Clark, S., Ellertson, C., Am, K. N., Hieu, D. T. et Elul, B. (1999). Safety, efficacy and acceptability of mifepristone-misoprostol medical abortion in Vietnam. *International Family Planning Perspectives*, 25(1), 10-14, 33.

Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.

Reynolds-Wright, J.J., Johnstone, A., McCabe, K., Evans, E. et Cameron, S. (2021). Telemedicine medical abortion at home under 12 weeks; gestation: A prospective observational cohort study during the COVID-19 pandemic. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, première publication en ligne le 4 février 2021. Doi: 10.1136/bmj-srh-2020-200976.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2015). *Best Practice Paper No. 2: Best practice in comprehensive abortion care*. Londres: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press.

Schonberg, D., Wang, L.F., Bennett, A.H., Gold, M. et Jackson, E. (2014). The accuracy of using last menstrual period to determine gestational age for first trimester medication abortion: A systematic review. *Contraception*, 90(5), 480-487.

Shellenberg, K. M., Antobam, S. K, Griffin, R., Edelman, A. et Voetagbe, G. (2017). Determining the accuracy of pregnancy-length dating among women presenting for induced abortions in Ghana. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 139, 71-77.

Warriner, I., Wang, D., Huong, N., Thapa, K., Tamang, A., Shah, I. et Meirik, O. (2011). Can midlevel health-care providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomised controlled equivalence trial in Nepal. *The Lancet*, 377(9772), 1155-1161.

Wegienka, G. et Baird, D. D. (2005). A comparison of recalled date of last menstrual period with prospectively recorded dates. *Journal of Women's Health*, 14(3), 248-252.

**Toutes les Actualités cliniques, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

### 3. Recommandations pour un avortement avant treize semaines de grossesse

## DÉTECTION D'UNE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

# 3.4

### Recommandation

La possibilité d'une grossesse extra-utérine doit être exclue chez les femmes chez qui les antécédents ou l'examen sont suspects.

### Poids de la recommandation

important

### Qualité des éléments factuels

faible

**Dernière révision : 29 janvier 2021**

### Epidémiologie

On ne dispose que de peu de données en provenance de régions où les ressources sont limitées sur la fréquence de grossesse extra-utérine ; aux États-Unis et au Royaume-Uni, cette fréquence est de 1 à 2% des grossesses (Stulberg, Cain, Dahlquist et Lauderdale, 2013 ; Tao, Patel et Hoover, 2016 ; Trabert, Holt, Yu, Van den Eeden et Scholes, 2011 ; Webster, Eadon, Fishburn et Kumar, 2019). Les grossesses extra-utérines sont responsables de 2,7% des décès associés à une grossesse aux États-Unis (Creanga, Syverson, Seed et Callaghan, 2017). Elles représentent environ 1% des décès associés à une grossesse dans les régions où les ressources sont limitées, cela en raison de la prévalence plus importante d'autres causes de mortalité maternelle dans ces régions (Khan, Wojdyla, Say, Gulmezoglu et Van Look, 2006).

### Facteurs de risque

Les principaux facteurs associés à un risque important de grossesse extra-utérine chez les femmes enceintes sont :

FACTEUR DE RISQUE	RISQUE DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE POUR LA GROSSESSE EN COURS
Antécédents de grossesse extra-utérine	10 à 25% (Yao et Tulandi, 1997)
Antécédents de chirurgie tubaire, y compris de stérilisation	25 à 50% (Barnhart, 2009)
Dispositif intra-utérin en place	25 à 50% (Barnhart, 2009)

(American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2018 ; Ankum, Mol, Van der Veen et Bossuyt, 1996 ; Barnhart, 2009 ; Gaskins et al., 2018 ; Jacob, Kalder et Kostev, 2017)

Les autres facteurs de risque sont notamment des antécédents d'infertilité et de recours à des techniques de reproduction assistée, des antécédents d'infection pelvienne, des partenaires multiples, un très jeune âge lors des premières relations sexuelles, un très jeune âge lors de la première utilisation de contraceptifs oraux et le tabagisme (ACOG, 2018 ; Ankum et al., 1996 ; Barnhart, 2009 ; Gaskins et al., 2018 ; Olamijulo et al., 2020).

## Dépistage

Dans les pays à haut niveau de revenu, la moitié des grossesses extra-utérines surviennent chez des femmes ne présentant aucun facteur de risque et chez qui le tableau clinique initial n'a rien d'inquiétant (Stovall, Kellerman, Ling et Buster, 1990), tandis que dans les pays à moyen et à faible niveau de revenu, les patientes sont plus susceptibles de venir se présenter avec des signes cliniques aigus, y compris une instabilité hémodynamique (Olamijulo et al., 2020). Les prestataires de soins doivent se montrer attentifs aux facteurs de risque de grossesse extra-utérine lors du relevé des antécédents et de l'examen clinique, notamment aux antécédents suspects tels que grossesse extra-utérine antérieure, ligature des trompes, chirurgie tubaire ou présence d'un dispositif intra-utérin. Le dépistage doit également inclure les signes et symptômes de grossesse extra-utérine détectés lors du relevé des antécédents et de l'examen clinique, par exemple présence d'une masse annexielle, douleur lors de l'examen ou saignements vaginaux.

Certaines femmes viennent se présenter pour une interruption volontaire de grossesse en tout début de grossesse, avant que l'on puisse avoir la preuve échographique définitive que la grossesse est bien intra-utérine. Une revue systématique de 2020 incluant trois études d'incidence rétrospectives comparatives portant sur 5.315 femmes demandeuses d'un avortement précoce, médicamenteux ou par aspiration, a mis en évidence l'absence d'incidence accrue de grossesse extra-utérine ou d'avortement incomplet non diagnostiqués lorsque l'avortement avait lieu avant que l'on ait la preuve échographique d'une grossesse intra-utérine chez des femmes ne présentant aucun signe ou symptôme de grossesse extra-utérine (Schmidt-Hansen, Cameron, Lord et Hasler, 2020).

## Traitement chez les patientes à haut risque

On a souvent recours à l'échographie ou à des dosages répétés de hCG pour contribuer à déterminer la localisation de la grossesse (Fields et Hathaway, 2017). Dans certains cas, la manière la plus rapide de confirmer une grossesse intra-utérine consiste à pratiquer une aspiration intra-utérine : la présence des produits de conception dans le produit de l'aspiration permet de confirmer que la grossesse était bien intra-utérine. Une patiente qui présente des signes et symptômes suspects ou chez qui l'examen clinique est préoccupant nécessite un diagnostic et un traitement rapides ou un transfert immédiat vers une institution à même de prendre en charge une grossesse extra-utérine. Un diagnostic et un traitement précoces d'une grossesse extra-utérine peuvent sauver la vie de la patiente et contribuer à préserver sa fertilité.

## Dépistage après la procédure

Chez les femmes qui subissent une aspiration intra-utérine, il convient d'examiner le produit de l'aspiration pour y confirmer la présence des produits de conception (voir section 3.5.4. Examen des produits de conception). L'absence de produits de conception doit amener à envisager une grossesse extra-utérine.

## Bibliographie

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Practice bulletin No 193: Tubal ectopic pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* 131, e91-e103.

- Ankum, W. M., Mol, B. W. J., Van der Veen, F. et Bossuyt, P. M. M. (1996). Risk factors for ectopic pregnancy: A meta-analysis. *Fertility and Sterility*, 60(6), 1093-1099.
- Barnhart, K. T. (2009). Clinical practice. Ectopic pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 361(4), 379-387.
- Creanga, A. A., Syverson, C., Seed, K. et Callaghan, W. M. (2017). Pregnancy-related mortality in the United States, 2011-2013. *Obstetrics & Gynecology*, 130(2), 366-373.
- Fields, L. et Hathaway, A. (2017). Key concepts in pregnancy of unknown location: Identifying ectopic pregnancy and providing patient-centered care. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 62(2), 172-179.
- Gaskins, A. J., Missmer, S. A., Rich-Edwards, J. W., Williams, P. L., Souter, I. et Chavarro, J. E. (2018). Demographic, lifestyle, and reproductive risk factors for ectopic pregnancy. *Fertility and Sterility*, 110(7), 1328-1337.
- Jacob, L., Kalder, M. et Kostev, K. (2017). Risk factors for ectopic pregnancy in Germany: a retrospective study of 100,197 patients. *German Medical Science*, 15, Doc19.
- Khan, K. S., Wojdyla, D., Say, L., Gulmezoglu, A. M. et Van Look, P. F. (2006). WHO analysis of causes of maternal death: A systematic review. *The Lancet*, 367(9516), 1066-1074.
- Olamijulo, J.A., Okusanya, B.O., Adenekan, M.A., Ugwu, A.O., Olorunfemi, G. et Okojie, O. (2020). Ectopic pregnancy at the Lagos University Teaching Hospital, Lagos, South-Western Nigeria: Temporal trends, clinical presentation and management outcomes from 2005 to 2014. *Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 27, 177-183.
- Schmidt-Hansen, M., Cameron, S., Lord, J. et Hasler, E. (2020). Initiation of abortion before there is definitive ultrasound evidence of intrauterine pregnancy: A systematic review with meta-analyses. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 99, 451-458.
- Stovall, T. G., Kellerman, A. L., Ling, F. W. et Buster, J. E. (1990). Emergency department diagnosis of ectopic pregnancy. *Annals of Emergency Medicine*, 19(10), 1098-1103.
- Stulberg, D., Cain, L. R., Dahlquist, I. et Lauderdale, D. S. (2013). Ectopic pregnancy rates in the Medicaid population. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 208(4), 274.e1-7.
- Tao, G., Patel, C. et Hoover, K. W. (2016). Updated estimates of ectopic pregnancy among commercially and Medicaid-insured women in the United States, 2002-2013. *Southern Medical Journal*, 110(1), 18-24.
- Trabert, B., Holt, V. L., Yu, O., Ven Den Eeden, S. K. et Scholes, D. (2011). Population-based ectopic trends, 1993-2007. *American Journal of Preventative Medicine*, 40(5), 556-560.
- Webster, K., Eadon, H., Fishburn, S et Kumar, G. (2019). Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management: summary of updated NICE guidance. *British Medical Journal*, 367, 16283.

**Toutes les Actualités cliniques, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

### 3. Recommandations pour un avortement avant treize semaines de grossesse

## 3.5

### ASPIRATION INTRA-UTERINE 3.5.1 SÉCURITÉ ET EFFICACITÉ

---

#### Principales informations

- L'aspiration intra-utérine est une méthode sûre et efficace, avec un taux de réussite supérieur à 98% et un taux de complications inférieur à 1%.
- Les événements indésirables graves sont extrêmement rares suite à une aspiration intra-utérine avant treize semaines.

#### Qualité des éléments factuels

élevée

**Dernière révision : 28 janvier 2021**

---

#### Efficacité

La réussite d'une aspiration intra-utérine est définie comme un avortement ne nécessitant aucune intervention supplémentaire pour évacuer l'utérus. Lors d'une vaste étude observationnelle réalisée aux États-Unis et portant sur 11.487 avortements par aspiration au cours du premier trimestre pratiqués par des médecins, des infirmiers ou infirmières praticien(ne)s, des infirmières sages-femmes diplômées et des auxiliaires médicaux, le pourcentage de patientes ayant nécessité une nouvelle aspiration suite à un avortement incomplet était de 0,28% et le taux de poursuite de la grossesse de 0,16% (Weitz et al., 2013).

#### Sécurité

Une revue systématique de 2015 a analysé 57 études reprenant les données de 337.460 avortements par aspiration avant quatorze semaines de grossesse pratiqués en Amérique du Nord, en Europe de l'ouest, dans les pays scandinaves et en Australie/Nouvelle Zélande (White, Carroll et Grossman, 2015). Des complications majeures exigeant une intervention (par exemple hémorragie nécessitant une transfusion ou perforation nécessitant une réparation) sont survenues lors de moins de 0,1% des procédures ; une hospitalisation s'est avérée nécessaire dans moins de 0,5% des cas. Les études qui se sont intéressées à différents niveaux de prestataires (auxiliaires médicaux, infirmiers ou infirmières, infirmières sages-femmes, etc.) dans d'autres contextes ont fourni des résultats similaires (Hakim-Elahi, Tovell et Burnhill, 1990 ; Jejeebhoy et al., 2011 ; Warriner et al., 2006 ; Weitz et al., 2013). Deux études ayant comparé des prestataires de niveau intermédiaire nouvellement formés à des médecins expérimentés (Jejeebhoy et al., 2011 ; Weitz et al., 2013) n'ont constaté aucune différence en termes de taux de réussite de l'avortement ou de taux de complications.

Une étude rétrospective de cohorte réalisée aux États-Unis a comparé le taux de complications liées à la procédure lors d'un avortement par aspiration réalisé en ambulatoire jusqu'à treize semaines et six jours de grossesse entre des femmes présentant au moins un problème médical concomitant (diabète, hypertension, obésité, VIH, épilepsie, asthme, maladie thyroïdienne et troubles hémorragiques/problèmes de coagulation) et des femmes

sans problème médical concomitant. Le taux global de complications, notamment perforation utérine, perte de sang supérieure à 100 ml, lacération du col et rétention du produit de conception nécessitant une nouvelle aspiration, était de 2,9% ; les auteurs n'ont constaté aucune différence entre les deux groupes (Guiahi, Schiller, Sheeder et Teal, 2015). Deux études de cohorte rétrospectives portant ensemble sur 5.288 procédures d'avortement par aspiration avant treize semaines de grossesse n'ont mis en évidence aucune différence en termes de taux de complications entre les femmes obèses, celles en surpoids et celles présentant un poids normal (Benson, Micks, Ingalls et Prager, 2016 ; Mark et al., 2017).

## Mortalité

Aux États-Unis, le taux de mortalité associé aux interruptions volontaires de grossesse légales entre 2008 et 2013 a été de 0,62 décès par 100.000 avortements ; on ne dispose pas de taux de mortalité distincts en fonction du type d'avortement ou de l'âge gestationnel (Jatlaoui et al., 2017). À titre de comparaison, pour la période 2011-2013, le taux de mortalité associé à des naissances vivantes aux États-Unis a été de 17 décès par 100.000 naissances vivantes (Creanga, Syverson, Seed et Callaghan, 2017). Une analyse secondaire des données ayant comparé le taux de mortalité associé aux naissances vivantes à celui associé aux interruptions volontaires de grossesse légales aux États-Unis a montré que le risque de décès suite à un accouchement est quatorze fois plus élevé que celui associé à un avortement (Raymond et Grimes, 2012). Dans la revue systématique de 2015 sur la sécurité de l'aspiration intra-utérine dans différents pays citée ci-dessus, aucun décès n'a été signalé (White et al., 2015).

**Tableau 3.5.1. Taux de complications par étude**

	UPAD-HYAY, 2015	WEITZ, 2013	JEJEEBHOY, 2011	WARRINER, 2006	HAKIM-ELAHI, 1990
Nombre de femmes recrutées	34.744	11.487	897	2.789	170.000
Région	États-Unis	États-Unis	Inde	Afrique du Sud et Vietnam	États-Unis
Catégorie de prestataire	Non précisée	Médecins expérimentés et infirmiers/ères praticien(ne)s, infirmières sages-femmes diplômées et auxiliaires médicaux nouvellement formés	Médecins et infirmiers/ères nouvellement formés	Médecins, sages-femmes et assistants médicaux expérimentés	Médecins expérimentés
Période	2009-2010	2007- 2011	2009-2010	2003-2004	1971-1987
<b>Fréquence totale de complications mineures</b>	<b>1,1%</b>	<b>1,3%</b>	<b>1% (toutes décrites comme étant des avortements incomplets)</b>	<b>1%</b>	<b>0,85%</b>

	UPAD-HYAY, 2015	WEITZ, 2013	JEJEEBHOY, 2011	WARRINER, 2006	HAKIM-ELAHI, 1990
Avortement incomplet	0,33%	0,3%	1%	0,9%	Non spécifié (taux de répétition de l'aspiration : 0,35%)
Poursuite de la grossesse	0,04%	0,16%	Non spécifié	Non spécifié	0%
Infection mineure	0,27%	0,12%	Non spécifié	0,1%	0,5%
<b>Fréquence totale de complications majeures</b>	<b>0,16%</b>	<b>0,05%</b> <b>(6 complications : 2 perforations, 3 infections et 1 hémorragie)</b>	<b>0,12%</b> <b>(1 complication : 1 cas de fièvre importante)</b>	<b>0%</b>	<b>0,07% (hospitalisation pour perforation, grossesse extra-utérine, hémorragie, infection généralisée ou avortement incomplet)</b>
<b>Décès</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>0%</b>

## Bibliographie

- Benson, L. S., Micks, E. A., Ingalls, C. et Prager, S. W. (2016). Safety of outpatient surgical abortion for obese patients in the first and second trimesters. *Obstetrics & Gynecology*, 128(5), 1065-1070.
- Cates Jr, W., Schulz, K. F. et Grimes, D. A. (1983). The risks associated with teenage abortion. *New England Journal of Medicine*, 309(11), 621-624.
- Creanga, A., Syverson, C., Seed, K. et Callaghan, W. (2017). Pregnancy-related mortality in the United States, 2011-2013. *Obstetrics & Gynecology*, 130, 366-373.
- Guiahi, M., Schiller, G., Sheeder, J. et Teal, S. (2015). Safety of first-trimester uterine evacuation in the outpatient setting for women with common chronic conditions. *Contraception*, 92(5), 453-457.
- Hakim-Elahi, E., Tovell, H. et Burnhill, M. (1990). Complications of first-trimester abortion: A report of 170,000 cases. *Obstetrics & Gynecology*, 76(1), 129-135.
- Jatloui, T. C., Shah, J., Mandel, M. G., Krashin, J. W., Suchdev, D. B., Jamieson, D. J. et Pazol, K. (2017). Abortion surveillance-United States, 2014. *MMWR Surveillance Summaries*, 66(24), 1-48.
- Jejeebhoy, S. J., Kalyanwala, S., Zavier, A., Kumar, R., Mundle, S., Tank, J. et Jha, N. (2011). Can nurses perform manual vacuum aspiration (MVA) as safely and effectively as physicians? Evidence from India. *Contraception*, 84(6), 615-621.
- Mark, K. S., Bragg, B., Talaie, T., Chawla, K., Murphy, L. et Terplan, M. (2017). Risk of complication during surgical abortion in obese women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, DOI: 10.1016/j.ajog.2017.10.018. Publication électronique en attente d'impression.
- Raymond, E. G. et Grimes, D. A. (2012). The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstetrics & Gynecology*, 119, 215-219.
- Upadhyay, U. D., Desai, S., Zlidar, V., Weitz, T. A., Grossman, D., Anderson, P. et Taylor, D. (2015). Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 125(1), 175-83.
- Warriner, I. K., Meirik, O., Hoffman, M., Morroni, C., Harries, J., My Huong, N. et Seuc, A. H. (2006). Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and midlevel providers in South Africa and Vietnam: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, 368(9551), 1965-1972.

Weitz, T. A., Taylor, D., Desai, S., Upadhyay, U. D., Waldman, J., Battistelli, M. F. et Drey, E. A. (2013). Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. *American Journal of Public Health*, 103(3), 454-461.

White, K., Carroll, E. et Grossman, D. (2015). Complications from first-trimester aspiration abortion: A systematic review of the literature. *Contraception*, 92, 422-438.

**Toutes les *Actualités cliniques*, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

### 3. Recommandations pour un avortement avant treize semaines de grossesse

## 3.5

### ASPIRATION INTRA-UTERINE 3.5.2 PRÉPARATION DU COL

---

#### Recommandation

- Une préparation du col est recommandée en routine au-delà de douze à quatorze semaines de grossesse. Avant douze à quatorze semaines de grossesse, on peut envisager une préparation du col mais elle ne doit pas être pratiquée systématiquement.
- Les méthodes de préparation du col recommandées sont notamment :
  - Misoprostol 400 µg par voie sublinguale 1 à 3 heures avant la procédure
  - Misoprostol 400 µg par voie vaginale ou buccale 3 heures avant la procédure
  - Dilatateurs osmotiques insérés dans le col de l'utérus 6 à 24 heures avant la procédure
  - Mifépristone 200 mg par voie orale 1 à 2 jours avant la procédure

#### Poids de la recommandation

important

#### Qualité des éléments factuels

modérée

Dernière révision : 29 janvier 2021

---

#### Bénéfices d'une préparation du col

Une méta-analyse de 51 études cliniques randomisées et contrôlées portant sur la préparation du col jusqu'à treize semaines de grossesse a montré que la durée de la procédure était plus brève après préparation du col mais qu'il n'y avait aucune différence en termes de complications graves tels que lacération du col ou perforation utérine entre les patientes à qui l'on avait administré un traitement de préparation du col et celles ayant reçu un placebo (Kapp, Lohr, Ngo et Hayes, 2010). La plus vaste étude multicentrique, randomisée et contrôlée, qui portait sur 4.972 femmes ayant reçu 400 µg de misoprostol par voie vaginale ou un placebo trois heures avant une aspiration intra-utérine, n'a pas mis en évidence de différence entre les deux groupes en ce qui concernait les taux de lacération du col, de perforation ou d'infection (Meirik, Huang, Piaggio, Bergel et von Hertzen, 2012). Néanmoins, le risque d'avortement incomplet était significativement plus faible parmi le groupe misoprostol (< 1%) que parmi le groupe placebo (2%), mais les effets indésirables étaient plus fréquents chez les patientes ayant reçu du misoprostol. Chez les patientes à plus haut risque de complications lors d'une dilatation cervicale (jeunes femmes, femmes présentant des anomalies du col de l'utérus ou antécédents de chirurgie au niveau du col) ou lorsque le prestataire manque d'expérience, une préparation cervicale peut s'avérer bénéfique même avant douze à quatorze semaines de grossesse (Allen et Goldberg, 2016 ; Grimes, Schulz et Cates, 1984 ; Kaunitz, Rovira, Grimes et Schulz, 1985).

## Effets indésirables d'une préparation du col

Dans la plus vaste étude randomisée et contrôlée portant sur le misoprostol pour la préparation du col, 55% des femmes ayant reçu du misoprostol se sont plaintes de douleur abdominale avant la procédure et 37% ont présenté des saignements vaginaux, contre respectivement 22% et 7% parmi le groupe placebo (Meirik et al., 2012). En outre, la préparation du col augmente le coût, la complexité et la durée de l'avortement, puisque les patientes doivent se rendre au centre la veille de la procédure pour recevoir les dilateurs osmotiques ou la mifépristone ou attendre sur place que le misoprostol fasse son effet. Comme un avortement avant treize semaines de grossesse est une procédure extrêmement sûre, on ignore à partir de quel âge gestationnel les bénéfices d'une préparation systématique du col sont plus importants que ses effets indésirables (Kapp et al., 2010). La satisfaction des patientes ayant bénéficié d'une préparation du col n'a pas été systématiquement évaluée dans le cadre d'études randomisées et contrôlées mais constitue un élément important à prendre en considération dans le cadre de la qualité des soins et des services dispensés (Kapp et al., 2010).

## Choix de la méthode

Le choix entre misoprostol, mifépristone ou dilateurs osmotiques pour la préparation du col dépendra de la disponibilité, du coût, de l'aspect pratique et des préférences. Le misoprostol par voie sublinguale est plus efficace mais engendre davantage d'effets indésirables gastro-intestinaux que le misoprostol par voie vaginale (Kapp et al., 2010 ; Saav, Kopp Kallner, Fiala et Gemzell-Danielsson, 2015; Saxena, Sarda, Salhan et Nanda, 2008). La mifépristone administrée 24 heures avant l'avortement est plus efficace que le misoprostol mais augmente la durée et le coût de la procédure d'avortement (Ashok, Flett et Templeton, 2000 ; Kapp et al., 2010). Le misoprostol et des dilateurs osmotiques ont une efficacité similaire mais la mise en place de dilateurs augmente la douleur, le délai avant la procédure et a un impact négatif sur la satisfaction des patientes (Bartz et al., 2013 ; Burnett, Corbett et Gertenstein, 2005; Maclsaac, Grossman, Balistreri et Darney, 1999).

## Adolescentes et jeunes femmes

Les adolescentes peuvent tirer profit d'une préparation cervicale en raison du risque plus important de lésion cervicale lors d'un avortement (Allen et Goldberg, 2016 ; Schulz et al., 1983). Ce risque est indépendant de la nulliparité (Meirik et al., 2014) : les adolescentes ont un col physiologiquement immature qui peut s'avérer plus difficile à dilater, cela indépendamment de leurs antécédents obstétricaux (Allen et Goldberg, 2016 ; Schulz et al., 1983). Il n'y a pas eu d'études cliniques portant sur le recours à une préparation du col chez ces patientes.

## Bibliographie

Allen, R. et Goldberg, A. (2016). Society of Family Planning Clinical Guideline 20071: Cervical dilation before first trimester surgical abortion (< 14 weeks gestation). *Contraception*, 93(4), 277-291.

Ashok, P. W., Flett, G. M. et Templeton, A. (2000). Mifepristone versus vaginally administered misoprostol for cervical priming before first-trimester termination of pregnancy: A randomized, controlled study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 183(4), 998-1002.

Bartz, D., Maurer, R., Allen, R., Fortin, J., Kuang, B. et Goldberg, A. (2013). Buccal misoprostol compared with synthetic osmotic cervical dilator before surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 122, 57-63.

Burnett, M. A., Corbett, C. A. et Gertenstein, R. J. (2005). A randomized trial of laminaria tents versus vaginal misoprostol for cervical ripening in first trimester surgical abortion. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 27(1), 38-42.

Grimes, D. A., Schulz, K. F. et Cates, W. J., Jr. (1984). Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *Journal of American Medical Association*, 251(16), 2108-2111.

Kapp, N., Lohr, P. A., Ngo, T. D. et Hayes, J. L. (2010). Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), CD007207.

Kaunitz, A. M., Rovira, E. Z., Grimes, D. A. et Schulz, K. F. (1985). Abortions that fail. *Obstetrics & Gynecology*, 66(4), 533-537.

Maclsaac, L., Grossman, D., Balistreri, E. et Darney, P. (1999). A randomized controlled trial of laminaria, oral misoprostol, and vaginal misoprostol before abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 93(5 Pt 1), 766-770.

Meirik, O., Huong, N. T., Piaggio, G., Bergel, E. et von Hertzen, H. (2012). Complications of first-trimester abortion by vacuum aspiration after cervical preparation with and without misoprostol: A multicentre randomised trial. *The Lancet*, 379(9828), 1817-1824.

Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.

Saav, I., Kopp Kallner, H., Fiala, C. et Gemzell-Danielsson, K. (2015). Sublingual versus vaginal misoprostol for cervical dilatation 1 or 3 h prior to surgical abortion: A double blinded RCT. *Human Reproduction*, 30(6), 1314-1322.

Saxena P., Sarda, N., Salhan, S. et Nandan, D. (2008). A randomised comparison between sublingual, oral and vaginal route of misoprostol for pre-abortion cervical ripening in first-trimester pregnancy termination under local anesthesia. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48(1), 101-106.

Schulz, K. F., Grimes, D. A. et Cates, W., Jr. (1983). Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *The Lancet*, 1(8335), 1182-1185.

**Toutes les *Actualités cliniques*, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

### 3. Recommandations pour un avortement avant treize semaines de grossesse

## ASPIRATION INTRA-UTERINE

### 3.5.3 EXAMEN BIMANUEL

3.5



#### Recommandation

- Un examen bimanuel doit être pratiqué avant toute procédure lors de laquelle des instruments seront insérés dans l'utérus, telle qu'une aspiration intra-utérine ou la mise en place d'un dispositif intra-utérin.
- L'examen bimanuel doit être effectué par le clinicien qui réalise la procédure.

#### Poids de la recommandation

important

#### Qualité des éléments factuels

très faible

Dernière révision : 29 janvier 2021

#### Importance de l'examen bimanuel

L'examen bimanuel constitue une étape de routine avant une procédure intra-utérine et est recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2014). Cet examen fournit des informations sur le bien-être de la patiente, son état de grossesse, l'âge gestationnel, la présence éventuelle d'une infection, de possibles anomalies anatomiques et la position de l'utérus, autant d'éléments qui influencent la prise en charge d'une procédure intra-utérine. On peut en plus réaliser une échographie mais celle-ci ne remplace pas l'examen bimanuel avant une procédure intra-utérine.

#### Détermination de la taille de l'utérus

Un examen bimanuel, en association avec la date des dernières règles indiquée par la patiente, permet d'évaluer avec précision l'âge gestationnel (se reporter à la section « Recommandations pour un avortement avant treize semaines : détermination de l'âge gestationnel »). Les schémas de traitement médicamenteux dans le cadre d'un avortement ou de soins après avortement varient en fonction de l'âge gestationnel ou de la taille utérine. Les techniques d'aspiration intra-utérine et de dilatation et évacuation, notamment ainsi que le choix des instruments et la nécessité d'une préparation du col, dépendent de la détermination précise de la taille de l'utérus.

#### Détermination de la position de l'utérus

Le meilleur moyen d'évaluer la position de l'utérus dans le bassin, l'orientation du fond de l'utérus par rapport au col et la fermeté de l'utérus consiste à pratiquer un examen bimanuel. La connaissance de la position de l'utérus aide le prestataire à éviter les complications,

plus particulièrement une perforation, au cours de la procédure (Chen, Lai, Lee et Leong, 1995 ; Mittal et Misra, 1985 ; Nathanson, 1972).

## **Bibliographie**

Chen, L. H., Lai, S. F., Lee, W. H. et Leong, N. K. (1995). Uterine perforation during elective first trimester abortions: A 13-year review. *Singapore Medical Journal*, 36(1), 63-67.

Mittal, S. et Misra, S. L. (1985). Uterine perforation following medical termination of pregnancy by vacuum aspiration. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 23(1), 45-50.

Nathanson, B. (1972). Management of uterine perforations suffered at elective abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 114(8), 1054-1059.

Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.

**Toutes les *Actualités cliniques*, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

### 3. Recommandations pour un avortement avant treize semaines de grossesse

#### ASPIRATION INTRA-UTERINE 3.5.4 EXAMEN DES PRODUITS DE CONCEPTION

---

3.5  
▼

##### Recommandation

- Les cliniciens qui effectuent une aspiration intra-utérine doivent examiner les produits de conception immédiatement après la procédure.
- L'envoi systématique des produits de conception au laboratoire pour un examen histopathologique n'est pas recommandé.

##### Poids de la recommandation

important

##### Qualité des éléments factuels

très faible

Dernière révision : 29 janvier 2021

---

##### Examen visuel des produits de conception

L'examen visuel des produits de conception est une étape indispensable d'une aspiration intra-utérine et est recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2014), le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG, 2015) et la National Abortion Federation (NAF, 2017). La présence des produits de conception lors de l'examen visuel confirme que la grossesse était bien intra-utérine et indique la réussite de l'avortement (Westfall, Sophocles, Burggraf et Ellis, 1998). Si l'on ne voit pas les produits de conception, la patiente ne doit pas quitter le centre sans que l'on ait pris les dispositions nécessaires pour se conformer aux directives locales visant à exclure un diagnostic de grossesse extra-utérine. L'examen immédiat des produits de conception permet en outre d'exclure le diagnostic de grossesse extra-utérine et diminue la morbidité et la mortalité (Goldstein, Dannon et Watson, 1994). Lorsque l'on suspecte une anomalie telle qu'une grossesse molaire, on peut procéder à un examen histopathologique en plus de l'examen visuel.

L'envoi systématique des produits de conception au laboratoire pour un examen histopathologique ne modifie pas les résultats cliniques et accroît le coût d'un avortement (Heath, Chadwick, Cooke, Manek et MacKenzie, 2000 ; Paul, Lackie, Mitchell, Rogers et Fox, 2002).

On trouvera des instructions relatives à l'examen visuel des produits de conception à la page 177 du document d'Ipas intitulé *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence*, 2e édition (Ipas, 2013).

## Bibliographie

Goldstein, S. R., Danon, M. et Watson, C. (1994). An updated protocol for abortion surveillance with ultrasound and immediate pathology. *Obstetrics & Gynecology*, 83(1), 55-58.

Heath, V., Chadwick, V., Cooke, I., Manek, S. et MacKenzie, I. Z. (2000). Should tissue from pregnancy termination and uterine evacuation routinely be examined histologically? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 107(6), 727-730.

Ipas. (2016). *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence (deuxième édition)*. K. L. Turner et A. Huber (eds). Chapel Hill, NC: Ipas.

National Abortion Federation. (2017). *Clinical Policy Guidelines*. Washington, DC: National Abortion Federation.

Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.

Paul, M., Lackie, E., Mitchell, C., Rogers, A. et Fox, M. (2002). Is pathology examination useful after early surgical abortion? *Obstetrics & Gynecology*, 99(4), 567-571.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2015). *Best practice in comprehensive abortion care*. Londres: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Westfall, J. M., Sophocles, A., Burggraf, H. et Ellis, S. (1998). Manual vacuum aspiration for first-trimester abortion. *Archives of Family Medicine*, 7(6), 559-562.

**Toutes les Actualités cliniques, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

### 3. Recommandations pour un avortement avant treize semaines de grossesse

#### ASPIRATION INTRA-UTERINE

#### 3.5.5 TRAITEMENT DES ASPIRATEURS IPAS AMIU PLUS ET DES ASPIRATEURS IPAS À SIMPLE VALVE

---



##### Recommandation

Tous les aspirateurs et adaptateurs réutilisables Ipas doivent être mis à tremper, nettoyés et traité par désinfection de haut niveau ou stérilisés entre chaque patiente.

Dernière révision : 29 janvier 2021

---

##### Importance d'un traitement adéquat des instruments

Lors de son utilisation, le corps de l'aspirateur pour AMIU se remplit de sang de la patiente. Il existe un risque potentiel que des contaminants provenant d'une patiente précédente soient introduits chez une nouvelle patiente si l'aspirateur pour AMIU n'est pas correctement traité (stérilisé ou traité par désinfection de haut niveau) après chaque utilisation.

##### Étapes

###### ÉTAPE 1 : PRÉPARATION AU SITE D'UTILISATION

Ne pas laisser sécher le dispositif après usage. Prétremper, rincer ou pulvériser le dispositif avec de l'eau ou un spray enzymatique. Ne pas utiliser de chlore ou de sérum physiologique.

###### ÉTAPE 2 : NETTOYAGE

Démonter l'aspirateur et l'adaptateur (le cas échéant) et les nettoyer avec de l'eau chaude et un détergent en utilisant une brosse douce.

###### ÉTAPE 3 : STÉRILISATION OU DÉSINFECTION DE HAUT NIVEAU

Tous les aspirateurs et adaptateurs doivent être stérilisés ou traités par désinfection de haut niveau après usage.

OPTIONS DE STÉRILISATION	OPTIONS DE DÉSINFECTION DE HAUT NIVEAU
<p>Stérilisation à l'autoclave* des instruments à 121°C (250°F) sous une pression de 106 kPa (15 lbs/in<sup>2</sup>) pendant 30 minutes</p> <p>Trempe dans une solution de glutaraldéhyde** pendant la durée recommandée par le fabricant — temps le plus souvent recommandé : 10 heures***</p> <p>Trempe dans une solution de Sporox II pendant 6 heures***</p>	<p>Ébouillantage* des instruments pendant 20 minutes</p> <p>Trempe dans une solution de glutaraldéhyde** pendant la durée recommandée par le fabricant — les recommandations varient de 20 à 90 minutes***</p> <p>Trempe dans une solution de Sporox II pendant 30 minutes***</p> <p>Trempe dans une solution de chlore à 0,5% pendant 20 minutes***</p>

\* NE JAMAIS ÉBOUILLANTER OU AUTOCLAVER LES ASPIRATEURS IPAS À SIMPLE VALVE.

\*\* Il existe différents produits à base de glutaraldéhyde et les temps de traitement recommandés varient selon les produits : toujours se conformer aux recommandations du produit à base de glutaraldéhyde utilisé.

\*\*\* Si l'on a utilisé des agents chimiques pour le traitement, rincer soigneusement tous les éléments de l'aspirateur et les adaptateurs (le cas échéant) dans de l'eau potable propre (eau de boisson).

#### ÉTAPE 4 : ENTREPOSAGE ADÉQUAT OU UTILISATION IMMÉDIATE

Sécher les aspirateurs et les adaptateurs, lubrifier le joint torique et remonter le dispositif, puis l'entreposer dans un endroit propre et sec jusqu'au moment de son utilisation. L'aspirateur ne doit pas demeurer désinfecté par désinfection de haut niveau ou stérile au moment de son utilisation et peut être entreposé dans un endroit propre ou conformément aux normes locales en vigueur.

Les instruments traités par immersion doivent être retraités quotidiennement.

Ces méthodes validées de traitement des instruments n'affectent pas négativement l'aspirateur pour AMIU, qui peut être réutilisé durant au moins 25 cycles (Powell et Kapp, 2019). On trouvera des informations détaillées sur le traitement des aspirateurs pour AMIU, ainsi que sur les autres options de traitement envisageables, à la page 150 du document d'Ipas intitulé Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence, 2e édition (Ipas, 2016).

### Bibliographie

Curless, M. S., Ruparelia, C. S., Thompson, E. et Trexler, P. A. (Eds.) (2018). *Infection Prevention and Control: Reference Manual for Health Care Facilities with Limited Resources*. Jhpiego: Baltimore, MD.

Ipas. (2016). *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence, 2e édition*. Turner, K. L. et Huber, A., eds. Chapel Hill, North Carolina: Ipas.

Organisation mondiale de la Santé et Organisation panaméricaine de la Santé (2016). *Decontamination and Reprocessing of Medical Devices for Health-care Facilities*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé et Pan American Health Organization.

Powell, B. et Kapp, N. (2019). Validation of instrument reprocessing methods for the Ipas manual vacuum aspiration devices. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 147(1), 89-95.

**Toutes les Actualités cliniques, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

### 3. Recommandations pour un avortement avant treize semaines de grossesse

## AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX

### 3.6.1 SÉCURITÉ ET EFFICACITÉ

# 3.6



#### Principales informations

- Un schéma de traitement combiné utilisant la mifépristone et le misoprostol est efficace et sûr, avec un taux de réussite supérieur à 95%, un taux de poursuite de la grossesse inférieur à 2% et un taux de complications inférieur à 1% jusqu'à dix semaines de grossesse.
- Entre dix et treize semaines, le taux de réussite du schéma de traitement combiné utilisant la mifépristone et le misoprostol est supérieur à 95%, avec un taux de poursuite de la grossesse de l'ordre de 2% et un taux de complications de 3%.
- Un schéma de traitement combiné utilisant la mifépristone et le misoprostol est recommandé pour un avortement médicamenteux ; là où la mifépristone n'est pas disponible, on peut recourir à un schéma utilisant le misoprostol seul.
- Un schéma de traitement utilisant le misoprostol seul est associé à un plus faible taux de réussite, à savoir 85% environ, avec un taux de poursuite de la grossesse de 3 à 10% et un taux de complications de 1 à 4% jusqu'à treize semaines de grossesse.

#### Qualité des éléments factuels

élevée

Dernière révision : 29 janvier 2021

#### Fondements

Un schéma de traitement combiné utilisant la mifépristone et le misoprostol est recommandé pour un avortement médicamenteux car il est plus efficace que le misoprostol seul (Abubeker, Lavelanet, Rodriguez et Kim, 2020 ; Blum et al., 2012 ; Kapp, Eckersberger, Lavelanet et Rodriguez, 2018 ; Kulier et al., 2011 ; Ngoc et al., 2011 ; Raymond, Harrison et Weaver, 2019 ; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2018). Là où la mifépristone n'est pas disponible, on peut recourir à un schéma utilisant le misoprostol seul.

#### Mifépristone et misoprostol

##### EFFICACITÉ

La réussite d'un avortement médicamenteux est définie comme un avortement complet ne nécessitant aucune intervention supplémentaire. Une revue systématique de 2015 a repris les données de vingt études portant sur un total de 33.846 femmes ayant eu recours à un avortement médicamenteux par la mifépristone et le misoprostol par voie buccale jusqu'à 70 jours de grossesse (Chen et Creinin, 2015). Le taux de réussite global était de 96,6% et le taux de poursuite de la grossesse de 0,8%. Deux études de cohorte prospectives portant sur un traitement combiné par la mifépristone associée à 400 µg ou 600 µg de misoprostol par voie sublinguale jusqu'à 70 jours de grossesse ont constaté un taux de réussite de 93

à 99% et un taux de poursuite de la grossesse inférieur à 2% (Bracken et al., 2014 ; Platais, Tsereteli, Grebennikova, Lotarevich et Winikoff, 2016). Une étude de cohorte prospective (Gouk et al., 1999) et une série rétrospective de cas cliniques (Hsia, Lohr, Taylor et Creinin, 2020) portant sur un traitement combiné par la mifépristone et le misoprostol par voie vaginale entre 63 et 70 jours de grossesse ont toutes deux constaté un taux de réussite de 95% ; tandis qu'une autre rapportait un taux de poursuite de la grossesse de 3,4% (Hsia et al., 2020). On observe une efficacité comparable dans des contextes différents : une revue systématique incluant 52 études et portant sur les avortements médicamenteux par 200 mg de mifépristone et 800 µg de misoprostol jusqu'à neuf semaines de grossesse dans des pays à faible et moyen niveau de revenu conclut à un taux moyen de réussite de 95% (Ferguson et Scott, 2020).

Entre dix et treize semaines de grossesse, la seule étude disponible est une étude de cohorte rétrospective portant sur 1.076 femmes et ayant utilisé le schéma de traitement actuellement recommandé, à savoir 200 mg de mifépristone suivis de misoprostol (800 µg par voie vaginale ou 600 µg par voie sublinguale) 36 à 48 heures plus tard, puis de deux doses supplémentaires de 400 µg de misoprostol par voie vaginale ou sublinguale administrées à trois heures d'intervalle (Hamoda, Ashok, Flett et Templeton, 2005). Le taux de réussite de ce schéma de traitement a été de 95,8%, avec un taux de poursuite de la grossesse de 1,5%. Une étude de cohorte prospective à plus petite échelle ayant inclus 254 femmes et ayant utilisé un schéma de traitement similaire fait état d'un taux de réussite de 91,7% et d'un taux de poursuite de la grossesse inférieur à 1% (Lokeland et al., 2010).

Trois grandes études de cohorte incluant un total de 260.256 femmes ayant eu recours à un avortement médicamenteux avec la mifépristone et le misoprostol jusqu'à neuf semaines de grossesse (Cleland et al., 2013 ; Gatter, Cleland et Nucatola, 2015 ; Goldstone, Walker et Hawtin, 2017) rapportent des taux d'avortement incomplet traités par aspiration utérine de 2,3 à 4,8%. Entre dix et treize semaines, les taux de recours à une aspiration utérine pour une raison quelconque se situent entre 4 et 8% (Hamoda et al., 2005 ; Lokeland et al., 2010). Une étude de cohorte danoise ayant inclus 86.437 avortements médicamenteux par la mifépristone et le misoprostol avant neuf semaines de grossesse est parvenue à la conclusion que l'augmentation de l'âge gestationnel est le facteur le plus puissamment associé à la nécessité d'une intervention chirurgicale (Meaidi, Friedrich, Gerds et Lidegaard, 2019).

### SÉCURITÉ

Lors des trois études de cohorte citées ci-dessus, le taux de complications observé lors d'avortement médicamenteux utilisant la mifépristone et le misoprostol jusqu'à neuf semaines de grossesse était inférieur à 1% (Cleland et al., 2013 ; Gatter, Cleland et Nucatola, 2015 ; Goldstone, Walker et Hawtin, 2017). Entre dix et treize semaines de grossesse, le taux de complications est de l'ordre de 3% (Hamoda et al., 2005). Une étude de cohorte rétrospective à grande échelle portant sur 11.319 avortements médicamenteux au cours du premier trimestre a évalué toutes les complications des avortements réalisées dans l'état de Californie, aux États-Unis, en 2009-2010 (Upadhyay et al., 2015). Les chercheurs ont évalué à la fois les complications survenues au moment de l'avortement et celles diagnostiquées lorsque les patientes venaient demander des soins supplémentaires en d'autres lieux que le centre où avait eu lieu l'avortement, par exemple au sein d'un service des urgences. La fréquence globale de complications dans les six semaines qui suivaient l'avortement médicamenteux était de 5,2% ; 0,3% seulement étaient des complications majeures, définies comme nécessitant une hospitalisation, une intervention chirurgicale ou une transfusion sanguine. Les catégories de complications étaient avortement incomplet (0,87%), rétention fœtale (0,13%), hémorragie (0,14%), infection (0,23%) et indéterminée/autre (3,82%).

**Tableau 3.6.1 Complications d'un avortement médicamenteux par étude**

	<b>GOLDSTONE, 2017</b>	<b>CLELAND, 2013</b>	<b>GATTER, 2015</b>
Nombre de femmes recrutées	13.078	233.805	13.373
Âge gestationnel	≤ 63 jours	≤ 63 jours	≤ 63 jours
Région / Organisation	MSI Australie	Planned Parenthood États-Unis	Planned Parenthood États-Unis
Période	2013-2015	2009-2010	2006-2011
Avortement incomplet nécessitant une aspiration	4,84%	Non spécifié	2,3%
Grossesse extra-utérine non diagnostiquée	Non spécifié	0,007%	Non spécifié
Poursuite de la grossesse	0,76%	0,5%	0,5%
Transfusion	0,13%	0,05%	0,03%
Infection	0,11%	0,02%	0,01%
Décès	<0,01% (1 décès consécutif à une pneumonie, probablement sans rapport avec l'avortement)	0,0004% (1 décès consécutif à une grossesse extra-utérine non diagnostiquée)	Aucun décès

### Misoprostol seul

Les données de sécurité et d'efficacité concernant l'avortement médicamenteux utilisant le misoprostol seul sont plus limitées. Il n'existe pas de séries rétrospectives de cas cliniques à grande échelle indiquant le taux de réussite et le taux de complications. Les discordances en termes de schémas de traitement, d'intervalle d'âge gestationnel, de délai utilisé pour évaluer la réussite de l'avortement et de rapport des complications rendent difficile la comparaison des taux de réussite et des taux de complications entre les différentes études portant sur l'avortement médicamenteux utilisant le misoprostol seul.

#### EFFICACITÉ

La plus vaste étude randomisée et contrôlée ayant utilisé le schéma de traitement recommandé pour le misoprostol seul, à savoir des doses répétées de 800 µg de misoprostol par voie vaginale ou sublinguale, portait sur 2.046 femmes jusqu'à sept semaines d'âge gestationnel (von Hertzen et al., 2007). Le taux de réussite d'un avortement par le misoprostol seul était de 84%. Des études à plus petite échelle ayant utilisé les mêmes schémas de traitement font état d'un taux de réussite de 92% jusqu'à huit semaines de grossesse (Fekih, 2010), de 89 à 91% jusqu'à neuf semaines (Salakos et al., 2005 ; Velazco et al., 2000), et de 84 à 87% de neuf à treize semaines (Carbonell, Varela, Velazco, Tanda et Sanchez, 1999 ; Carbonell Esteve et al., Carbonell et al., 2001). Une revue systématique de 2019 a évalué l'efficacité du misoprostol seul en passant en revue 42 études lors desquelles au moins un groupe de femmes avaient reçu uniquement du misoprostol pour une interruption volontaire de grossesse ; néanmoins, les schémas d'administration du misoprostol variaient selon les études. Cette revue, qui incluait 12.829 femmes, fait état d'un taux global de réussite de l'avortement de 78% ; 20% des patientes ont subi une évacuation utérine chirurgicale pour l'une ou l'autre raison (Raymond et al., 2019). Les critères de détermination de la nécessité

d'une évacuation chirurgicale étaient hétérogènes entre les études. Le taux de poursuite de la grossesse, disponible seulement pour la moitié des femmes ayant subi une évacuation utérine chirurgicale, était de 6%. Dans les études ayant utilisé le schéma de traitement recommandé pour le misoprostol seul ou des schémas de traitement similaires, les taux de recours ultérieur à une aspiration utérine pour une raison quelconque se situaient entre 12 et 17%, avec des taux de poursuite de la grossesse de 3 à 10% (Carbonell et al., 1999 ; Carbonell et al., 2001 ; Velazco et al., 2000 ; von Hertzen et al., 2007).

En général, les schémas de traitement utilisant uniquement le misoprostol fournissent un taux de réussite plus élevé pour un âge gestationnel inférieur à sept semaines (von Hertzen et al., 2007 ; Zikopoulos et al., 2002), un plus grand nombre de doses de misoprostol (Carbonell et al., 1999 ; Jain, Dutton, Harwood, Meckstroth et Mishell, 2002), higher initial doses of misoprostol (Raymond et al., 2019), une dose initiale de misoprostol plus importante (Raymond et al., 2019), des voies d'administration non orales pour le misoprostol (Raymond et al., 2019) et à mesure que le délai avant confirmation par le prestataire de la réussite de l'avortement augmente (Bugalho, Mocumbi, Faundes et David, 2000). Par contre, le degré de satisfaction des patientes diminue à mesure que la durée de la procédure d'avortement augmente (Ngai, Tang, Chan et Ho, 2000).

### SÉCURITÉ

Les complications sont rares : des saignements nécessitant une aspiration surviennent chez 1 à 4% des patientes (Velazco et al., 2000 ; Salakos et al., 2005 ; Carbonell et al., 1999 ; Carbonell Esteve et al., 1998), une transfusion n'est requise que chez moins de 1% d'entre elles (von Hertzen, et al., 2007 ; Carbonell et al., 1999) et des infections sont décrites dans 1 à 4% des cas (Velazco et al., 2000 ; Carbonell et al., 2001 ; von Hertzen et al., 2007 ; Carbonell et al., 1999).

### Bibliographie

- Abubeker, F. A., Lavelanet, A., Rodriguez, M.I. et Kim, C. (2020). Medical termination for pregnancy in early first trimester ( $\leq 63$  days) using combination of mifepristone and misoprostol alone: a systematic review. *BMC Women's Health*, 20, 142.
- Blum, J., Raghavan, S., Dabash, R., Ngoc, N. T., Chelli, H., Hajri, S. et Winikoff, B. (2012). Comparison of misoprostol-only and combined mifepristone-misoprostol regimens for home-based early medical abortion in Tunisia and Vietnam. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 118, 166-171.
- Bracken, H., Dabash, R., Tsertsvadze, G., Posohova, S., Shah, M., Hajri, S., ..., Winikoff, B. (2014). A two-pill sublingual misoprostol outpatient regimen following mifepristone for medical abortion through 70 days' LMP: A prospective comparative open-label trial. *Contraception*, 89(3):181-186.
- Bugalho, A., Mocumbi, S., Faundes, A. et David, E. (2000). Termination of pregnancies of <6 weeks gestation with a single dose of 800 microg of vaginal misoprostol. *Contraception*, 61(1):47-50.
- Carbonell Esteve, J. L., Varela, L., Velazco, A., Cabezas, E., Tanda, R. et Sanchez, C. (1998). Vaginal misoprostol for late first trimester abortion. *Contraception*, 57(5):329-333.
- Carbonell, J. L., Varela, L., Velazco, A., Tanda, R. et Sanchez, C. (1999). Vaginal misoprostol for abortion at 10-13 weeks' gestation. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 4(1), 35-40.
- Carbonell, J. L., Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sanchez, C., Barambio, S. et Mari, J. (2001). Misoprostol for abortion at 9-12 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 6(1), 39-45.
- Chen, M. J. et Creinin, M. D. (2015). Mifepristone with buccal misoprostol for medical abortion: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 126(1), 12-21.
- Cleland, K., Creinin, M. D., Nucatola, D., Nshom, M. et Trussell, J. (2013). Significant adverse events and outcomes after medical abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 121(1), 166-171.

- Fekih, M., Fathallah, K., Regaya, L. B., Bouguizane, S., Chaieb, A., Bibi, M. et Khairi, H. (2010). Sublingual misoprostol for first trimester termination of pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 109, 67-70.
- Ferguson, I. et Scott, H. (2020). Systematic review of the effectiveness, safety, and acceptability of mifepristone and misoprostol for medical abortion in low-and middle-income countries. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 42(12), 1532-1542.
- Gatter, M., Cleland, K. et Nucatola, D. L. (2015). Efficacy and safety of medical abortion using mifepristone and buccal misoprostol through 63 days. *Contraception*, 91(4), 269-273.
- Goldstone, P., Walker, C. et Hawtin, K. (2017). Efficacy and safety of mifepristone-buccal misoprostol for early medical abortion in an Australian setting. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 57, 366-371.
- Gouk, E. V., Lincoln, K., Khair, A., Haslock, J., Knight, J. et Cruickshank, D. J. (1999). Medical termination of pregnancy at 63-83 days gestation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 106, 535-539.
- Hamoda, H., Ashok, P. W., Flett, G. M. et Templeton, A. (2005). Medical abortion at 9-13 weeks' gestation: A review of 1076 consecutive cases. *Contraception*, 71(5), 327-332.
- Hsia, J.K., Lohr, P.A., Taylor, J. et Creinin, M.D. (2019). Medical abortion with mifepristone and vaginal misoprostol between 64-70 days' gestation. *Contraception*, 100(3), 178-181.
- Jain, J. K., Dutton, C., Harwood, B., Meckstroth, K. R. et Mishell, D. (2002). A prospective randomized, double-blinded, placebo-controlled trial comparing mifepristone and vaginal misoprostol to vaginal misoprostol alone for elective termination of pregnancy. *Human Reproduction*, 17(6), 1477-1482.
- Kapp, N., Eckersberger, E., Lavelanet, A. et Rodriguez, M. I. (2018). Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. *Contraception*, Publication électronique en attente d'impression.
- Kulier, R., Kapp, N., Gulmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L. et Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, Art No.: CD002855. DOI: 10.1002/14651858.CD002855.pub4.
- Lokeland, M., Iverson, O. E., Dahle, G. S., Nappen, M. H., Ertzeid, L. et Bjorge, L. (2010). Medical abortion at 63 to 90 days of gestation. *Obstetrics & Gynecology*, 115(2), 962-968.
- Meaidi, A., Friedrich, S., Gerds, T. A et Lidegaard, O. (2019). Risk factors for surgical intervention of early medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 220, 478.e1-478.e15.
- Ngai, S. W., Tang, O. S., Chan, Y. M. et Ho, P. C. (2000). Vaginal misoprostol alone for medical abortion up to 9 weeks of gestation: Efficacy and acceptability. *Human Reproduction*, 15(5), 1159-1162.
- Ngoc, N. T., Blum, J., Raghavan, S., Nga, N. T., Dabash, R., Diop, A. et Winikoff, B. (2011). Comparing two early medical abortion regimens: Mifepristone + misoprostol vs. misoprostol alone. *Contraception*, 83, 410-417.
- Platais, I., Tsereteli, T., Grebennikova, G., Lotarevich, T. et Winikoff, B. (2016). Prospective study of home use of mifepristone and misoprostol for medical abortion up to 10 weeks of pregnancy in Kazakhstan. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 134(3), 268-271.
- Organisation mondiale de la Santé (2018). *Medical Management of Abortion*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- Raymond, E., Harrison, M, et Weaver, M. (2019). Efficacy of misoprostol alone for first-trimester medical abortion: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 133, 137-147.
- Salakos, N., Kountouris, A., Botsis, D., Rizos, D., Gregoriou, O., Detsis, G. et Creatsas, G. (2005). First-trimester pregnancy termination with 800mcg of vaginal misoprostol every 12 h. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 10(4), 249-254.
- Upadhyay, U. D., Desai, S., Zlidar, V., Weitz, T. A., Grossman, D., Anderson, P. et Taylor, D. (2015). Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 125(1), 175-183.
- Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sanchez, C., Barambio, S., Chami, S., ..., Carbonell, J. L. L. (2000). Misoprostol for abortion up to 9 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 5, 227-233.

Von Hertzen, H., Piaggio, G., Huong, N. T., Arustamyan, K., Cabezas, E., Gomez, M. et Peregoudov, A. (2007). Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, 369(9577), 1938-1946.

Zikopoulos, K. A., Papanikolaou, E. G., Kalantaridou, S. N., Tsanadis, G. D., Plachouras, N. I., Dalkalitsis, N. A. et Paraskevaidis, E. A. (2002). Early pregnancy termination with vaginal misoprostol before and after 42 days gestation. *Human Reproduction*, 17(12), 3079-3083.

**Toutes les *Actualités cliniques*, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

### 3. Recommandations pour un avortement avant treize semaines de grossesse

## AVORTEMENT MEDICAMENTEUX

### 3.6.2 RISQUE DE MALFORMATIONS FŒTALES

# 3.6



#### Recommandation

Il n'a pas été démontré que l'exposition à la mifépristone seule provoque des malformations fœtales. L'exposition au misoprostol est associée à un risque faiblement accru de malformations en cas de poursuite de la grossesse si la patiente décide de ne pas y mettre fin. Les femmes chez qui la grossesse se poursuit après utilisation de misoprostol doivent être informées des risques si elles décident de poursuivre leur grossesse.

#### Poids de la recommandation

important

#### Qualité des éléments factuels

- Mifépristone : très faible
- Misoprostol : très faible

**Dernière révision : 29 janvier 2021**

---

#### Fondements

La fréquence attendue de malformations fœtales dans l'ensemble de la population est de l'ordre de 3% (Dolk, Loane et Garne, 2010). L'exposition à certains médicaments, infections, radiations ou drogues illicites au cours du développement embryonnaire ou fœtal peut engendrer un risque accru de malformations en cas de poursuite de la grossesse.

#### Mifépristone

Les données concernant une poursuite de la grossesse après exposition à la mifépristone sans misoprostol sont limitées. La plus vaste étude prospective, qui portait sur 46 femmes ayant poursuivi leur grossesse après avoir pris uniquement de la mifépristone, a abouti à huit avortements spontanés et deux malformations majeures (5,3%) lors des grossesses qui se sont poursuivies. De l'avis des auteurs, ces deux malformations n'étaient pas liées à l'exposition à la mifépristone mais auraient été la conséquence d'autres problèmes médicaux (Bernard et al., 2013).

#### Misoprostol

Des descriptions de cas cliniques, des études de cohorte (da Silva Dal Pizzol et al., 2005 ; Vauzelle, Beghin, Cournot et Elefant, 2013) et des études cas-témoins (da Silva Dal Pizzol, Knop et Mengue, 2006) montrent que l'incidence de malformations est maximale lorsque le misoprostol est utilisé entre cinq et huit semaines après la date des dernières règles et qu'elle n'est pas associée à des anomalies en cas d'exposition au-delà de treize semaines

après la date des dernières règles (Philip, Shannon et Winikoff, 2002). Les malformations classiquement associées au misoprostol sont celles liées au syndrome de Möbius, une pathologie rare se manifestant par des paralysies des nerfs crâniens associées à des anomalies des membres et à des anomalies crâniofaciales, ainsi qu'à des anomalies transversales de la portion terminale des membres (da Silva Dal Pizzol et al., 2006). Bien qu'il n'ait pas été clairement établi, le mécanisme suggéré est une rupture vasculaire consécutive aux contractions utérines qui entraîne un développement fœtal anormal (Gonzalez et al., 2005 ; Shepard, 1995).

Une revue systématique de quatre études cas-témoins portant sur 4.899 cas d'anomalies congénitales et 5.742 naissances témoins a mis en évidence une fréquence accrue d'exposition au misoprostol parmi les cas avec anomalies (da Silva Dal Pizzol et al., 2006). Une exposition au misoprostol était vingt-cinq fois plus fréquente parmi les cas de syndrome de Möbius et douze fois plus fréquente parmi les cas d'anomalies transversales de la portion terminale des membres. Parmi un groupe de 183 femmes exposées au misoprostol au cours des douze premières semaines de grossesse, le taux de malformations majeures était de 5,5% ; la moitié de ces malformations correspondaient aux schémas de malformations associés au misoprostol (Auffret et al., 2016). Néanmoins, une étude prospective de suivi ayant comparé des femmes qui avaient pris du misoprostol avant douze semaines de grossesse à des femmes qui avaient pris des antihistaminiques n'a pas mis en évidence de différence statistiquement significative en termes de fréquence de malformations fœtales, même si trois malformations (2%) parmi le groupe misoprostol étaient compatibles avec les anomalies associées au misoprostol. (Vauzelle et al., 2013).

Même si la fréquence d'exposition au misoprostol est plus importante parmi les enfants nés avec des malformations caractéristiques telles que le syndrome de Möbius, les anomalies sont si rares que le risque globale qu'une femme qui prend du misoprostol avant treize semaines de grossesse et mène cette grossesse à terme donne naissance à un enfant présentant une malformation associée à l'exposition au misoprostol est faible. Le risque d'une malformation associée à l'exposition au misoprostol est inférieur à 10 pour 1.000 expositions (Philip et al., 2002).

## Bibliographie

Auffret, M., Bernard-Phalippon, N., Dekemp, J., Carlier, P., Gervoise Boyer, M., Flacon, T. et Gautier, S. (2016). Misoprostol exposure during the first trimester of pregnancy: Is the malformation risk varying depending on the indication? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 207, 188-192.

Bernard, N., Elefant, E., Carlier, P., Tebacher, M., Barjhoux, C., Bos-Thompson, M. et Vial, T. (2013). Continuation of pregnancy after first-trimester exposure to mifepristone: An observational prospective study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(5), 568-574.

da Silva Dal Pizzol, T., Knop, F. P. et Mengue, S. S. (2006). Prenatal exposure to misoprostol and congenital anomalies: Systematic review and meta-analysis. *Reproductive Toxicology*, 22(4), 666-671.

da Silva Dal Pizzol, T., Tierling, V. L., Schüler-Faccin, L., Sanseverino, M. T. V. et Mengue, S. S. (2005). Reproductive results associated with misoprostol and other substances utilized for interruption of pregnancy. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 61(1), 71-72.

Dolk, H., Loane, M. et Garne, E. (2010). The prevalence of congenital anomalies in Europe. *Rare Diseases Epidemiology*, 349-364.

Gonzalez, C. H., Vargas, F. R., Perez, A. B. A., Kim, C., Brunoni, D., Marques-Dias, M. J. et de Almeida, J. C. C. (2005). Limb deficiency with or without Möbius sequence in seven Brazilian children associated with misoprostol use in the first trimester of pregnancy. *American Journal of Medical Genetics*, 47(1), 59-64.

Philip, N. M., Shannon, C. et Winikoff, B. (2002). *Misoprostol and teratogenicity: Reviewing the evidence*. New York: Population Council.

Shepard, T. H. (1995). Möbius syndrome after misoprostol: A possible teratogenic mechanism. *The Lancet*, 346(8977), 780.

Vauzelle, C., Beghin, D., Cournot, M.-P. et Elefant, E. (2013). Birth defects after exposure to misoprostol in the first trimester of pregnancy: Prospective follow-up study. *Reproductive Toxicology*, 36, 98-103.

**Toutes les *Actualités cliniques*, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

### 3. Recommandations pour un avortement avant treize semaines de grossesse

## 3.6

## AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX

### 3.6.3 MIFÉPRISTONE ET MISOPROSTOL : SCHÉMA DE TRAITEMENT RECOMMANDÉ

---

#### Recommandation

- **Jusqu'à dix semaines de grossesse (70 jours depuis la date des dernières règles) :** 200 mg de mifépristone oralement suivis 1 à 2 jours plus tard de 800 µg de misoprostol par voie buccale, sublinguale ou vaginale.
- **Dix à treize semaines de grossesse :** après la mifépristone, deux doses de misoprostol sont habituellement nécessaires pour induire un avortement.
  - 200 mg de mifépristone oralement suivis 1 à 2 jours plus tard de soit 600 µg de misoprostol par voie sublinguale, soit 800 µg de misoprostol par voie vaginale, puis 400 µg de misoprostol par voie sublinguale ou vaginale toutes les trois heures jusqu'à expulsion.
  - On peut également administrer 200 mg de mifépristone oralement suivis 1 à 2 jours plus tard de 800 µg de misoprostol par voie buccale, sublinguale ou vaginale ; la dose de misoprostol peut être répétée jusqu'à ce que l'avortement se produise.

#### Poids de la recommandation

important

#### Qualité des éléments factuels

- Jusqu'à dix semaines de grossesse : élevée
- Dix à treize semaines de grossesse : faible

Dernière révision : 7 février 2021

---

#### Jusqu'à neuf semaines (63 jours depuis la date des dernières règles)

Plusieurs études cliniques randomisées et contrôlées ont montré qu'une association de mifépristone et de misoprostol constitue un schéma de traitement efficace pour un avortement médicamenteux, avec des taux de réussites compris entre 95 et 98% jusqu'à neuf semaines de grossesse (Abubeker et al., 2020 ; Chen et Creinin, 2015 ; Kapp, Baldwin et Rodriguez, 2018 ; Kulier et al., 2011 ; Raymond, Shannon, Weaver et Winikoff, 2012). Le misoprostol par voie vaginale, buccale et sublinguale est plus efficace que le misoprostol par voie orale (Kulier et al., 2011). Les voies d'administration buccale (Middleton et al., 2005) et sublinguale (Tang, Chan, Ng, Lee et Ho, 2003 ; von Hertzen et al., 2010) sont associées à une fréquence d'effets indésirables gastro-intestinaux plus importante que la voie vaginale. La voie sublinguale est associée à davantage d'effets indésirables que la voie buccale (Chai, Wong et Ho, 2013). Le fait de diminuer la dose de misoprostol par voie sublinguale à 400 µg diminue les

effets indésirables, mais est associé à une augmentation du taux d'avortement incomplet et de poursuite de la grossesse (Bracken et al., 2014 ; Raghavan et al., 2013 ; von Hertzen et al., 2010) ; par conséquent, la dose recommandée de misoprostol par voie sublinguale demeure de 800 µg. La voie buccale ou sublinguale peut être préférable à la voie vaginale pour respecter les préférences de la patiente ou en raison de restrictions légales.

L'administration simultanée de mifépristone et de misoprostol à des femmes jusqu'à 63 jours d'âge gestationnel a engendré un taux de réussite de l'ordre de 95%, contre 97 à 98% lorsque le misoprostol est administré 24 à 48 heures après la mifépristone (Creinin et al., 2007 ; Goel, Mittal, Taneja, Singal et Attri, 2011 ; Lohr, Starling, Scott et Aiken, 2018). Même si cette méthode est un peu moins efficace, elle peut s'avérer préférable dans certains contextes, par exemple là où l'utilisation à domicile des médicaments pour un avortement médicamenteux est limitée (Lohr et al., 2018).

### **Neuf à dix semaines (64 à 70 jours depuis la date des dernières règles)**

Un article de revue de 2015 reprend les données de cinq études comparatives ayant inclus 801 femmes enceintes de 64 à 70 jours et 1.163 femmes enceintes de 57 à 63 jours (Abbas, Chong et Raymond, 2015). Dans quatre études, les patientes avaient reçu 200 mg de mifépristone suivies de 800 µg de misoprostol par voie buccale (Boersma, Meyboom-de Jong et Kleiverda, 2011 ; Pena et al., 2014 ; Sanhueza Smith et al., 2015 ; Winikoff et al., 2012) et dans une étude, elles avaient reçu de la mifépristone et 400 µg de misoprostol par voie sublinguale (Bracken et al., 2014). Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes en termes de taux de réussite (93,9% entre 57 et 63 jours contre 92,3% entre 64 et 70 jours). Il n'y avait pas non plus de différence entre les groupes en ce qui concernait les événements indésirables graves tels qu'hospitalisations ou transferts (0,7% et 0,5% respectivement). Une étude observationnelle reprise dans l'article de revue décrit un taux de réussite de l'avortement de 94,5% entre neuf et dix semaines pour un schéma de traitement utilisant la mifépristone suivie de 800 µg de misoprostol par voie vaginale (Gouk et al., 1999).

Des études supplémentaires publiées depuis cette revue, qui ont utilisé le misoprostol par voie sublinguale (Platais, Tsereteli, Grebennikova, Lotarevich et Winikoff, 2016) ou buccale (Tan et al., 2018) après la mifépristone, ont obtenu des taux de réussite similaires pour un âge gestationnel de neuf à dix semaines.

### **Dix à treize semaines**

Une étude de cohorte rétrospective portant sur 1.076 femmes a démontré qu'une association de 200 mg de mifépristone suivie 36 à 48 heures plus tard d'une première dose de misoprostol (800 µg par voie vaginale ou 600 µg par voie sublinguale), puis de deux doses supplémentaires de 400 µg de misoprostol par voie vaginale ou sublinguale administrées à trois heures d'intervalle est une méthode sûre et efficace entre neuf et treize semaines de grossesse (Hamoda, Ashok, Flett et Templeton, 2005). Toutes les patientes ont pris le misoprostol au centre de santé. Le taux de réussite de ce schéma de traitement était élevé, à savoir 95,8%, avec un faible taux d'événements indésirables graves. Une étude à plus petite échelle a randomisé 211 femmes enceintes de neuf à treize semaines pour recevoir le misoprostol par voie vaginale ou sublinguale comme décrit ci-dessus ; toutes ont reçu un prétraitement par la mifépristone (Hamoda, Ashok, Flett et Templeton, 2005a). Dans les deux groupes, les femmes ont généralement nécessité deux doses de misoprostol pour avorter ; 3,4% de celles du groupe traité par voie vaginale ont nécessité une évacuation chirurgicale de l'utérus, contre 2,9% de celles du groupe traité par voie sublinguale. Les femmes du groupe traité par voie sublinguale ont souffert plus fréquemment d'effets indésirables. Une étude de cohorte prospective (Lokeland et al., 2010) portant sur 254 femmes fait état d'un taux de réussite de l'avortement de 91,7% avec un schéma de traitement similaire. Une

étude de cohorte prospective à petite échelle portant sur l'efficacité d'une dose de 200 mg de mifépristone par voie orale suivie 36 à 48 heures plus tard d'une dose unique de 800 µg de misoprostol par voie vaginale (Gouk et al., 1999) fait état d'un taux de réussite de 95% chez 126 femmes enceintes de 70 à 83 jours. Une étude prospective ouverte de non-infériorité a comparé l'efficacité d'un protocole d'avortement médicamenteux avec 200 mg de mifépristone suivis d'une dose unique de 800 µg de misoprostol chez 362 femmes entre 64 et 70 jours de grossesse à celle du même schéma chez 286 femmes entre 71 et 77 jours de grossesse (Dzuba et al., 2020). Le taux d'expulsion a été de 92% parmi le groupe 64 à 70 jours, avec un taux de poursuite de la grossesse de 4%, contre 87% et 9% pour le groupe 71 à 77 jours, ce qui a amené les investigateurs à conclure qu'un schéma d'avortement recourant à une dose unique de misoprostol est moins efficace au-delà de 70 jours. Une revue systématique de 2018 sur l'avortement médicamenteux en fin de premier trimestre est parvenue à la conclusion que le taux de réussite de l'avortement est plus élevé lorsque l'on utilise systématiquement des doses répétées de misoprostol et lorsque l'on opte pour la voie d'administration vaginale plutôt qu'orale (Kapp, Eckersberger, Lavelanet et Rodriguez, 2018).

## Bibliographie

- Abbas, D., Chong, E. et Raymond, E. G. (2015). Outpatient medical abortion is safe and effective through 70 days gestation. *Contraception*, 92(3), 197-199.
- Abubeker, F. A., Lavelanet, A., Rodriguez, M.I. et Kim, C. (2020). Medical termination for pregnancy in early first trimester ( $\leq 63$  days) using combination of mifepristone and misoprostol alone: a systematic review. *BMC Women's Health*, 20, 142.
- Boersma, A. A., Meyboom-de Jong, B. et Kleiverda, G. (2011). Mifepristone followed by home administration of buccal misoprostol for medical abortion up to 70 days of amenorrhea in a general practice in Curacao. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 16(2), 61-66.
- Bracken, H., Dabash, R., Tsertsvadze, G., Posohova, S., Shah, M., Hajri, S., ..., Winikoff, B. (2014). A two-pill sublingual misoprostol outpatient regimen following mifepristone for medical abortion through 70 days' LMP: A prospective comparative open-label trial. *Contraception*, 89(3), 181-186.
- Chai, J., Wong, C. Y. G. et Ho, P. C. (2013). A randomized clinical trial comparing the short-term side effects of sublingual and buccal routes of misoprostol administration for medical abortions up to 63 days' gestation. *Contraception*, 87(4), 480-485.
- Chen, M. J. et Creinin, M. D. (2015). Mifepristone with buccal misoprostol for medical abortion: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 126(1), 12-21.
- Creinin, M. D., Schreiber, C. A., Bednarek, P., Lintu, H., Wagner, M. S., Meyn, L. A. et Medical abortion at the same time (MAST) study group. (2007). Mifepristone and misoprostol administered simultaneously versus 24 hours apart for abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 109, 885-894.
- Goel, A., Mittal, S., Taneja, B. K., Singal, N. et Attri, S. (2011) Simultaneous administration of mifepristone and misoprostol for early termination of pregnancy: A randomized controlled trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 283, 1409-1413.
- Gouk, E. V., Lincoln, K., Khair, A., Haslock, J., Knight, J. et Cruickshank, D. J. (1999). Medical termination of pregnancy at 63-83 days gestation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 106, 535-539.
- Hamoda, H., Ashok, P. W., Flett, G. M. et Templeton, A. (2005a). A randomised controlled trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion up to 13 weeks of gestation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 112, 1102-1108.
- Hamoda, H., Ashok, P. W., Flett, G. M. et Templeton, A. (2005). Medical abortion at 9-13 weeks' gestation: A review of 1076 consecutive cases. *Contraception*, 71(5), 327-332.
- Kapp, N., Baldwin, M. K. et Rodriguez, M. I. (2018). Efficacy of medical abortion prior to 6 gestational weeks: A systematic review. *Contraception*, DOI: 10.1016/j.contraception.2017.09.006.
- Kapp, N., Eckersberger, E., Lavelanet, A. et Rodriguez, M. I. (2018). Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. *Contraception*, 99(2), 77-86.

Kulier, R., Kapp, N., Gulmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L. et Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (11), CD002855.

Lohr, P. A., Starling, J. E., Scott, J. G. et Aiken, A. R. A. (2018). Simultaneous compared with interval medical abortion regimens where home use is restricted. *Obstetrics & Gynecology*, 131(4), 635-641.

Lokeland, M., Iverson, O. E., Dahle, G. S., Nappen, M. H., Ertzeid, L. et Bjorge, L. (2010). Medical abortion at 63 to 90 days of gestation. *Obstetrics & Gynecology*, 115(2), 962-968.

Middleton, T., Schaff, E., Fielding, S. L., Scahill, M., Shannon, C., Westheimer, E. et Winikoff, B. (2005). Randomized trial of mifepristone and buccal or vaginal misoprostol for abortion through 56 days of last menstrual period. *Contraception*, 72(5), 328-332.

Pena, M., Dzuba, I. G., Smith, P. S., Mendoza, L. J., Bousiequez, M., Martinez, M. L., ..., Winikoff, B. (2014). Efficacy and acceptability of a mifepristone-misoprostol combined regimen for early induced abortion among women in Mexico City. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 127(1), 82-85.

Platais, I., Tsereteli, T., Grebennikova, G., Lotarevich, T. et Winikoff, B. (2016). Prospective study of home use of mifepristone and misoprostol for medical abortion up to 10 weeks of pregnancy in Kazakhstan. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 134(3), 268-271.

Raghavan, S., Tsereteli, T., Kamilov, A., Kurbanbekova, D., Yusupov, D., Kasimova, F., ..., Winikoff, B. (2013). Acceptability and feasibility of the use of 400mcg of sublingual misoprostol after mifepristone for medical abortion up to 63 days since the last menstrual period: Evidence from Uzbekistan. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 18(2), 104-111.

Raymond, E. G., Shannon, C., Weaver, M. A. et Winikoff, B. (2012). First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: A systematic review. *Contraception*, 87(1), 26-37.

Sanhueza Smith, P., Pena, M., Dzuba, I. G., Garcia Martinez, M. L., Aranqure Peraza, A. G., Bousiequez, M., ..., Winikoff, B. (2015). Safety, efficacy and acceptability of outpatient mifepristone-misoprostol medical abortion through 70 days since last menstrual period in public sector facilities in Mexico City. *Reproductive Health Matters*, 22(44 Suppl 1), 75-82.

Tang, O.S., Chan, C.C.W., Ng, E., Lee, S.W.H. et Ho, P.C. (2003). A prospective, randomized, placebo-controlled trial on the use of mifepristone with sublingual or vaginal misoprostol for medical abortions of less than 9 weeks gestation. *Human Reproduction*, 18(11), 2315-2318.

von Hertzen, H., Huong, N. T., Piaggio, G., Bayalag, M., Cabezas, E., Fang, A. H. et Peregoudov, A. (2010). Misoprostol dose and route after mifepristone for early medical abortion: A randomised controlled noninferiority trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 117(10), 1186-1196.

Winikoff, B., Dzuba, I. G., Chong, E., Goldberg, A. B., Lichtenberg, E. S., Ball, C., ..., Swica, Y. (2012). Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age. *Obstetrics & Gynecology*, 120(5), 1070-1076.

**Toutes les *Actualités cliniques*, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

### 3. Recommandations pour un avortement avant treize semaines de grossesse

## 3.6



### AVORTEMENT MEDICAMENTEUX

#### 3.6.4 MISOPROSTOL SEUL : SCHÉMA DE TRAITEMENT RECOMMANDÉ

---

##### **Schéma de traitement recommandé avant treize semaines de grossesse**

Misoprostol 800 µg par voie buccale, sublinguale ou vaginale toutes les trois heures jusqu'à expulsion.

##### **Poids de la recommandation**

important

##### **Qualité des éléments factuels**

- Jusqu'à neuf semaines de grossesse : modérée
- Dix à treize semaines de grossesse : faible

**Dernière révision : 7 février 2021**

---

##### **Avortement par le misoprostol seul jusqu'à neuf semaines de grossesse**

L'unique étude multicentrique randomisée et contrôlée ayant comparé différents intervalles d'administration dans le cas d'un avortement par le misoprostol seul a montré que le taux d'avortement complet est équivalent, que le misoprostol soit administré par voie vaginale toutes les 3 à 12 heures ou par voie sublinguale toutes les trois heures avec un total de trois doses. L'administration sublinguale est associée à une incidence d'effets indésirables plus élevée que l'administration vaginale (von Hertzen et al., 2007). Une revue systématique de 2018 résumant les données relatives à l'efficacité de misoprostol seul pour un avortement médicamenteux a constaté que les voies d'administration vaginale, buccale et sublinguale aboutissaient à des taux d'intervention chirurgicale similaires, tandis que l'administration orale en engendrait significativement davantage (Raymond, Harrison et Weaver, 2019). Une étude ayant randomisé des femmes jusqu'à dix semaines de grossesse pour recevoir du misoprostol par voie buccale ou sublinguale (800 µg toutes les trois heures avec un maximum de trois doses) a montré que l'administration sublinguale menait à significativement moins de cas de poursuite de la grossesse, 1,1% contre 5,5% (Sheldon et al., 2019). Les femmes du groupe sublinguale ont présenté davantage de fièvre et de frissons que celles du groupe buccale.

##### **Avortement par le misoprostol seul entre neuf et treize semaines de grossesse**

Il n'existe pas suffisamment de données probantes pour pouvoir recommander un schéma d'administration approprié utilisant le misoprostol seul entre neuf et treize semaines de grossesse. Les observations des études comparatives indiquent que les voies vaginale et sublinguale présentent une efficacité similaire et sont supérieures à la voie d'administration orale (Ganguly et al., 2010 ; Van Bogaert et Misra, 2010). Plusieurs études de cohorte

à petite échelle confirment l'efficacité des voies d'administration vaginale et sublinguale, ainsi que l'amélioration du taux de réussite suite à l'administration de plusieurs doses de misoprostol (Carbonell Esteve et al., 1998 ; Carbonell et al., 1999 ; Carbonell et al., 2001 ; Grapsas et al., 2008 ; Kapp, Eckersberger, Lavelanet et Rodriguez, 2018 ; Tang, Miao, Lee et Ho, 2002). Il existe des preuves convaincantes provenant d'études randomisées et contrôlées portant sur les schémas de traitement utilisant le misoprostol seul en faveur de l'utilisation d'une répétition de l'administration vaginale toutes les trois heures au-delà de treize semaines de grossesse (von Hertzen et al., 2009). Par extrapolation à partir des données en faveur de l'administration de doses répétées de misoprostol par voie sublinguale ou vaginale au-dessous de neuf semaines et au-delà de treize semaines de grossesse, le schéma de traitement recommandé basé sur des données factuelles au-dessous de neuf semaines peut être utilisé entre neuf et treize semaines.

## Adolescentes et jeunes femmes

La sécurité et l'efficacité d'un avortement utilisant le misoprostol seul ont été démontrées chez des adolescentes jusqu'à neuf semaines de grossesse (Velazco et al., 2000) et entre neuf et douze semaines de grossesse (Carbonell et al., 2001). Les taux de réussite d'un avortement par le misoprostol seul sont similaires à ceux observés lors des études portant sur des femmes plus âgées.

## Bibliographie

- Carbonell Esteve, J. L., Varela, L., Velazco, A., Cabezas, E., Tanda, R. et Sanchez, C. (1998). Vaginal misoprostol for late first trimester abortion. *Contraception*, 57(5):329-333.
- Carbonell, J. L., Varela, L., Velazco, A., Tanda, R. et Sanchez, C. (1999). Vaginal misoprostol for abortion at 10-13 weeks' gestation. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 4(1), 35-40.
- Carbonell, J. L., Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sanchez, C., Barambio, S. et Mari, J. (2001). Misoprostol for abortion at 9-12 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 6(1), 39-45.
- Ganguly, R. P., Saha, S. P., Mukhopadhyay, S., Bhattacharjee, N., Bhattacharyya, S. K. et Patra, K. K. (2010). A comparative study on sublingual versus oral and vaginal administration of misoprostol for later first and early second trimester abortion. *Journal of the Indian Medical Association*, 108(5), 283-286.
- Grapsas X., Liberis, V., Vassaras, G., Tsikouras, P., Vlachos, G. et Galazios, G. (2008). Misoprostol and first trimester pregnancy termination. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*, 35(1), 32-34.
- Kapp, N., Eckersberger, E., Lavelanet, A. et Rodriguez, M. I. (2018). Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. *Contraception*, Publication électronique en attente d'impression.
- Organisation mondiale de la Santé (2018). *Medical Management of Abortion*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- Raymond, E., Harrison, M. et Weaver, M. (2019). Efficacy of misoprostol alone for first-trimester medical abortion: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 133, 137-147.
- Sheldon, W. R., Durocher, J., Dzuba, I. G., Sayette, H., Martin, R., Velasco, M. C. et Winikoff, B. (2019). Early abortion with buccal versus sublingual misoprostol alone: A multicenter, randomized trial. *Contraception*, 99(5), 272-277.
- Tang O. S., Miao, B. Y., Lee, S. W. H. et Ho, P. C. (2002). Pilot study on the use of repeated doses of sublingual misoprostol in termination of pregnancy up to 12 weeks gestation: Efficacy and acceptability. *Human Reproduction*, 17(3), 654-658.
- Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sanchez, C., Barambio, S., Chami, S., ..., Carbonell, J. L. (2000). Misoprostol for abortion up to 9 weeks' gestation in adolescents. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 5(4), 227-233.

Van Bogaert, L. J. et Misra, A. (2010). Anthropometric characteristics and success rates of oral or vaginal misoprostol for pregnancy termination in the first and second trimesters. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 109(3), 213-215.

von Hertzen, H., Piaggio, G., Huong, N. T., Arustamyan, K., Cabezas, E., Gomez, M. et Peregoudov, A. (2007). Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, 369(9577), 1938-1946.

von Hertzen, H., Piaggio, G., Wojdyla, D., Nguyen, T. M., Marions, L., Okoiev, G. et Peregoudov, A. (2009). Comparison of vaginal and sublingual misoprostol for second trimester abortion: Randomized controlled equivalence trial. *Human Reproduction*, 24(1), 106-112.

**Toutes les *Actualités cliniques*, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

### 3. Recommandations pour un avortement avant treize semaines de grossesse

## AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX

### 3.6.5 UTILISATION À DOMICILE DES MÉDICAMENTS JUSQU'À ONZE SEMAINES DE GROSSESSE

# 3.6



---

#### Recommandation

- Les femmes peuvent prendre la mifépristone au sein d'un centre de soins ou chez elles.
- On peut proposer l'utilisation à domicile du misoprostol après la mifépristone ou dans le cadre d'un schéma de traitement utilisant le misoprostol seul jusqu'à onze semaines de grossesse.
- Au-delà de onze semaines de grossesse, le misoprostol doit être utilisé au sein d'un centre de soins.

#### Poids de la recommandation

important

#### Qualité des éléments factuels

- Jusqu'à 70 jours de grossesse : modérée
- Au-delà de 70 jours de grossesse : très faible

**Dernière révision : 7 février 2021**

---

#### Schémas utilisant la mifépristone et le misoprostol

Traditionnellement, les prestataires de soins faisaient prendre la mifépristone aux patientes au sein d'un centre de soins pour débiter la procédure d'avortement. Ensuite, un à deux jours plus tard, les patientes pouvaient prendre le misoprostol au sein d'un centre de soins, chez elles ou en tout autre lieu de leur choix. Comme chaque femme a ses propres préférences en matière d'intimité, de soutien et de moment le plus opportun, elles doivent avoir le choix du lieu d'administration de la mifépristone et du misoprostol.

#### UTILISATION À DOMICILE DE LA MIFÉPRISTONE

Deux études de cohorte multicentriques, prospectives, non randomisées réalisées aux États-Unis et qui, ensemble, ont inclus 701 femmes ont montré qu'un tiers à la moitié des femmes à qui on laissait le choix d'utiliser la mifépristone chez elles ou au sein d'un centre de soins optaient pour l'administration à domicile (Chong et al., 2015 ; Swica et al., 2012). Les femmes qui avaient utilisé la mifépristone à domicile présentaient un taux de réussite et un besoin d'assistance téléphonique ou de visite au service des urgences d'un établissement hospitalier similaires à ceux des femmes ayant pris la mifépristone au centre de soins. Lors d'études similaires réalisées en Azerbaïdjan (Louie et al., 2014), au Népal (Conkling, Karki, Tuladhar, Bracken et Winikoff, 2015) et au Kazakhstan (Platais, Tsereteli, Grebennikova, Lotarevich et Winikoff, 2016), 74%, 72% et 64% des femmes, respectivement, ont choisi

l'utilisation à domicile. Les motivations les plus fréquemment citées pour expliquer ce choix étaient la flexibilité, la possibilité de programmer l'avortement en fonction de leurs obligations, la présence de leur partenaire et davantage d'intimité. Le taux de réussite des avortements était identique pour les groupes ayant choisi l'utilisation à domicile ou au centre. Si une femme choisit d'utiliser la mifépristone à domicile, elle doit prévoir de la prendre dans la semaine qui suit la visite au centre lors de laquelle on lui a prescrit le médicament dans la mesure où elle n'est pas enceinte de plus de onze semaines au moment de la prise.

#### *UTILISATION À DOMICILE DU MISOPROSTOL JUSQU'À 70 JOURS DE GROSSESSE*

Une revue systématique de neuf études de cohorte prospectives comparatives portant sur 4.522 femmes jusqu'à 56 jours de grossesse a montré que le taux d'avortement complet et l'incidence d'événements indésirables étaient identiques pour l'utilisation du misoprostol à domicile et au centre (Ngo, Park, Shakur et Free, 2011) dans le cadre d'un schéma de traitement combiné utilisant la mifépristone et le misoprostol. Les participantes jugeaient l'utilisation à domicile aussi acceptable que l'utilisation au centre. Une étude comparative non randomisée ayant inclus 731 femmes indiennes issues d'un milieu rural ou urbain jusqu'à 63 jours de grossesse n'a mis en évidence aucune différence en termes de réussite de l'avortement ou d'événements indésirables entre administration du misoprostol à domicile ou au centre (Iyengar et al., 2016). Des études observationnelles à grande échelle jusqu'à 59 jours (Fjerstad et al., 2009) et 63 jours (Gatter, Cleland et Nucatola, 2015 ; Goldstone, Walker et Hawtin, 2017 ; Lokeland, Iversen, Engeland, Okland et Bjorge, 2014 ; Louie et al., 2014 ; Raghavan et al., 2013) de grossesse confirment également la sécurité et l'efficacité de l'utilisation à domicile du misoprostol pour ces catégories d'âge gestationnel.

Une étude de cohorte prospective portant sur 729 femmes aux États-Unis a comparé une dose unique de 800 µg de misoprostol par voie buccale à domicile entre 57 et 63 jours et entre 64 et 70 jours dans le cadre d'un schéma de traitement combiné mifépristone-misoprostol et n'a mis en évidence aucune différence entre les groupes en termes de taux de réussite, de poursuite de la grossesse ou d'événements indésirables (Winikoff et al., 2012). Une étude de cohorte prospective réalisée en Inde, en Géorgie, en Tunisie et en Ukraine a comparé les résultats de 703 femmes ayant reçu de la mifépristone suivie de 400 µg de misoprostol par voie sublinguale à domicile à un âge gestationnel de 57 à 63 jours ou de 64 à 70 jours (Bracken et al., 2014). Les taux de réussite et de poursuite de la grossesse ne différaient pas entre les groupes, même si les femmes chez qui l'âge gestationnel était plus avancé avaient davantage de chances de nécessiter l'administration d'une dose supplémentaire de misoprostol ou de nécessiter une intervention pour des saignements. D'autres études à plus petite échelle ont fourni des résultats similaires (Boersma, Meyboom-de Jong et Kleiverda, 2011 ; Platais et al., 2016 ; Tan et al., 2018). Deux revues systématiques ont confirmé la sécurité et l'efficacité de l'utilisation à domicile de misoprostol jusqu'à neuf semaines (Gambir, Kim, Necastro, Ganatra et Ngo, 2020) et dix semaines de grossesse (Schmidt-Hansen et al., 2020). Deux études d'incidence prospectives à grande échelle menées au Royaume-Uni se sont intéressées à la sécurité et à l'efficacité de la télémédecine pour la dispense de services d'avortement médicamenteux au cours de la pandémie de COVID-19 (Aiken, Lohr, Lord, Ghosh et Starling, 2021 ; Reynolds-Wright, Johnstone, McCabe, Evans et Cameron, 2021). Dans ces études, 52.142 femmes (Aiken et al., 2021) et 642 femmes (Reynolds-Wright et al., 2021) respectivement ont utilisé le misoprostol à domicile jusqu'à 70 jours de grossesse ; le taux d'avortement complet était supérieur à 98% et le taux de complications graves inférieur à 1% pour les deux études. Le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG, 2019), l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2014) et la National Abortion Federation (NAF, 2017) recommandent de proposer l'utilisation à domicile du misoprostol jusqu'à 70 jours de grossesse.

Même si la sécurité et l'efficacité de l'utilisation à domicile du misoprostol dans le cadre d'un schéma combiné utilisant la mifépristone et le misoprostol sont bien démontrées jusqu'à 70 jours de grossesse, la limite supérieure d'âge gestationnel jusqu'à laquelle le misoprostol peut sans danger être utilisé à domicile n'a pas été clairement établie. Une étude de non-infériorité a comparé l'efficacité d'un schéma d'avortement médicamenteux utilisant 200 mg de mifépristone suivis de 800 µg de misoprostol par voie buccale pris à domicile 24 à 48 heures plus tard chez des femmes entre 64 et 70 jours et entre 71 et 77 jours de grossesse (Dzuba et al., 2020). Les investigateurs ont constaté un taux de réussite de 92% pour le groupe d'âge gestationnel plus précoce et de 87% pour le groupe d'âge gestationnel plus avancé et significativement davantage de cas de poursuite de la grossesse parmi ce dernier groupe (9% contre 4% pour le groupe plus précoce) ; la douleur, les saignements et l'acceptabilité étaient similaires pour les deux groupes. Les investigateurs n'ont pas pu conclure à la non-infériorité du schéma d'avortement médicamenteux testé pour les deux intervalles d'âge gestationnel, ce qui suggère que des doses supplémentaires de misoprostol sont nécessaires au-delà de 70 jours d'âge gestationnel. Une étude d'incidence prospective menée en Écosse ayant examiné la sécurité et l'efficacité de la télémédecine pour la dispense de services d'avortement médicamenteux utilisant la mifépristone et le misoprostol au cours de la pandémie de COVID-19 a inclus des femmes jusqu'à douze semaines de grossesse (Reynolds-Wright et al., 2021). Sur les 663 femmes incluses dans l'étude, seules 21 (3%) étaient à un âge gestationnel se situant entre dix et douze semaines. Presque toutes les femmes (98%) ont eu un avortement réussi ; il y a eu neuf échecs (1,4%), dont un seul est survenu au-delà de dix semaines. Une étude de cohorte rétrospective à petite échelle a comparé la sécurité et l'efficacité de l'utilisation de misoprostol à domicile lors d'un avortement médicamenteux entre 57 et 63 jours et entre 64 et 76 jours d'âge gestationnel (Larsson et Ronnberg, 2019). Les femmes ont reçu la mifépristone au centre de santé et se sont auto-administré chez elles 36 à 48 heures plus tard une dose unique de 800 µg de misoprostol par voie vaginale suivie d'un maximum de quatre doses supplémentaires de 400 µg si des saignements n'apparaissaient pas. Le taux de réussite a été respectivement de 96% et 94% pour les groupes d'âge gestationnel moins et plus avancé, même si une poursuite de la grossesse a été plus fréquente parmi les femmes du groupe d'âge gestationnel plus avancé (une versus quatre). Il n'y a pas eu de différence entre les groupes en termes d'avortement incomplet, de saignements excessifs, d'intervention chirurgicale ou de visites de suivi non programmées. Il n'y a pas de données comparatives sur l'utilisation à domicile du misoprostol dans le cadre d'un schéma de traitement combiné au-delà de onze semaines de grossesse. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) suggère que si les femmes ont accès à une source d'information fiable et à un prestataire de soins, elles peuvent prendre en charge elles-mêmes la procédure d'avortement jusqu'à douze semaines de grossesse, cela en dépit du manque d'éléments probants. L'OMS plaide en faveur de recherches rigoureuses visant à établir la sécurité, l'efficacité et l'acceptabilité de l'avortement médicamenteux en ambulatoire pour un âge gestationnel compris entre neuf et douze semaines (OMS, 2015 ; OMS, 2018).

### Schémas utilisant le misoprostol seul

Il n'existe pas d'études ayant directement comparé la sécurité et l'efficacité de l'utilisation du misoprostol à domicile ou au sein d'un centre de soins dans le cadre d'un schéma de traitement utilisant le misoprostol seul. Néanmoins, plusieurs études incluant des groupes misoprostol seul ont autorisé les femmes à s'administrer elles-mêmes le médicament à domicile jusqu'à neuf semaines de grossesse sans constater aucun effet sur la sécurité ou le taux de réussite de l'avortement médicamenteux (Blum et al., 2012 ; Ngoc et al., 2011). En outre, trois études de cohorte prospectives à petite échelle sur l'avortement par le misoprostol seul réalisées à Cuba ont autorisé l'utilisation à domicile du médicament jusqu'à neuf

semaines (Carbonell, Valera, Velazco, Fernandez et Sanchez, 1997 ; Velazco et al., 2000) ou entre neuf et douze semaines (Carbonell et al., 2001) sans effet sur la sécurité ou succès. Deux études ayant recruté uniquement des adolescentes (Carbonell et al., 2001 ; Velazco et al., 2000) ont constaté une fréquence accrue de nausées et de vomissements par rapport à celle observée lors des études portant sur des femmes adultes.

## Bibliographie

- Aiken, A., Lohr, P.A., Lord, J., Ghosh, N. et Starling, J. (2021). Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. Publié en ligne le 18 février 2021. Doi: 10.1111/1471-0528.16668.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). Practice bulletin No. 143: Medical management of first-trimester abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 123(3), 676-692.
- Blum, J., Raghavan, S., Dabash, R., Ngoc, N. T., Chelli, H., Hajri, S., ..., Winikoff, B. (2012). Comparison of misoprostol-only and combined mifepristone-misoprostol regimens for home-based early medical abortion in Tunisia and Vietnam. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 118, 166-171.
- Boersma, A. A., Meyboom-de Jong, B. et Kleiverda, G. (2011). Mifepristone followed by home administration of buccal misoprostol for medical abortion up to 70 days of amenorrhoea in a general practice in Curacao. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 16(2), 61-66.
- Bracken, H., Dabash, R., Tsertsvadze, G., Posohova, S., Shah, M., Hajri, S., ..., Winikoff, B. (2014). A two-pill sublingual misoprostol outpatient regimen following mifepristone for medical abortion through 70 days' LMP: A prospective comparative open-label trial. *Contraception*, 89(3), 181-186.
- Carbonell, J. L., Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sanchez, C., Barambio, S., ..., Mari, J. (2001). Misoprostol for abortion at 9-12 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 6, 39-45.
- Carbonell, J. L., Varela, L., Velazco, A., Fernandez, C. et Sanchez, C. (1997). The use of misoprostol for abortion at  $\leq 9$  weeks' gestation. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2(3), 181-185.
- Chong, E., Frye, L. J., Castle, J., Dean, G., Kuehl, L. et Winikoff, B. (2015). A prospective, non-randomized study of home use of mifepristone for medical abortion in the US. *Contraception*, 92(3), 215-219.
- Conkling, K., Karki, C., Tuladhar, H., Bracken, H. et Winikoff, B. (2015). A prospective open-label study of home use of mifepristone for medical abortion in Nepal. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 128(3), 220-223.
- Dzuba, I.G., Chong, E., Hannum, C., Lichtenberg, S., Hernandez, E.M.L., Ngoc, N., ... et Winikoff, B. (2020). A non-inferiority study of outpatient mifepristone-misoprostol medical abortion at 64-70 days and 71-77 days of gestation. *Contraception*, 101, 302-308.
- Fjerstad, M., Sivin, I., Lichtenberg, S., Trussell, J., Cleland, K. et Cullins, V. (2009). Effectiveness of medical abortion with mifepristone and buccal misoprostol through 59 gestational days. *Contraception*, 80(3), 282-286.
- Gambir, K., Kim, C., Necastro, K.A., Gantatra, B. et Ngo, T.D. (2020). Self-administered versus provider-administered medical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art No: CD013181.
- Gatter, M., Cleland, K. et Nucatola, D. L. (2015). Efficacy and safety of medical abortion using mifepristone and buccal misoprostol through 63 days. *Contraception*, 91(4), 269-273.
- Goldstone, P., Walker, C. et Hawtin, K. (2017). Efficacy and safety of mifepristone-buccal misoprostol for early medical abortion in an Australian setting. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 57, 366-371.
- Iyengar, K., Klingberg-Allvin, M., Iyengar, S. D., Paul, M., Essen, B., Gemzell-Danielsson, K. (2016). Home use of misoprostol for early medical abortion in a low resource setting: A secondary analysis of a randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 95(2), 173-181.
- Larsson, A. et Ronnberg, A. M. (2019). Expanding a woman's options to include home use of misoprostol for medical abortion up until 76 days: An observational study of efficacy and safety. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 98(6), 747-752.

- Lokeland, M., Iversen, O.E., Engeland, A., Okland, I. et Bjorge, L. (2014). Medical abortion with mifepristone and home administration of misoprostol up to 63 days gestation. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 93(7), 647-653.
- Louie, K.S., Tsereteli, T., Chong, E., Aliyeva, F., Rzayeva, G. et Winikoff, B. (2014). Acceptability and feasibility of mifepristone medical abortion in the early first trimester in Azerbaijan. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 19(6),457-464.
- National Abortion Federation. (2017). *Clinical policy guidelines for abortion care*. Washington, D.C.: National Abortion Federation.
- Ngo, T. D., Park, M. H., Shakur, H. et Free, C. (2011). Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(5), 360-370.
- Ngoc, N. T., Blum, J., Raghavan, S., Nga, N. T., Dabash, R., Diop, A. et Winikoff, B. (2011). Comparing two early medical abortion regimens: Mifepristone + misoprostol vs. misoprostol alone. *Contraception*, 83, 410-417.
- Organisation mondiale de la Santé. (2015). *Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Medical management of abortion*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.
- Platais, I., Tsereteli, T., Grebennikova, G., Lotarevich, T. et Winikoff, B. (2016). Prospective study of home use of mifepristone and misoprostol for medical abortion up to 10 weeks of pregnancy in Kazakhstan. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 134(3), 268-271.
- Raghavan, S., Tsereteli, T., Kamilov, A., Kurbanbekova, D., Yusupov, D., Kasimova, F., ..., Winikoff, B. (2013). Acceptability and feasibility of the use of 400mcg of sublingual misoprostol after mifepristone for medical abortion up to 63 days since the last menstrual period: Evidence from Uzbekistan. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 18(2),104-111.
- Reynolds-Wright, J.J., Johnstone, A., McCabe, K., Evans, E. et Cameron, S. (2021). Telemedicine medical abortion at home under 12 weeks; gestation: A prospective observational cohort study during the COVID-19 pandemic. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, Publié en ligne la première fois le 4 février 2021. Doi: 10.1136/bmjshr-2020-200976.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2019). Abortion care. *NICE Guideline, NG140*. <https://www.nice.org.uk/guidance/NG140>. Consulté le 12 février 2021.
- Schmidt-Hansen, M., Pandey, A., Lohr, P.A., Nevill, M., Taylor, P., Hasler, E. et Cameron, S. (2020). Expulsion at home for early medical abortion: A systematic review with meta-analyses. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 00, 1-9.
- Swica, Y., Chong, E., Middleton, T., Prine, L., Gold, M., Schreiber, C. A. et Winikoff, B. (2012). Acceptability of home use of mifepristone for medical abortion. *Contraception*, 88(1), 122-127.
- Tan, Y. L., Singh, K., Tan, K. H., Gosavi, A., Koh, D., Abbas, D. et Winikoff, B. (2018). Acceptability and feasibility of outpatient medical abortion with mifepristone and misoprostol up to 70 days gestation in Singapore. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 229, 144-147.
- Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sanchez, S., Barambino, S., Chami, S., ..., Carbonell, J. L. L. (2000). Misoprostol for abortion up to 9 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 5, 227-233.
- Winikoff, B., Dzuba, I. G., Chong, E., Goldberg, A. B., Lichtenberg, E. S., Ball, C. et Swica, Y. (2012). Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age. *Obstetrics & Gynecology*, 120, 1070-1076.

Toutes les *Actualités cliniques*, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).

## 3.6



### 3. Recommandations pour un avortement avant treize semaines de grossesse

#### AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX

##### 3.6.6 CONFIRMATION DE LA RÉUSSITE

---

###### Recommandation

- Chez la majorité des femmes qui recourent à un avortement médicamenteux par la mifépristone et le misoprostol, celui-ci se solde par une réussite ; un suivi systématique n'est pas nécessaire.
- Les femmes qui utilisent le misoprostol seul pour un avortement médicamenteux nécessitent une visite de suivi auprès d'un clinicien pour contrôler la réussite de l'avortement et diagnostiquer une éventuelle poursuite de la grossesse.
- Les prestataires de soins peuvent procéder à une évaluation clinique pour contribuer à confirmer la réussite de l'avortement.
- Une échographie ou d'autres tests ne sont nécessaires que lorsque le diagnostic est douteux.

###### Poids de la recommandation

important

###### Qualité des éléments factuels

modérée

Dernière révision : 7 février 2021

---

#### Avortement médicamenteux utilisant la mifépristone et le misoprostol

Le taux de réussite d'un schéma de traitement combiné utilisant la mifépristone et le misoprostol pour un avortement médicamenteux jusqu'à dix semaines de grossesse est supérieur à 95%, avec un taux de poursuite de la grossesse inférieur à 2% (Chen et Creinin, 2015 ; Kullier et al., 2011 ; Raymond, Shannon, Weaver et Winikoff, 2012). L'Organisation mondiale de la Santé considère qu'une visite de suivi systématique n'est pas nécessaire après un avortement médicamenteux par la mifépristone et le misoprostol (OMS, 2014). Plusieurs stratégies visant à confirmer la réussite d'un avortement médicamenteux et à identifier les rares cas de poursuite de la grossesse suite à l'utilisation d'un schéma de traitement utilisant la mifépristone et le misoprostol ont été étudiées.

###### ÉVALUATION PAR LES PATIENTES DE LA RÉUSSITE DE L'AVORTEMENT

Les données factuelles indiquent que les femmes sont capables de déterminer sans erreur si leur avortement médicamenteux par la mifépristone et le misoprostol a réussi, c'est-à-dire si l'expulsion de la grossesse a bien eu lieu. Dans les études ayant comparé l'évaluation par les

patientes de l'expulsion sur la base des symptômes observés à celle réalisée par un clinicien (Cameron, Glasier, Johnstone, Dewart et Campbell, 2015 ; Clark et al., 2010 ; Perriera et al., 2010 ; Rossi, Creinin et Meyn, 2004) et par échographie (Rossi et al., 2004), les patientes ont prouvé à de multiples reprises qu'elles-mêmes fournissaient une évaluation presque aussi exacte que les deux autres méthodes.

### *ÉVALUATION CLINIQUE*

Les prestataires de soins peuvent contribuer à confirmer la réussite d'un avortement par la mifépristone et le misoprostol lors d'une visite de suivi par passage en revue de l'historique de la patiente et en effectuant le cas échéant un examen bimanuel. Dans les études ayant comparé l'évaluation clinique à l'échographie (Rossi et al., 2004 ; Pymar, Creinin et Schwartz, 2001), les cliniciens étaient capables de déterminer avec un haut niveau d'exactitude l'expulsion de la grossesse.

### *ÉCHOGRAPHIE*

On peut recourir à une échographie pour confirmer la réussite de l'avortement mais ce n'est pas nécessaire et cela risque d'augmenter le coût et la complexité de l'avortement médicamenteux, en particulier lorsque les prestataires n'ont que peu d'expérience de l'interprétation d'une échographie après un avortement médicamenteux (Kaneshiro, Edelman, Sneeringer et Gómez Ponce de León, 2011). Une échographie est utile en cas de doute sur une éventuelle poursuite de la grossesse.

### *TEST DE GROSSESSE SÉRIQUE*

Un test de grossesse sérique a été utilisé comme alternative à l'échographie pour confirmer une éventuelle poursuite de la grossesse après un avortement médicamenteux utilisant la mifépristone et le misoprostol et se comparait favorablement à l'échographie en termes de réduction des interventions lors du suivi (Clark, Panton, Hann et Gold, 2007 ; Dayananda, Maurer, Fortin et Goldberg, 2013 ; Fiala, Safar, Bygdeman et Gemzell-Danielsson, 2003). Un test de grossesse sérique est surtout utile si l'on dispose du taux de hCG avant traitement à des fins de comparaison ; en cas de réussite de l'avortement médicamenteux, ce taux diminue de plus de 90% sept jours après l'administration de mifépristone (Pocius et al., 2016). Un taux de hCG sérique inférieur à 900 UI 14 à 21 jours après un avortement médicamenteux (< 63 jours de grossesse) permet d'exclure une poursuite de la grossesse (Le Lous et al., 2018).

### *TEST DE GROSSESSE URINAIRE*

Un test de grossesse urinaire négatif permet de confirmer la réussite de l'avortement. Dans de rares cas, il peut cependant arriver que le test de grossesse soit négatif alors que la femme est toujours enceinte (faux négatif). Les tests de grossesse urinaire, qu'ils soient très sensibles ou peu sensibles, peuvent fournir un résultat positif alors que l'avortement médicamenteux a réussi (faux positif) (Cameron Glasier, Dewart, Johnstone et Burnside ; Clark et al., 2010 ; Godfrey, Anderson, Fielding, Meyn et Creinin, 2007 ; Perriera et al., 2010). Un certain nombre d'études se sont intéressées à l'utilisation de tests de grossesse urinaire de faible sensibilité (Cameron et al., 2012 ; Cameron et al., 2015 ; Constant, Harries, Daskilewicz, Myer et Gemzell-Danielsson, 2017 ; Iyengar et al., 2015 ; Michie et Cameron, 2014) et semi-quantitatifs ou multi-niveaux (Anger et al., 2019 ; Oppegaard et al., 2015 ; Raymond et al., 2017a ; Raymond et al., 2017b), souvent en association avec une liste de symptômes à contrôler, pour confirmer la réussite de l'avortement ou diagnostiquer une poursuite de la grossesse sans visite de suivi au centre. Une revue systématique de 2018 a évalué l'exactitude du recours à un test de grossesse de faible sensibilité pour mettre en évidence une éventuelle poursuite de la grossesse après un avortement médicamenteux

(Raymond, Shocket et Bracken, 2018a) ; elle est parvenue à la conclusion qu'un test de grossesse de faible sensibilité positif ou non valide n'offre qu'une sensibilité modérée pour détecter une poursuite de la grossesse. Une méta-analyse de 2017 reprenant sept études sur l'utilisation de tests de grossesse multi-niveaux pour confirmer la réussite d'un avortement par un schéma de traitement combiné jusqu'à neuf semaines de grossesse a permis de constater que les tests identifiaient tous les cas de poursuite de la grossesse (21 participantes sur 1.599, 1,3%) et que la plupart des femmes étaient à même de pratiquer correctement ces tests à domicile (Raymond et al., 2017a).

Deux revues systématiques de 2019 ont comparé les résultats chez des femmes ayant auto-évalué la réussite de leur avortement médicamenteux à domicile en associant un test de grossesse urinaire de faible sensibilité ou semi-quantitatif à une fiche d'instructions en images, une liste de symptômes ou pas de liste de symptômes et chez des femmes ayant bénéficié d'un suivi systématique au centre de soins (Baiju, Acharya, D'Antonio et Berg, 2019 ; Schmidt-Hansen, Cameron, Lohr et Hasler, 2019). Les deux revues reprenaient quatre études ayant inclus plus de 5.000 femmes et ont toutes deux conclu à l'absence de différence en termes de réussite de l'avortement, de poursuite de la grossesse, de nécessité d'une intervention chirurgicale ou d'incidence d'infection ou d'hémorragie entre le groupe d'auto-évaluation et celui de suivi au centre. Néanmoins, une étude de cohorte prospective de 2018 a montré que 14% des femmes, lorsqu'on leur demande d'utiliser une analyse des symptômes et un test de grossesse multi-niveau pour déterminer la réussite de leur avortement, ne parviennent pas à appliquer correctement ces mesures, même si aucune de ces femmes n'avait présenté de poursuite de la grossesse ou d'effets indésirables graves (Raymond et al., 2018b).

## **Avortement médicamenteux utilisant le misoprostol seul**

En raison du moindre taux d'efficacité (80 à 85%) d'un avortement médicamenteux utilisant le misoprostol seul avant treize semaines de grossesse (von Hertzen et al., 2007), l'Organisation mondiale de la Santé recommande une visite de suivi systématique au centre de santé pour toutes les femmes qui recourent à un avortement médicamenteux utilisant le misoprostol seul, cela afin de confirmer la réussite de l'avortement (OMS, 2014).

### **ÉVALUATION DE SUIVI**

Il n'y a pas eu d'études sur les différentes stratégies utilisables pour déterminer la réussite d'un avortement médicamenteux utilisant le misoprostol seul. Les stratégies de suivi envisageables, extrapolées des études sur le schéma de traitement combiné (détaillées précédemment) et des données programmatiques, sont notamment un relevé des antécédents et un examen clinique, un examen bimanuel, une échographie et/ou un test de grossesse sérique ou urinaire pour exclure une poursuite de la grossesse.

## **Bibliographie**

Anger, H., Dabash, R., Pena, M., Coutino, D., Bousiequez, M., Sanhueza, P. et Winikoff, B. (2019). Use of an at-home multilevel pregnancy test and an automated call-in system to follow-up the outcome of medical abortion. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 144(1), 97-102.

Baiju, N., Acharya, G., D'Antonio, F. et Berg, R. C. (2019). Effectiveness, safety and acceptability of self-assessment of the outcome of first-trimester medical abortion: A systematic review and meta-analysis. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 126(13), 1536-1544.

Cameron, S. T., Glasier, A., Dewart, H., Johnstone, A. et Burnside, A. (2012). Telephone follow-up and self-performed urine pregnancy testing after early medical abortion: A service evaluation. *Contraception*, 86(1), 67-73.

Cameron, S. T., Glasier, A., Johnstone, A., Dewart, H. et Campbell, A. (2015). Can women determine the success of early medical termination of pregnancy themselves? *Contraception*, 91, 6-11.

- Clark, W., Bracken, H., Tanenhaus, J., Schweikert, S., Lichtenberg, E. S. et Winikoff, B. (2010). Alternatives to a routine follow-up visit for early medical abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 115(2 Pt 1), 264-272.
- Clark, W., Panton, T., Hann, L. et Gold, M. (2007). Medication abortion employing routine sequential measurements of serum hCG and sonography only when indicated. *Contraception*, 75(2), 131-135.
- Chen, M. J. et Creinin, M. D. (2015). Mifepristone with buccal misoprostol for medical abortion: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 126(1), 12-21.
- Constant, D., Harries, J., Daskilewicz, K., Myer, L. et Gemzell-Danielsson, K. (2017). Is self-assessment of medical abortion using a low-sensitivity pregnancy test combined with a checklist and phone text messages feasible in South African primary healthcare settings? A randomized trial. *PLoS One*, 12(6), e0179600. DOI: 10.1371/journal.pone.0179600.
- Dayananda, I., Maurer, R., Fortin, J. et Goldberg, A. B. (2013). Medical abortion follow-up with serum human chorionic gonadotropin compared with ultrasonography: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 121(3), 607-613.
- Fiala, C., Safar, P., Bygdeman, M. et Gemzell-Danielsson, K. (2003). Verifying the effectiveness of medical abortion; ultrasound versus hCG testing. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 109(2), 190-195.
- Godfrey, E. M., Anderson, A., Fielding, S. L., Meyn, L. et Creinin, M. D. (2007). Clinical utility of urine pregnancy assays to determine medical abortion outcome is limited. *Contraception*, 75(5), 378-382.
- Iyengar, K., Paul, M., Iyengar, S. D., Klingberg-Allvin, M., Essen, B., Bring, J., ..., Gemzell-Danielsson, K. (2015). Self-assessment of the outcome of early medical abortion vs. clinic follow-up in India: A randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet Global Health*, 3(9), e537-545.
- Kaneshiro, B., Edelman, A., Sneeringer, R. K. et Gómez Ponce de León, R. (2011). Expanding medical abortion: Can medical abortion be effectively provided without the routine use of ultrasound? *Contraception*, 83(3), 194-201.
- Kulier, R., Kapp, N., Gulmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L. et Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (11), CD002855.
- Le Lous, M., Gallinand, A. C., Laviolle, B., Peltier, L., Nyangoh Timoh, K. et Lavoue, V. (2018). Serum hCG threshold to assess medical abortion success. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 23(6), 458-463.
- Michie, L. et Cameron, S. T. (2014). Simplified follow-up after early medical abortion: 12 months experience of a telephone call and self-performed low sensitivity urine pregnancy test. *Contraception*, 89(5), 440-445.
- Oppegaard, K. S., Qvigstad, R., Fiala, C., Heikinheimo, O., Benson, L. et Gemzell-Danielsson, K. (2015). Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion: A multicentre, non-inferiority, randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9969), 698-704.
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.
- Perriera, L. K., Reeves, M. F., Chen, B. A., Hohmann, H. L., Hayes, J. et Creinin, M. D. (2010). Feasibility of telephone follow-up after medical abortion. *Contraception*, 81(2), 143-149.
- Pocius, K. D., Bartz, D., Maurer, R., Stenquist, A., Fortin, J. et Goldberg, A. B. (2016). Serum human chorionic gonadotropin (hCG) trend within the first few days after medical abortion: A prospective study. *Contraception*, 94(4), 394-395.
- Pymar H., Creinin, M. D. et Schwartz, J. L. (2001). Mifepristone followed on the same day by vaginal misoprostol for early abortion. *Contraception*, 64, 87-92.
- Raymond, E. G., Shannon, C., Weaver, M. A. et Winikoff, B. (2012). First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: A systematic review. *Contraception*, 87(1), 26-37.
- Raymond, E. G., Shochet, T., Blum, J., Sheldon, W. R., Platais, I., Bracken, H., ..., Winikoff, B. (2017a). Serial multilevel urine pregnancy testing to assess medical abortion outcome: A meta-analysis. *Contraception*, 95(5), 442-448.

Raymond, E. G., Shochet, T. et Bracken, H. (2018a). Low-sensitivity urine pregnancy testing to assess medical abortion outcome: A systematic review. *Contraception*, 58, 30-35.

Raymond, E. G., Tan, Y. L., Grant, M., Benavides, E., Reis, M., Sacks, D. N., ..., Weaver, M. A. (2017b). Self-assessment of medical abortion outcome using symptoms and home pregnancy testing. *Contraception*, DOI: 10.1016/j.contraception.2017.12.004. Publication électronique en attente d'impression.

Raymond, E. G., Tan, Y. L., Grant, M., Benavides, E., Reis, M., Sacks, D., ..., Weaver, M. A. (2018b). Self-assessment of medical abortion outcome using symptoms and home pregnancy testing. *Contraception*, 97, 324-328.

Rossi, B., Creinin, M. D et Meyn, L. A. (2004). Ability of the clinician and patient to predict the outcome of mifepristone and misoprostol medical abortion. *Contraception*, 70(4), 313-317.

Schmidt-Hansen, M., Cameron, S., Lohr, P. A. et Hasler, E. (2019). Follow-up strategies to confirm the success of medical abortion of pregnancies up to 10 weeks' gestation: A systematic review with meta-analyses. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(6), 551-563.

Von Hertzen, H., Piaggio, G., Huong, N. T., Arustamyan, K., Cabezas, E., Gomez, M. et Peregoudov, A. (2007). Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, 369(9577), 1938-1946.

**Toutes les *Actualités cliniques*, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

### 3. Recommandations pour un avortement avant treize semaines de grossesse

# 3.6

## AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX

### 3.6.7 OBSERVATIONS ÉCHOGRAPHIQUES LORS DE LA VISITE DE SUIVI

---

#### Recommandation

Si le clinicien décide de pratiquer une échographie pour le suivi d'un avortement médicamenteux, la seule observation échographique qui nécessite une intervention est la poursuite d'une grossesse viable.

#### Poids de la recommandation

important

#### Qualité des éléments factuels

faible

Dernière révision : 7 février 2021

---

#### Fondements

L'échographie n'est pas nécessaire pour dispenser des soins d'avortement (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2014) mais est couramment utilisée dans certains établissements. Une échographie de suivi après un avortement médicamenteux présente certaines limites en matière de diagnostic. Sauf dans l'éventualité de la poursuite d'une grossesse viable, toute intervention après un avortement médicamenteux doit se baser sur les symptômes cliniques et non pas sur les observations échographiques.

#### Observations échographiques lors de la visite de suivi

*Épaississement de l'endomètre* : Après un avortement médicamenteux réussi, l'endomètre peut présenter une épaisseur variable et un aspect complexe ou hétérogène.



Épaississement de l'endomètre

*Avec l'aimable autorisation de Mary Fjerstad*

Plusieurs études de cohorte rétrospectives et prospectives ont montré que l'épaisseur de l'endomètre était extrêmement variable après un avortement médicamenteux, avec un chevauchement important entre les femmes chez qui l'avortement médicamenteux avait réussi ou échoué (Cowett, Cohen, Lichtenberg et Stika, 2004 ; Markovitch, Tepper, Klein, Fishman et Aviram, 2006 ; Parashar, Iversen, Midbøe, Myking et Bjørge, 2007 ; Rørbye, Nørgaard et Nilas, 2004 ; Tzeng, Hwang, Au et Chien, 2013). Dans une analyse groupée portant sur 2.208 femmes une semaine après un avortement médicamenteux, après exclusion de celles présentant une persistance du sac gestationnel, l'épaisseur moyenne de l'endomètre était de 10,9 mm chez les femmes ne nécessitant pas d'intervention supplémentaire et de 14,5 mm chez les trente femmes qui nécessitaient une intervention (Reeves, Fox, Lohr et Creinin, 2009). Même si l'épaisseur moyenne de l'endomètre a tendance à être plus importante chez les femmes qui nécessitent une intervention, en raison de sa variabilité importante et du chevauchement entre avortement réussi et échec de l'avortement, aucune étude n'a permis de déterminer une épaisseur au-delà de laquelle on puisse poser un diagnostic d'échec de l'avortement médicamenteux. La décision d'intervenir ou non doit reposer sur les signes et symptômes cliniques, par exemple la présence de saignements persistants ou abondants, plutôt que sur les observations échographiques.

*Persistance du sac gestationnel* : lorsque l'on utilise le schéma de traitement recommandé utilisant la mifépristone et le misoprostol (Creinin et al., 2004 ; Creinin et al., 2007 ; Winikoff et al., 2008), le sac demeure présent mais ne contient pas de tissus embryonnaires viables, dans moins de 1% des cas. Une persistance du sac gestationnel n'est pas une grossesse viable et peut être traitée par aspiration, par une seconde dose de misoprostol ou via une prise en charge attentiste, selon les préférences de la patiente. Lors d'une étude portant sur des femmes présentant une persistance du sac gestationnel dans les onze jours qui suivaient un avortement médicamenteux, une seconde dose de misoprostol a mené à l'expulsion dans 69% des cas (Reeves, Kudva et Creinin, 2008).



### **Persistance du sac gestationnel**

*Avec l'aimable autorisation de Mary Fjerstad*

*Poursuite d'une grossesse viable* : Poursuite de la grossesse, lors de laquelle un sac en croissance et/ou un embryon présentant une activité cardiaque demeurent présents, survient dans moins de 1% des avortements médicamenteux lorsque l'on utilise le schéma de traitement recommandé utilisant la mifépristone et le misoprostol (Von Hertzen et al., 2009 ; Winikoff et al., 2008). Certaines femmes sont capables d'identifier ce problème sans échographie suite à l'absence de saignements ou à la persistance des symptômes de grossesse. Une femme chez qui la grossesse se poursuit doit se voir proposer dès que possible une évacuation utérine par aspiration intra-utérine ou une seconde dose de misoprostol, en fonction de l'âge gestationnel et de la situation locale. Le taux de réussite du misoprostol

après échec d'un avortement médicamenteux est de 36% (Reeves et al., 2008 ; OMS, 2014). Si la patiente opte pour une seconde dose de misoprostol, elle doit faire l'objet d'un suivi afin de déterminer si l'avortement a réussi.

## Bibliographie

- Cowett, A. A., Cohen, L. S., Lichtenberg, E. S. et Stika, C. S. (2004). Ultrasound evaluation of the endometrium after medical termination of pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 103(5, Part 1), 871-875.
- Creinin, M. D., Fox, M. C., Teal, S., Chen, A., Schaff, E. A. et Meyn, L. A. (2004). A randomized comparison of misoprostol 6 to 8 hours versus 24 hours after mifepristone for abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 103(5, Part 1), 851-859.
- Creinin, M. D., Schreiber, C. A., Bednarek, P., Lintu, H., Wagner, M. S. et Meyn, L. A. (2007). Mifepristone and misoprostol administered simultaneously versus 24 hours apart for abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 109(4), 885-894.
- Markovitch, O., Tepper, R., Klein, Z., Fishman, A. et Aviram, R. (2006). Sonographic appearance of the uterine cavity following administration of mifepristone and misoprostol for termination of pregnancy. *Journal of Clinical Ultrasound*, 34(6), 278-282.
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.
- Parashar, P., Iversen, O. E., Midbøe, G., Myking, O et Bjørge, L. (2007). Medical abortion in the first trimester: The use of serum hCG and endometrial thickness as markers of completeness. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 12(4), 366-371.
- Reeves, M., Fox, M., Lohr, P. et Creinin, M. (2009). Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 34(1), 104-109.
- Reeves, M. F., Kudva, A. et Creinin, M. D. (2008). Medical abortion outcomes after a second dose of misoprostol for persistent gestational sac. *Contraception*, 78(4), 332-335.
- Rørbye, C., Nørgaard, M. et Nilas, L. (2004). Prediction of late failure after medical abortion from serial  $\beta$ -hCG measurements and ultrasonography. *Human Reproduction*, 19(1), 85-89.
- Tzeng, C.R., Hwang, J.L., Au, H.K. et Chien, L.W. (2013). Sonographic patterns of the endometrium in assessment of medical abortion outcomes. *Contraception*, 88(1), 153-159.
- Von Hertzen, H., Piaggio, G., Wojdyla, D., Marions, L., My Huong, N., Tang, O. et Mittal, S. (2009). Two mifepristone doses and two intervals of misoprostol administration for termination of early pregnancy: A randomised factorial controlled equivalence trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(3), 381-389.
- Winikoff, B., Dzuba, I. G., Creinin, M. D., Crowden, W. A., Goldberg, A. B., Gonzales, J., ... Shannon, C. S. (2008). Two distinct oral routes of misoprostol in mifepristone medical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 112(6), 1303-1310.

**Toutes les Actualités cliniques, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

## 4. Recommandations pour un avortement à partir de treize semaines de grossesse

### 4.1

## QUI SONT LES FEMMES DEMANDEUSES D'UN AVORTEMENT À PARTIR DE TREIZE SEMAINES DE GROSSESSE ?

---

### Principales informations

Par rapport à celles qui viennent se présenter à un âge gestationnel moins avancé, les femmes demandeuses d'un avortement à partir de treize semaines de grossesse ont davantage tendance à être jeunes, à avoir été victimes de violences, à avoir détecté leur grossesse plus tardivement, à éprouver des sentiments ambivalents à propos de la décision de mettre un terme à leur grossesse et/ou à être confrontées à des obstacles financiers et logistiques qui les empêchent d'accéder aisément à des soins médicaux. Par ailleurs, certaines indications médicales ou fœtales à un avortement peuvent ne devenir détectables qu'après treize semaines. Les raisons d'une demande d'avortement à partir de treize semaines de grossesse apparaissent fort similaires dans tous les pays et toutes les cultures et concernent majoritairement les femmes les plus vulnérables.

### Qualité des éléments factuels

faible

Dernière révision : 7 février 2021

---

### Épidémiologie des avortements à partir de treize semaines de grossesse

Alors que les avortements à partir de treize semaines de grossesse ne représentent qu'un faible pourcentage (10 à 15% environ) de l'ensemble des avortements dans le monde, ils sont responsables de la plupart des complications importantes consécutives à un avortement (Harris et Grossman, 2011 ; Jatlaoui et al., 2019 ; Loeber et Wijzen, 2008). Dans des contextes où la législation est restrictive ou dans des régions où l'accès à des soins d'avortement est limité, les demandes de soins après avortement à partir de treize semaines de grossesse sont courantes. Au Cambodge, 17% des femmes demandeuses de soins après avortement viennent se présenter à partir de treize semaines ; elles sont 13% en Éthiopie et 41% au Kenya. (African Population and Health Research Center, Ministère de la Santé du Kenya, Ipas Kenya et Guttmacher Institute, 2013 ; Fetters, Vonthanak, Picardo et Rathavy, 2008 ; Gebreselassie et al., 2010).

### Pourquoi les femmes viennent-elles demander un avortement à partir de treize semaines de grossesse ?

*Jeune âge de la patiente* : Les adolescentes et les très jeunes femmes sont proportionnellement les plus nombreuses à venir demander un avortement à partir de treize semaines de grossesse. Aux États-Unis, 23,7% des adolescentes de moins de 15 ans et 12,4% des jeunes filles de 15 à 19 ans qui viennent demander des soins d'avortement le font au-delà de treize semaines de grossesse (Jatlaoui et al., 2019). À Mexico City, les adolescentes représentaient 9% de l'ensemble des femmes demandeuses d'un avortement entre 2007 et 2015 ; elles représentaient par contre 13% des femmes demandeuses d'un avortement au-delà de douze semaines de grossesse (Saavedra-Avendano et al., 2018). Des études cas-contrôles et des

études de cohorte réalisées en Éthiopie, en Inde, au Népal, à Singapour et aux États-Unis montrent qu'un jeune âge de la patiente constitue un facteur de risque de demande tardive (Bonnen, Tuijje, et Rasch, 2014 ; Foster et Kimport, 2013 ; Lim, Wong, Yong, et Singh, 2012 ; Sowmini, 2013).

*Détection tardive de la grossesse* : Un facteur de risque fréquemment retrouvé dans toutes les études portant sur les femmes demandeuses d'un avortement à partir de treize semaines de grossesse est une détection tardive de la grossesse. L'absence de signes et symptômes de grossesse, des menstruations irrégulières, l'utilisation d'une méthode contraceptive ou une aménorrhée après une grossesse récente peuvent masquer les signes physiques d'une grossesse et en retarder le diagnostic (Constant, Kluge, Harries et Grossman, 2019 ; Drey et al., 2006 ; Foster et Kimport, 2013 ; Gallo et Nghia, 2007 ; Harries, Orner, Gabriel, et Mitchell, 2007 ; Ingham, Lee, Clements, et Stone, 2008 ; Jones et Jerman, 2017 ; Purcell et al., 2014). Dans une étude cas-contrôles réalisée aux États-Unis, les femmes qui demandaient un avortement au-delà de vingt semaines étaient beaucoup plus nombreuses à n'avoir découvert qu'elles étaient enceintes qu'à huit semaines de grossesse ou encore plus tardivement (68%) que celles ayant eu recours à un avortement avant treize semaines (12%) (Foster et Kimport, 2013).

*Ambivalence et/ou difficultés à prendre la décision de recourir à un avortement* : Certaines femmes ont besoin de davantage de temps pour prendre leur décision en raison de pressions sociales, de craintes, de leurs convictions religieuses et/ou de changements dans leur relation. Pour d'autres, une modification de leur situation (par exemple abandon de la part de leur partenaire) les amène à demander un avortement après avoir initialement prévu de mener leur grossesse à terme (Foster et Kimport, 2013 ; Gallo et Nghia, 2007 ; Harries et al., 2007). Une attitude hostile de la part de sa famille et de ses ami(e)s peut également retarder le moment où une femme vient demander des soins (Waddington, Hahn, et Reid, 2015).

*Obstacles financiers et logistiques* : Les études réalisées aux États-Unis montrent que le chômage et l'absence d'assurance soins de santé constituent des facteurs de risque de demande à partir de treize semaines (Gonzalez, Quast et Venanzi, 2019 ; Raidoo, Tschann, Kaneshiro et Sentell, 2020). Partout dans le monde, la pauvreté (Usta, Mitchell, Gebreselassie, Brookman-Amisshah, et Kwizera, 2008), le statut d'immigrant (Gonzalez-Rabago, Rodriguez-Alvarez, Borrell et Martin, 2017 ; Loeber et Wijzen, 2008), le fait de vivre dans une région rurale (Bonnen et al., 2014 ; Ushie, Izugbara, Mutua et Kabiru, 2018) ou d'être sans emploi constituent des facteurs de risque supplémentaires (Van de Velde, Van Eekert, Van Assche, Sommerland et Wouters, 2019). Par ailleurs, le retard peut être lié au temps nécessaire pour réunir suffisamment d'argent pour pouvoir payer la procédure, d'autant plus qu'un avortement tardif est souvent plus coûteux (Foster et Kimport, 2013 ; Kiley, Yee, Niemi, Feinglass et Simon, 2010). Les avortements à partir de treize semaines de grossesse ne sont pratiqués que dans un nombre limité de centres et, pour beaucoup de femmes, il est difficile d'organiser un tel déplacement. Dans une étude cas-contrôles portant sur des femmes venues se présenter au-delà de vingt semaines de grossesse, celles-ci étaient beaucoup plus nombreuses à avoir dû faire plus de trois heures de voyage pour avoir accès à des soins (Foster et Kimport, 2013). Les patientes demandeuses d'un avortement à partir de treize semaines de grossesse peuvent être renvoyées par d'autres prestataires de soins ou avoir eu des difficultés à trouver un prestataire qui accepte enfin de leur dispenser des soins (Drey et al., 2006 ; Harries et al., 2007). Certaines femmes doivent se rendre à l'étranger pour avoir accès à un avortement légal après treize semaines (Cameron et al., 2016 ; Loeber et Wijzen, 2008).

*Indications fœtales* : Le diagnostic anténatal d'anomalies fœtales est généralement posé au-delà des douze premières semaines de grossesse et certaines femmes peuvent prendre

la décision de mettre un terme à leur grossesse suite à ce diagnostic (Lyus, Robson, Parsons, Fisher et Cameron, 2013).

*Indications maternelles* : Une femme peut présenter un problème médical qui s'aggrave au cours de sa grossesse ou une nouvelle maladie peut apparaître durant la grossesse et mettre sa vie ou sa santé en danger (Kiver, Altmann, Kamhieh-Milz et Weichert, 2019). Une pré-éclampsie grave ou une rupture prématurée des membranes avant terme peut nécessiter une interruption volontaire de grossesse pour sauver la vie de la mère (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2015).

*Femmes victimes de violences* : Les femmes victimes de violences sont exposées à un risque accru de demande tardive (Colarossi et Dean, 2014 ; Perry et al., 2015).

*Échec d'un avortement* : Bien qu'un tel échec soit rare, les femmes dont la grossesse se poursuit après un avortement avant treize semaines peuvent ne réaliser qu'elles sont toujours enceintes qu'au-delà de treize semaines de grossesse (Gallo et Nghia, 2007).

*Croyances culturelles* : Dans de rares cas, il existe des croyances locales selon lesquelles un avortement à partir de treize semaines est plus sûr qu'un avortement au cours des douze premières semaines de grossesse, ce qui peut amener les femmes à retarder la demande de soins (Marlow et al., 2014).

## Bibliographie

African Population and Health Research Center, Ministère de la santé du Kenya, Ipas Kenya et Guttmacher Institute. (2013). Incidence and complications of unsafe abortion In Kenya: Key findings of a national study. Accessible via : <https://www.guttmacher.org/pubs/abortion-in-Kenya.pdf>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013, reaffirmed 2015). Practice Bulletin No. 135: Second-trimester abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 121(6), 1394-1406.

Bonnen, K. I., Tuijje, D. N. et Rasch, V. (2014). Determinants of first and second trimester induced abortion - results from a cross-sectional study taken place 7 years after abortion law revisions in Ethiopia. *BioMed Central Pregnancy & Childbirth*, 14(416), 014-0416.

Cameron, S. T, Ridell, J., Brown, A., Thomson, A., Melville, C., Flett, G., ... Laird, G. (2016). Characteristics of women who present for abortion towards the end of the mid-trimester in Scotland: National audit 2013-2014. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 21(2), 183-188.

Colarossi, L., et Dean, G. (2014). Partner violence and abortion characteristics. *Women's Health*, 54(3), 177-193.

Constant, D., Kluge, J., Harries, J. et Grossman, D. (2019). An analysis of delays among women accessing second-trimester abortion in the public sector in South Africa. *Contraception*, 100(3), 209-213.

Drey, E. A., Foster, D. G., Jackson, R. A., Lee, S. J., Cardenas, L. H. et Darney, P. D. (2006). Risk factors associated with presenting for abortion in the second trimester. *Obstetrics and Gynecology*, 107(1), 128-135.

Fetters, T., Vonthanak, S., Picardo, C. et Rathavy, T. (2008). Abortion-related complications in Cambodia. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(8), 957-968.

Foster, D. G. et Kimport, K. (2013). Who seeks abortions at or after 20 weeks? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45(4), 210-218. DOI: 10.1363/4521013

Gallo, M. F. et Nghia, N. C. (2007). Real life is different: A qualitative study of why women delay abortion until the second trimester in Vietnam. *Social Science & Medicine*, 64(9), 1812-1822.

Gebreselassie, H., Fetters, T., Singh, S., Abdella, A., Gebrehiwot, Y., Tesfaye, S. et Kumbi, S. (2010). Caring for women with abortion complications in Ethiopia: National estimates and future implications. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(1), 6-15.

Gonzalez-Rabago, Y., Rodriguez-Alvarez, E., Borrell, L. N. et Martin, U. (2017). The role of birthplace and educational attainment on induced abortion inequalities. *BMC Public Health*, 17, 69.

- Gonzalez, F., Quast, T. et Venanzi, A. (2019). Factors associated with the timing of abortions. *Health economics*, 1-11.
- Harries, J., Orner, P., Gabriel, M. et Mitchell, E. (2007). Delays in seeking an abortion until the second trimester: A qualitative study in South Africa. *Reproductive Health*, 4(7), 13-26.
- Harris, L. H. et Grossman, D. (2011). Confronting the challenge of unsafe second-trimester abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 115(1), 77-79.
- Ingham, R., Lee, E., Clements, S. J. et Stone, N. (2008). Reasons for second trimester abortions in England and Wales. *Reproductive Health Matters*, 16(31 Suppl), 18-29.
- Jatloui, T. C., Eckhaus, L., Mandel, M.G., Nguyen, A., Pduyebo, T., Petersen, E. et Whiteman, M.K. (2019). Abortion surveillance-United States, 2016. *MMWR Surveillance Summaries*, 68(11), 1-41.
- Jones, R. K. et Jerman, J. (2017). Characteristics and circumstances of women who obtain very early or second trimester abortions. *PLoS ONE*, DOI: 10.1371/journal.pone.0169969.
- Kiley, J. W., Yee, L. M., Niemi, C. M., Feinglass, J. M. et Simon, M. A. (2010). Delays in request for pregnancy termination: Comparison of patients in the first and second trimesters. *Contraception*, 81(5), 446-451.
- Kiver, V.I., Altmann, J., Kamhieh-Milz, J. et Weichert, A. (2019) A 17-year analysis of pregnancy termination  $\geq 14$  weeks of gestation in a German level 1 perinatal center. *Journal of Perinatal Medicine*, 47(8), 847-856.
- Lim, L., Wong, H., Yong, E. et Singh, K. (2012). Profiles of women presenting for abortions in Singapore: Focus on teenage abortions and late abortions. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 160(2), 219-222.
- Loeber, O. et Wijssen, C. (2008). Factors influencing the percentage of second trimester abortions in the Netherlands. *Reproductive Health Matters*, 16(31 Suppl), 30-36. DOI: 10.1016/s0968-8080(08)31377-9
- Lys, R., Robson, S., Parsons, J., Fisher, J. et Cameron, M. (2013). Second trimester abortion for fetal abnormality. *BMJ: British Medical Journal*, 3(347).
- Marlow, H. M., Wamugi, S., Yegon, E., Fetters, T., Wanaswa, L. et Msipa-Ndebele, S. (2014). Women's perceptions about abortion in their communities: Perspectives from western Kenya. *Reproductive Health Matters*, 22(43), 149-158.
- Perry, R., Zimmerman, L., Al-Saden, I., Fatima, A., Cowett, A. et Patel, A. (2015). Prevalence of rape-related pregnancy as an indication for abortion at two urban family planning clinics. *Contraception*, 91(5), 393-397.
- Purcell, C., Cameron, S., Caird, L., Flett, G., Laird, G., Melville, C. et McDaid, L. M. (2014). Access to and experience of later abortion: Accounts from women in Scotland. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46(2), 101-108.
- Raidoo, S., Tschann, M., Kaneshiro, B. et Sentell, T. (2020). Impact of insurance coverage for abortion in Hawaii on gestational age at presentation and type of abortion, 2010-2013. *Hawaii Journal of Health & Social Welfare*, 79(4), 117-122.
- Saavedra-Avendano, B., Schiavon, R., Sanhueza, P., Rios-Polanco, R., Garcia-Martinez, L. et Darney, B. G. (2018). Who presents past the gestational age limit for first trimester abortion in the public sector in Mexico City? *PLoS One*, 13(2), e0192547.
- Sowmini, C. V. (2013). Delay in termination of pregnancy among unmarried adolescents and young women attending a tertiary hospital abortion clinic in Trivandrum, Kerala, India. *Reproductive Health Matters*, 21(41), 243-250. DOI: 10.1016/s0968-8080(13)41700-7
- Ushie, B. A., Izugbara, C. O., Mutua, M. M. et Kabiru, C. W. (2018). Timing of abortion among adolescent and young women presenting for post-abortion care in Kenya: A cross-sectional analysis of nationally-representative data. *BMC Womens Health*, 18(1), 41.
- Usta, M. B., Mitchell, E. M., Gebreselassie, H., Brookman-Amisshah, E. et Kwizera, A. (2008). Who is excluded when abortion access is restricted to twelve weeks? Evidence from Maputo, Mozambique. *Reproductive Health Matters*, 16(31 Suppl), 14-17.
- Van de Velde, S., Van Eekert, N., Van Assche, K., Sommerland, N. et Wouters, E. (2019) Characteristics of women who present for abortion beyond the legal limit in Flanders, Belgium. *Perspectives in Sexual and Reproductive Health*, 51(3), 175-183.

Waddington, A., Hahn, P. M. et Reid, R. (2015). Determinants of late presentation for induced abortion care. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 37(1), 40-45.

**Toutes les *Actualités cliniques*, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

## 4. Recommandations pour un avortement à partir de treize semaines de grossesse

### COMPARAISON ENTRE LES MÉTHODES

---

# 4.2



#### Principales informations

- Une procédure de dilatation et évacuation et un avortement médicamenteux par la mifépristone et le misoprostol ou par le misoprostol seul sont des méthodes d'avortement sûres et efficaces.
- Là où la méthode par dilatation et évacuation et l'avortement médicamenteux sont tous deux disponibles, les femmes doivent avoir le choix de la méthode.
- L'avortement médicamenteux est associé à un taux plus élevé de rétention des produits de conception, d'échec de l'avortement et d'événements indésirables mineurs.
- Une procédure de dilatation et évacuation nécessite un prestataire formé et expérimenté et un équipement spécialisé.

#### Qualité des éléments factuels

modérée

**Dernière révision : 7 février 2021**

---

#### Comparaison entre les méthodes

Lors de la plus vaste étude randomisée ayant comparé les méthodes d'avortement à partir de treize semaines de grossesse, 58 patientes entre treize et vingt semaines d'âge gestationnel ont subi une procédure de dilatation et évacuation et 52 autres ont bénéficié d'un avortement médicamenteux par la mifépristone et le misoprostol (Kelly, Suddes, Howel, Hewison et Robson, 2010). Le taux global de complications était identique pour les deux groupes (12%), même si les types de complications rencontrés étaient différents. Cinq femmes du groupe avortement médicamenteux ont nécessité une évacuation utérine pour rétention des produits de conception et une a présenté des saignements ayant nécessité une transfusion ; une seule patiente du groupe chirurgical a nécessité une nouvelle évacuation utérine, une a été victime d'une lacération du col et cinq ont présenté une hémorragie n'ayant pas nécessité de transfusion. Une proportion statistiquement significative des femmes randomisées pour subir un avortement médicamenteux ont présenté davantage de saignements et des douleurs plus importantes et ont été moins satisfaites de la procédure d'avortement que celles ayant subi une procédure de dilatation et évacuation. Une étude pilote randomisée portant sur dix-huit patientes entre quatorze et dix-neuf semaines de grossesse a comparé la méthode par dilatation et évacuation et l'avortement médicamenteux par la mifépristone et le misoprostol et a constaté une fréquence plus importante d'événements indésirables, en particulier de rétention placentaire et de fièvre, chez les patientes ayant bénéficié d'un avortement médicamenteux, bien qu'aucun de ces événements indésirables n'ait été considéré comme grave (Grimes, Smith et Witham, 2004).

La plus vaste étude d'incidence rétrospective disponible provient du Népal et a inclus 2.294 femmes au-delà de douze semaines de grossesse ; 595 d'entre elles ont subi une procédure de dilatation et évacuation et 1.701 un avortement médicamenteux (Kapp, Griffin, Bhattarai

et Dangol, 2020). Les complications ont globalement été rares (<1% pour les procédures de dilatation et évacuation, 1,4% pour les avortements médicamenteux) ; il s'agissait principalement d'hémorragies pour les deux groupes. Lors d'études d'incidence rétrospectives à plus petite échelle, les femmes ayant eu recours à un avortement médicamenteux entre treize et vingt-quatre semaines de grossesse présentaient une fréquence plus importante d'échec de l'avortement et de rétention des produits de conception nécessitant une intervention supplémentaire que celles ayant subi une procédure de dilatation et évacuation ; le taux d'événements indésirables majeurs, y compris infections, transfusions, hystérectomie et décès, ne différait pas entre les deux méthodes (Autry, Hayes, Jacobson et Kirby, 2002 ; Bryant, Grimes, Garrett et Stuart, 2011 ; Sonalkar, Ogden, Tran et Chen, 2017).

Dans les études publiées ayant comparé l'avortement médicamenteux à la méthode par dilatation et évacuation, le taux d'intervention après avortement médicamenteux pourrait être artificiellement élevé parce que l'échec était défini comme l'absence d'expulsion dans les 24 heures (Bryant et al., 2011) et la rétention placentaire était diagnostiquée après deux heures (Grimes et al., 2004). Dans la pratique, on peut admettre une durée plus longue pour qu'un avortement médicamenteux soit considéré comme réussi.

### **Conséquences périnatales ultérieures**

Une étude finlandaise basée sur un registre des mères ayant donné naissance à leur premier enfant a comparé l'incidence de conséquences périnatales indésirables entre celles sans antécédents d'avortement antérieur (364.392 femmes), celles avec un antécédent d'avortement médicamenteux ou chirurgical jusqu'à douze semaines de grossesse (46.589 femmes) et celles avec un antécédent d'avortement médicamenteux ou chirurgical au-delà de douze semaines de grossesse (7709 femmes) (KC, Gissler et Klemetti, 2020). Les investigateurs ont constaté que le risque de toute conséquence périnatale indésirable ultérieure était faible mais que ce risque augmentait avec l'âge gestationnel au moment de l'interruption volontaire de grossesse. Les femmes ayant subi un avortement médicamenteux tardif présentaient un risque de naissance avant terme et de faible poids à la naissance 1,4 fois supérieur par rapport à celles ayant subi un avortement médicamenteux plus précoce. Les femmes ayant subi un avortement chirurgical tardif présentaient un risque 2,6 fois supérieur d'accouchement fortement prématuré et un risque 1,5 fois supérieur de très faible poids à la naissance par rapport à celles ayant subi un avortement chirurgical plus précoce.

### **Importance du choix**

Les conditions d'un avortement médicamenteux et d'une procédure de dilatation et évacuation sont extrêmement variables ; là où les deux méthodes d'avortement sont disponibles, si une femme est éligible pour chacune des deux, elle doit avoir le choix de la méthode. Pour les femmes, le choix de la méthode est une chose extrêmement personnelle (Kerns et al., 2018) : certaines femmes préfèrent la rapidité et la prédictibilité d'une procédure de dilatation et évacuation, tandis que d'autres préfèrent une procédure ressemblant davantage à un véritable accouchement avec un fœtus intact (Kelly et al., 2010 ; Kerns et al., 2012). L'acceptabilité et la satisfaction vis-à-vis de la procédure d'avortement sont maximales lorsque les femmes peuvent recevoir la méthode de leur choix (Kapp et Lohr, 2020). Les deux études randomisées citées plus haut (Kelly et al., 2010 ; Grimes et al., 2004) ont rencontré des difficultés de recrutement en raison de la préférence marquée des patientes pour une méthode par rapport à l'autre, généralement une procédure de dilatation et évacuation. Dans la plus récente de ces études, 100% des patientes randomisées pour subir une procédure de dilatation et évacuation déclarent qu'elles opteraient à nouveau pour cette méthode contre seulement 53% de celles randomisées pour un avortement médicamenteux (Kelly et al., 2010). Pour choisir le type de procédure d'avortement qui leur convient le mieux, les

femmes doivent recevoir des informations adéquates sur les deux méthodes d'avortement et avoir la possibilité de prendre leur décision en toute autonomie (Kerns et al., 2018).

## Bibliographie

Autry, A. M., Hayes, E. C., Jacobson, G. F. et Kirby, R. S. (2002). A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 187(2), 393-397.

Bryant, A. G., Grimes, D. A., Garrett, J. M. et Stuart, G. S. (2011). Second-trimester abortion for fetal anomalies or fetal death: Labor induction compared with dilation and evacuation. *Obstetrics & Gynecology*, 117(4), 788-792.

Grimes, D. A., Smith, M. S. et Witham, A. D. (2004). Mifepristone and misoprostol versus dilation and evacuation for midtrimester abortion: A pilot randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(2), 148-153.

Kapp, N., Griffin, R., Bhattarai, N. et Dangol, D.S. (2020). Does prior ultrasonography affect the safety of induced abortion at or after 13 weeks' gestation? A retrospective study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, doi: 10.1111/aogs.14040. Publication électronique en attente d'impression. PMID: 33185906.

Kapp, N. et Lohr, P.A. (2020). Modern methods to induce abortion: Safety, efficacy and choice. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 63, 37-44.

KC, S., Gissler, M. et Klemetti, R. (2020). The duration of gestation at previous induced abortion and its impacts on subsequent births: A nationwide registry based study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 99(5), 651-659.

Kelly, T., Suddes, J., Howel, D., Hewison, J. et Robson, S. (2010). Comparing medical versus surgical termination of pregnancy at 13-20 weeks of gestation: A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 117(12), 1512-1520.

Kerns, J. L., Light, A., Dalton, V., McNamara, B., Steinauer, J. et Kuppermann, M. (2018). Decision satisfaction among women choosing a method of pregnancy termination in the setting of fetal anomalies and other pregnancy complications: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 101(10), 1859-1864.

Kerns, J., Vanjani, R., Freedman, L., Meckstroth, K., Drey, E. A. et Steinauer, J. (2012). Women's decision making regarding choice of second trimester termination method for pregnancy complications. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 116(3), 244-248.

Sonalkar, S., Ogden, S. N., Tran, L. K. et Chen, A. Y. (2017). Comparison of complications associated with induction by misoprostol versus dilation and evacuation for second-trimester abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 138(272), 275-248.

**Toutes les Actualités cliniques, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

## 4. Recommandations pour un avortement à partir de treize semaines de grossesse

### 4.3



## DÉTERMINATION DE L'ÂGE GESTATIONNEL

---

### Recommandation

- L'âge gestationnel doit être calculé à partir de la date des dernières règles indiquée par la patiente associée à un examen clinique.
- Le recours systématique à une échographie pour la détermination de l'âge gestationnel n'est pas nécessaire.

### Poids de la recommandation

important

### Qualité des éléments factuels

très faible

Dernière révision : 7 février 2021

---

### Importance d'une détermination précise de l'âge gestationnel

Une erreur de détermination de l'âge gestationnel peut augmenter les risques associés à un avortement. En cas de sous-estimation de l'âge gestationnel avant une procédure de dilatation et évacuation, les prestataires de soins risquent de ne pas avoir l'expérience requise et de ne pas disposer de l'équipement nécessaire pour réaliser la procédure en toute sécurité. Une évaluation précise de l'âge gestationnel peut aider les prestataires de soins à déterminer si leur centre est équipé pour réaliser la procédure requise ou aiguiller la patiente vers une autre institution si nécessaire.

### Détermination de l'âge gestationnel

La détermination de l'âge gestationnel par examen bimanuel et sur la base de la date des dernières règles de la patiente a fait ses preuves dans le cadre des soins anténatals, de même que le recours à l'échographie. Aucune étude prospective n'a comparé la précision des différentes méthodes de détermination de l'âge gestationnel avant un avortement au-delà de douze semaines de grossesse ; néanmoins, dans un groupe rétrospectif de 2.223 femmes ayant subi un avortement au-delà de douze semaines de grossesse au Népal, l'âge gestationnel évalué par la mesure du pied du fœtus après expulsion de la grossesse était en étroite corrélation avec les évaluations par échographie (81%), par un examen clinique (77%) et par la date des dernières règles (72%) (Kapp, Griffin, Bhattaraj et Dongol, 2020). Aux États-Unis, la quasi-totalité des prestataires de soins ont recours à l'échographie pour la détermination de l'âge gestationnel au-delà de douze semaines de grossesse, mais il n'existe pas de données en provenance d'autres pays.

Avant un avortement médicamenteux, on peut estimer l'âge gestationnel en se basant sur le premier jour des dernières règles de la patiente et sur un examen clinique incluant un

examen bimanuel et une palpation de l'abdomen (Nautiyal, Mukherjee, Perhar et Banerjee, 2015 ; Ngoc et al., 2011 ; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG], 2015 ; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2014). La mesure de la hauteur utérine, comme cela se fait dans le cadre des soins obstétricaux usuels, peut fournir des informations supplémentaires lorsque l'âge gestationnel augmente (Pugh et al., 2018). On peut recourir à l'échographie pour confirmer l'âge gestationnel en cas de discordance entre la date des dernières règles et l'examen clinique ou en cas de doute sur l'âge gestationnel, mais cela n'est pas indispensable avant un avortement médicamenteux.

Dans les études publiées sur la méthode de dilatation et évacuation, notamment dans les rapports de mise en oeuvre des programmes de la méthode de dilatation et évacuation (Castleman, Oanh, Hyman, Thuy et Blumenthal, 2006 ; Jacot et al., 1993), l'échographie était systématiquement utilisée pour déterminer ou confirmer l'âge gestationnel avant une procédure de dilatation et évacuation. Néanmoins, un rapport publié (Altman, Stubblefield, Schlam, Loberfeld et Osathanondh, 1985), des données programmatiques non publiées (A. Edelman, communication personnelle, 12 janvier 2018) et des avis de spécialistes sont en faveur de l'utilisation de la date des dernières règles et d'un examen clinique pour la détermination de l'âge gestationnel, en recourant à l'échographie si nécessaire (RCOG, 2015 ; OMS, 2014). Si on a recours à l'échographie, le diamètre bipariétal est une méthode simple et précise pour confirmer l'âge gestationnel (Goldstein et Reeves, 2009). On peut utiliser la mesure de la longueur du fémur pour confirmer le diamètre bipariétal ou l'utiliser seule si l'on a des difficultés techniques à obtenir une mesure du diamètre bipariétal.

En cas de mort fœtale, d'avortement incomplet ou de soins après avortement, il peut y avoir discordance entre la date des dernières règles et la taille de l'utérus ; on doit alors traiter en fonction de la taille de l'utérus (RCOG, 2016, OMS, 2018).

Après l'avortement, le clinicien peut confirmer l'âge gestationnel en comparant les mensurations réelles du fœtus (longueur du pied) à l'âge gestationnel attendu (Drey, Kang, McFarland et Darney, 2005 ; Mokkarala, Creinin, Wilson, Yee et Hou, 2020). Cette comparaison permet d'obtenir un contrôle de la précision de l'estimation préalable de l'âge gestationnel. Des outils de détermination de l'âge gestationnel, notamment des mesures du fœtus, sont repris dans les manuels d'Ipas *Guide de référence sur la technique de dilatation et évacuation : Interruption volontaire de grossesse et soins après avortement à partir de la treizième semaine de grossesse* (2018), à la page 38, et *Guide de référence sur l'avortement médicamenteux : Interruption volontaire de grossesse et soins après avortement à partir de la treizième semaine de grossesse* (2018), à la page 30.

## Détermination du sexe du fœtus par échographie

Au-delà de quatorze semaines de grossesse, la visualisation à l'échographie du pénis chez le fœtus de sexe masculin ou des replis labiaux chez le fœtus de sexe féminin permet de déterminer le sexe du fœtus dans environ 90% des cas (Gelaw et Bisrat, 2011 ; Meagher et Davidson, 1996 ; Watson, 1999 ; Whitlow, Lazanakis et Economides, 1999).

Avant quatorze semaines, les organes génitaux masculins et féminins présentent une taille et un aspect similaires à l'échographie (Feldman et Smith, 1975) et la détermination du sexe doit se faire par identification et évaluation du tubercule génital (une protubérance de la partie inférieure de la paroi ventrale de l'embryon pouvant donner naissance à un pénis ou à un clitoris) (Efrat, Akinfewa et Nicolaidis, 1999). Une revue des études de détermination du sexe du fœtus par évaluation échographique du tubercule génital publiée en 2013 (Colmant, Morin-Surroca, Fuchs, Fernandez et Senat, 2013) est parvenue à la conclusion que la détermination du sexe par cette méthode n'était pas fiable avant douze semaines de

grossesse. Les observations publiées depuis cette revue sont similaires (Gonzalez Ballano, Saviron Cornudella, Puertas et Luis, 2015 ; Lubusky, Studnickova, Skrivanek, Vomackova et Prochazka, 2012 ; Manzanares, Benitez, Naveiro-Fuentes, Lopez-Criado et Sanchez-Gila, 2016).

Quelle que soit la méthode utilisée pour déterminer le sexe du fœtus, l'exactitude de cette détermination s'améliore avec l'âge gestationnel (Elejalde, Elejalde et Heitman, 1985 ; Colmant et al., 2013) et les compétences du technicien qui réalise l'échographie (Lubusky et al., 2012). Une position défavorable du fœtus et la morphologie de la femme sont susceptibles de limiter la capacité à déterminer le sexe du fœtus indépendamment de l'âge gestationnel ou des compétences du technicien (Behrendt, Foy, Center et Durnwald, 2012 ; Efrat, Perri, Ramati, Tugendreich et Meizner, 2006 ; Elejalde et al., 1985).

## Bibliographie

Altman, A. M., Stubblefield, P. G., Schlam, J. F., Loberfeld, R. et Osathanondh, R. (1985). Midtrimester abortion with laminaria and vacuum evacuation on a teaching service. *The Journal of Reproductive Medicine*, 30(8), 601-606.

Behrendt, N., Foy, P., Center, J. et Durnwald, C. P. (2012). Influence of maternal body mass index and gestational age on accuracy of first trimester gender assignment. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 25(3), 253-256.

Castleman, L. D., Oanh, K. T. H., Hyman, A. G., Thuy, L. T. T. et Blumenthal, P. D. (2006). Introduction of the dilation and evacuation procedure for second-trimester abortion in Vietnam using manual vacuum aspiration and buccal misoprostol. *Contraception*, 74, 272-276.

Colmant, C., Morin-Surroca, M., Fuchs, F. Fernandez, H. et Senat, M. V. (2013). Non-invasive prenatal testing for fetal sex determination: Is ultrasound still relevant? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 171(2), 197-204.

Drey, E. A., Kang, M. S., McFarland, W. et Darney, P. D. (2005). Improving the accuracy of fetal foot length to confirm gestational duration. *Obstetrics & Gynecology*, 105(4), 773-778.

Edelman, A. et Kapp, N. (2018). *Guide de référence sur la technique de dilatation et évacuation : Interruption volontaire de grossesse et soins après avortement à partir de la treizième semaine de grossesse*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Edelman, A. et Mark, A. (2018). *Guide de référence sur l'avortement médicamenteux : Interruption volontaire de grossesse et soins après avortement à partir de la treizième semaine de grossesse*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Efrat, Z., Akinfenwa, O. O. et Nicolaidis, K. H. (1999). First-trimester determination of fetal gender by ultrasound. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 13, 302-307.

Efrat, Z., Perri, T., Ramati, D., Tugendreich, D. et Meizner, I. (2006). Fetal gender assignment by first-trimester ultrasound. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 27, 619-621.

Elejalde, B. R., de Elejalde, M. M. et Heitman, T. (1985). Visualization of the fetal genitalia by ultrasonography: A review of the literature and analysis of its accuracy and ethical implications. *Journal of Ultrasound in Medicine*, 4(12), 633-639.

Feldman, K. W. et Smith, D. W. (1975). Fetal phallic growth and penile standards for newborn male infants. *Journal de Pediatria*, 86, 395-398.

Gelaw, S. M. et Bisrat, H. (2011). The role of ultrasound in determining fetal sex. *Ethiopian Journal of Health Development*, 25(3), 216-221.

Goldstein, S. R. et Reeves, M. F. (2009). *Clinical assessment and ultrasound in early pregnancy*. In M. Paul, E. S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes, P. G. Stubblefield & M. D. Creinin (eds), *Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care*. Oxford: Wiley-Blackwell.

Gonzalez Ballano, I., Saviron Cornudella, R., Puertas, D. L. et Luis, J. L. (2015). Sonographic fetal sex determination in the first trimester: Study in 2314 pregnancies and literature review. *Ginecología y Obstetricia de México*, 83(4), 207-212.

Jacot, F. R. M., Poulin, C., Bilodeau, A. P., Morin, M., Moreau, S., Gendron, F. et Mercier, D. (1993). A five-year experience with second-trimester induced abortions: No increase in complication rate as compared to the first trimester. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 168, 633-637.

Kapp, N., Griffin, R., Bhattarai, N. et Dangol, D.S. (2020). Does prior ultrasonography affect the safety of induced abortion at or after 13 weeks' gestation? A retrospective study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, doi: 10.1111/aogs.14040. Publication électronique en attente d'impression. PMID: 33185906.

Kulier, R. et Kapp, N. (2011). Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second-trimester abortion. *Contraception*, 83(1), 30-33.

Lubusky, M., Studnickova, M., Skrivanek, A., Vomackova, K. et Prochazka, M. (2012). Ultrasound evaluation of fetal gender at 12-14 weeks. *Biomedical Papers of the Medical Faculty of the University Palacky Olomouc Czechoslovakia*, 156(4), 324-329.

Manzanares, S., Benitez, A., Naveiro-Fuentes, M., Lopez-Criado, M. S. et Sanchez-Gila, M. (2016). Accuracy of fetal sex determination on ultrasound examination in the first trimester of pregnancy. *Journal of Clinical Ultrasound*, 44(5), 272-277.

Meagher, S. et Davison, G. (1996). Early second-trimester determination of fetal gender by ultrasound. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 8, 322-324.

Mokkarala, S., Creinin, M. D., Wilson, M. D., Yee, N. S. et Hou, M. Y. (2020). Comparing preoperative dating and postoperative dating for second-trimester surgical abortions. *Contraception*, 101(1), 5-9.

Nautiyal, D., Mukherjee, K., Perhar, I. et Banerjee, N. (2015). Comparative study of misoprostol in first and second trimester abortions by oral, sublingual and vaginal routes. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 64(4), 246-250.

Ngoc, N. T. N., Shochet, T., Raghavan, S., Blum, J., Nga, N. T. B., Minh, N. T. H. et Winikoff, B. (2011). Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for second-trimester abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 118(3), 601-608.

Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Medical management of abortion*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.

Pugh, S. J., Ortega-Villa, A. M., Grobman, W., Newman, R. B., Owen, J., Wing, D. A., ..., Grantz, K. L. (2018). Estimating gestational age at birth from fundal height and additional anthropometrics: a prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125(11), 1397-1404.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2015). *Best practice paper no. 2: Best practice in comprehensive abortion care*. Londres: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2016). *Best practice paper no. 3: Best practice in comprehensive postabortion care*. Londres: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press.

Watson, W. J. (1990). Early second trimester fetal sex determination with ultrasound. *Journal of Reproductive Medicine*, 35(3), 247-249.

White, K. O., Jones, H. E., Shorter, J., Norman, W. V., Guilbert, E., Lichtenberg, E. S. et Paul, M. (2018). Second-trimester surgical abortion practices in the United States. *Contraception*, 98, 95-99.

Whitlow, B. J., Lazanakis, M. S. et Economides, D. L. (1999). The sonographic identification of fetal gender from 11 to 14 weeks of gestation. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 13, 301-304.

**Toutes les *Actualités cliniques*, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

## 4. Recommandations pour un avortement à partir de treize semaines de grossesse

### 4.4



## INDUCTION DE MORT FŒTALE

---

### Recommandation

L'induction de mort fœtale avant un avortement médicamenteux ou par dilatation et évacuation à partir de treize semaines de grossesse n'augmente pas la sécurité de l'avortement. Il peut toutefois y avoir des raisons légales, propres au centre ou éthiques pour induire la mort fœtale avant la procédure.

### Poids de la recommandation

important

### Qualité des éléments factuels

faible

**Dernière révision : 12 janvier 2021**

---

### Fondements

Certains prestataires provoquent la mort du fœtus avant un avortement médicamenteux ou une procédure de dilatation et évacuation à partir de treize semaines de grossesse, cela pour diverses raisons. La patiente, le prestataire ou le personnel soignant préfèrent parfois que la mort du fœtus ait lieu avant la procédure d'avortement (Jackson, Teplin, Drey, Thomas et Darney, 2001) ou ce choix peut être dicté par les pratiques de l'institution. En outre, la mort fœtale induite constitue un moyen d'éviter une survie transitoire du fœtus après un avortement médicamenteux.

### Sécurité et avantages de l'induction de mort fœtale

Une étude de cohorte rétrospective a comparé des femmes ayant reçu une injection de digoxine avant une procédure de dilatation et évacuation à des témoins n'ayant pas reçu de digoxine et a mis en évidence une augmentation des complications, notamment davantage d'hospitalisations, d'expulsions en-dehors de l'établissement hospitalier et d'infections chez les femmes ayant reçu de la digoxine (Dean et al., 2012). Une série de cas cliniques représentant près de 5.000 avortements par dilatation et évacuation réalisés après une injection de digoxine rapporte des taux d'expulsion en-dehors du centre de soins (0,3%) et d'infection (0,04%) que les auteurs ont jugé suffisamment faibles pour être considérés comme acceptables (Steward, Melamed, Kim, Nucatola et Gatter, 2012). Une étude de cohorte rétrospective ayant comparé des femmes qui avaient subi ou non une injection de chlorure de potassium dans le cœur du fœtus avant une procédure de dilatation et évacuation a montré que, même si la durée de la procédure était réduite de 3,5 minutes après induction de mort fœtale, les femmes éprouvaient par contre davantage de douleur et l'incidence d'atonie utérine était augmentée (Lohr, Parsons, Taylor et Morroni, 2018).

Deux études de cohorte comparatives rétrospectives ont mesuré l'effet d'une injection intracardiaque de chlorure de potassium sur le délai entre induction et avortement lorsqu'elle était administrée avant un avortement médicamenteux. Lors de l'une de ces études, où l'âge gestationnel se situait entre 17 et 28 semaines, le délai entre induction et avortement était significativement plus court chez les femmes ayant reçu l'injection (15 heures), que chez celles ne l'ayant pas reçue (19,9 heures) (Akkurt et al., 2018). Une étude similaire portant sur des femmes chez qui l'âge gestationnel moyen était de 21 semaines n'a pas mis en évidence de différence en termes de délai avant avortement entre celles ayant reçu une injection de chlorure de potassium pour provoquer la mort fœtale avant la procédure (35 heures) et celles n'ayant pas reçu une telle injection (32 heures) (Sik et al., 2019).

## Technique

On peut provoquer la mort du fœtus avant un avortement à partir de treize semaines de grossesse en injectant soit du chlorure de potassium ou de la xylocaïne directement dans le cœur du fœtus, soit de la digoxine dans le fœtus ou dans le liquide amniotique.

*Chlorure de potassium/xylocaïne* : Une injection de chlorure de potassium ou de xylocaïne exige des compétences techniques en matière de guidance échographique et engendre davantage de risques potentiels en raison de la possibilité d'injection intravasculaire chez la mère, qui peut provoquer un arrêt cardiaque (Borgatta et Kapp, 2011 ; Coke, Baschat, Mighty et Malinow, 2004 ; Maurice, Letourneau, Benachi et Jouannic, 2019). Ce procédé n'est pas recommandé là où les ressources sont limitées.

*Digoxine* : La digoxine doit être injectée par voie transabdominale ou transvaginale (Tocce, Sheeder, Edwards et Teal, 2013) un à deux jours avant la date prévue de la procédure d'avortement.

Lors d'une étude pharmacocinétique portant sur huit femmes ayant reçu une injection intra-amniotique de 1 mg de digoxine avant une procédure de dilatation et évacuation entre 19 et 23 semaines, les taux de digoxine sérique maternels se situaient dans l'étroite marge thérapeutique et n'ont pas été associés à des effets cardiaques (Drey, Thomas, Benowitz, Goldschlager et Darney, 23). Une étude pilote randomisée d'injection intra-amniotique ou intra-fœtale de digoxine à la dose de 1 mg ou de 1,5 mg a permis d'observer un taux global de mort fœtale de 87%, sans aucune différence en termes d'efficacité en fonction de la dose ou de la voie d'administration (Nucatola, Roth et Gatter, 2010). Lors d'une étude de cohorte prospective portant sur 59 femmes subissant une interruption volontaire de grossesse entre 21 et 30 semaines, une injection intra-amniotique de 2 mg de digoxine a abouti à la mort fœtale dans plus de 90% des cas, cela sans effets dommageables pour la mère (Sharvit et al., 2018).

## Bibliographie

Akkurt, M. O., Akkurt, I., Yavuz, A., Yalcin, S. E., Coskun, B. et Sezik, M. (2018). The utility of feticide procedure to shorten the induction-to-abortion interval in medical abortion. *Gynecology and Obstetric Investigation*, 1-7. DOI: 10.1159/000491085.

Borgatta, L. et Kapp, N. (2011). Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception*, 84(1), 4-18.

Coke, G. A., Baschat, A. A., Mighty, H. E. et Malinow, A. M. (2004). Maternal cardiac arrest associated with attempted fetal injection of potassium chloride. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 13(4), 287-290.

Dean, G., Colarossi, L., Lunde, B., Jacobs, A. R., Porsch, L. M. et Paul, M. E. (2012). Safety of digoxin for fetal demise before second-trimester abortion by dilation and evacuation. *Contraception*, 85(2), 144-149.

Denny, C. C., Baron, M. B., Lederle, L., Drey, E. A. et Kerns, J. L. (2015). Induction of fetal demise before pregnancy termination: Practices of family planning providers. *Contraception*, 92(3), 241-245.

- Drey, E. A., Thomas, L. J., Benowitz, N. L., Goldschlager, N. et Darney, P. D. (2000). Safety of intra-amniotic digoxin administration before late second-trimester abortion by dilation and evacuation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 182(5), 1063-1066.
- Lohr, P. A., Parsons, J. H., Taylor, J. et Morroni, C. (2018). Outcomes of dilation and evacuation with and without feticide by intra-cardiac potassium chloride injection: a service evaluation. *Contraception*, 98, 100-105.
- Maurice, P., Letourneau, A., Benachi, A. et Jouannic, J.M. (2019). Feticide in second- and third-trimester termination of pregnancy for fetal anomalies: Results of a national survey. *Prenatal Diagnosis*, 39(13), 1269-1272.
- Nucatola, D., Roth, N. et Gatter, M. (2010). A randomized pilot study on the effectiveness and side-effect profiles of two doses of digoxin as feticide when administered intraamniotically or intrafetally prior to second-trimester surgical abortion. *Contraception*, 81(1), 67-74.
- Sharvit, M., Klein, Z., Silber, M., Pomeranz, M., Agizim, R., Schonman, R. et Fishman, A. (2019). Intra-amniotic digoxin for feticide between 21 and 30 weeks of gestation: A prospective study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 126(7), 885-889.
- Sik, A., Bilecan, S., Kumbasar, S., Akpak, Y.K. et Aba, Y.A. (2019). Does feticide shorten termination duration in second trimester pregnancy termination? *African Health Science*, 19(1), 1544-1553.
- Steward, R., Melamed, A., Kim, R., Nucatola, D. et Gatter, M. (2012). Infection and extramural delivery with use of digoxin as a feticidal agent. *Contraception*, 85(2), 150-154.
- Tocce, K., Sheeder, J.L., Edwards, L.J. et Teal, S. (2013). Feasibility, effectiveness and safety of transvaginal digoxin administration prior to dilation and evacuation. *Contraception*, 88(6), 706-711.

**Toutes les Actualités cliniques, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

## 4. Recommandations pour un avortement à partir de treize semaines de grossesse

### SUIVI

---

4.5



#### Recommandation

- Des soins de suivi systématiques ne sont pas nécessaires, sauf si la patiente le souhaite ou le demande ou si la méthode contraceptive qu'elle a choisi le nécessite.
- Au moment de l'avortement, la patiente doit recevoir des informations adéquates sur les soins après avortement et les signes d'alerte.

#### Poids de la recommandation

faible

#### Qualité des éléments factuels

très faible

Dernière révision : 7 février 2021

---

#### Suivi

Il n'y a pas de données scientifiques démontrant qu'un suivi systématique est bénéfique après un avortement à partir de treize semaines de grossesse. En outre, il n'y a pas d'éléments factuels indiquant qu'un examen pelvien est bénéfique chez une femme asymptomatique si elle revient pour une visite de suivi de routine.

#### Qualité des éléments factuels

Très faible. La recommandation repose sur l'opinion de spécialistes (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2014).

#### Bibliographie

Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.

**Toutes les *Actualités cliniques*, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

## 4. Recommandations pour un avortement à partir de treize semaines de grossesse

# 4.6



### DILATATION ET EVACUATION 4.6.1 PRÉPARATION DU COL

---

#### Recommandation

- Une préparation préopératoire du col est systématiquement recommandée avant une procédure de dilatation et évacuation.
- On peut employer des dilateurs osmotiques, du misoprostol ou de la mifépristone pour la préparation du col. Le choix dépendra de la disponibilité et du coût des produits, de l'âge gestationnel et du moment de la procédure.

#### Poids de la recommandation

important

#### Qualité des éléments factuels

élevée

**Dernière révision : 8 février 2021**

---

#### Fondements

Une préparation du col avant une procédure de dilatation et évacuation diminue le risque de complications (Fox et Krajewski, 2014 ; Peterson, Berry, Grace et Gulbranson, 1983). On ne dispose que de données limitées pour proposer une méthode de préparation du col comme étant la meilleure avant une procédure de dilatation et évacuation car les études existantes proposent des comparaisons hétérogènes, donnent des résultats indirects pour les événements indésirables, portent sur des échantillons de petite taille et incluent peu de femmes enceintes de plus de vingt semaines (Ralph et Shulman, 2019). Même si les études disponibles indiquent des différences en termes de dilatation cervicale ou de durée de la procédure, elles ne portent pas sur un nombre suffisant de patientes pour mettre en évidence des différences en ce qui concerne des conséquences plus graves telles que lésions cervicales ou utérines ou impossibilité de réaliser la procédure (Newmann et al., 2010). Le choix de la méthode est souvent limité par sa disponibilité, particulièrement là où les ressources sont limitées.

**Tableau 4.6.1 : Méthodes de préparation du col**

MÉTHODE	ADMINISTRATION	REMARQUE
Dilatateurs osmotiques (laminaires ou dilatateurs osmotiques synthétiques)	6 à 24 heures avant la procédure	Les dilatateurs osmotiques synthétiques peuvent être utilisés le jour de la procédure de dilatation et évacuation
Misoprostol	400 µg par voie buccale ou vaginale 3 heures avant la procédure	Peut être utilisé comme unique traitement jusqu'à 18 semaines, données extrêmement limitées en faveur de son utilisation comme unique traitement au-delà de 18 à 20 semaines Peut être associé à des dilatateurs osmotiques ou à la mifépristone Peut être répété si nécessaire
Mifépristone	200 mg par voie orale 24 à 48 heures avant la procédure	Données limitées en faveur de son utilisation comme unique traitement au-delà de 18 semaines Souvent utilisée avant le misoprostol

### Dilatateurs osmotiques

De nombreuses études de cohorte ont démontré que les dilatateurs osmotiques sont sûrs et efficaces et que leur utilisation n'augmente pas la morbidité infectieuse (Bryman, Granberg et Norström, 1988 ; Fox et Krajewski, 2014 ; Jonasson, Larsson, Bygdeman et Forsum, 1989 ; Peterson et al., 1983). Une méta-analyse par la collaboration Cochrane portant sur la préparation du col avant une procédure de dilatation et évacuation entre quatorze et vingt-quatre semaines de grossesse a montré que les dilatateurs osmotiques induisaient une meilleure dilatation cervicale que les prostaglandines et réduisaient la durée de la procédure entre treize et seize semaines de grossesse (Newmann et al., 2010). Dans une étude randomisée et contrôlée, les dilatateurs synthétiques et les laminaires présentaient une efficacité comparable (Newmann et al., 2014). La décision quant au nombre de dilatateurs et au moment de leur utilisation doit être prise sur une base individuelle, en tenant compte du type et de la taille des dilatateurs, de l'âge gestationnel, de la parité et de la souplesse du col, ainsi que de l'expérience du prestataire (Fox et Krajewski, 2014 ; Newmann, Dalve-Endres et Drey, 2008).

Les patientes éprouvent de la douleur à la fois lors de la mise en place des dilatateurs et lorsque ceux-ci dilatent le col pendant la nuit ; la douleur atteint le plus souvent son paroxysme deux heures après la mise en place des dilatateurs (Creinin et al., 2020 ; Liu et Flink-Bochacki, 2020 ; Nagendra et al., 2020). La douleur éprouvée ne varie pas en fonction du type de dilatateurs utilisé (Liu et Flink-Bochacki, 2020). Dans des études randomisées et contrôlées, l'administration d'un bloc paracervical avant l'insertion de dilatateurs osmotiques atténua la gêne occasionnée à la patiente par la mise en place des dilatateurs (Soon et al., 2017). De plus, l'administration d'anti-inflammatoire non stéroïdiens (AINS) réduit la sensation de contractions douloureuses dans les heures qui suivent leur insertion et jusqu'au moment de la procédure, comparé à des opiacés oraux (Nagendra et al., 2020).

### Misoprostol

Le misoprostol est peu coûteux, sûr (Nucatola, Roth, Saulsberry et Gatter, 2008) et plus aisément disponible que des dilatateurs osmotiques dans des contextes où les ressources sont limitées. Il peut être utilisé pour la préparation du col avant une procédure de dilata-

tion et évacuation jusqu'à vingt semaines de grossesse (Fox et Krajewski, 2014 ; O'Connell, Jones, Lichtenberg et Paul, 2008 ; Shakir-Reese et al., 2019) ; on ne dispose que de données limitées en faveur de son utilisation de misoprostol comme unique traitement au-delà de dix-huit semaines (Maurer, Jacobson et Turok, 2013 ; Shakir-Reese et al., 2019). Dans les études ayant comparé les dilatateurs osmotiques au misoprostol, les dilatateurs induisaient une dilatation plus marquée (Goldberg et al., 2005 ; Sagiv et al., 2015 ; Shakir-Reese et al., 2019). Par contre, chez les femmes ayant reçu du misoprostol pour la préparation du col, la procédure pouvait en toute sécurité être réalisée le même jour (Bartz et al., 2013 ; Goldberg et al., 2005 ; Sagiv et al., 2015) et les patientes préféraient souvent le misoprostol aux dilatateurs (Goldberg et al., 2005). On peut administrer du misoprostol aux patientes ayant des antécédents d'accouchement par césarienne car une rupture de l'utérus est rare (Fox et Krajewski, 2014). Une étude a porté sur l'utilisation le même jour de dilatateurs osmotiques et d'un traitement adjuvant par 400 µg de misoprostol versus misoprostol uniquement 4 à 6 heures avant une procédure de dilatation et évacuation jusqu'à vingt semaines de grossesse. Le résultat était une durée comparable de la procédure entre les deux groupes, en dépit du fait que le groupe dilatateur osmotique plus misoprostol présentait une dilatation significativement plus importante au début de la procédure (Shakir-Reese et al., 2019). Comme la mise en place de dilatateurs osmotiques prend davantage de temps que celui gagné suite à la dilatation initiale plus importante, la durée totale de la procédure (mise en place des dilatateurs osmotiques plus procédure de dilatation et évacuation) a été plus longue de 3,2 minutes parmi le groupe dilatateur osmotique plus misoprostol.

### **Misoprostol plus dilatateurs osmotiques**

Une méta-analyse de trois études randomisées et contrôlées portant sur l'ajout de misoprostol ou d'un placebo à des lamineurs appliqués pendant une nuit pour un âge gestationnel supérieur à seize semaines a montré une tendance à une amélioration de la dilatation cervicale et à un raccourcissement de la durée de l'intervention de 1,5 minutes en moyenne (Cahill, Henkel, Shaw et Shaw, 2019) ; néanmoins, aucune de ces observations n'était statistiquement significative lors de l'analyse pondérée et on constatait une hétérogénéité significative entre les études. Le taux de complications global était faible pour les trois études et ne différait pas significativement entre groupes de traitement (Cahill, Henkel, Shaw et Shaw, 2019 ; Drey et al., 2013 ; Edelman, Buckmaster, Goetsch, Nichols et Jensen, 2006 ; Goldberg et al., 2015). Dans toutes les études, les effets indésirables étaient plus sévères chez les femmes ayant pris du misoprostol.

Une étude prospective randomisée à petite échelle a examiné l'ajout de misoprostol à des dilatateurs pour une procédure de dilatation et évacuation le même jour (Borras et al., 2016). Les investigateurs ont arrêté prématurément cette étude en raison d'une fréquence étonnamment élevée de complications, plus particulièrement de graves lacérations du col utérin, chez les femmes enceintes de plus de dix-neuf semaines chez qui l'on avait utilisé des dilatateurs uniquement pour la préparation du col.

### **Mifépristone**

Une étude randomisée portant sur 50 femmes entre quatorze et seize semaines de grossesse a comparé la mifépristone utilisée comme unique traitement à des dilatateurs, tous deux administrés la veille de la procédure d'avortement (Borgatta et al., 2012). Chez les femmes chez qui on avait réalisé une préparation du col par des dilatateurs osmotiques, la durée de la procédure a été légèrement plus brève et la dilatation plus importante que chez celles ayant reçu de la mifépristone la veille de l'intervention, mais la douleur a été moins forte avec la mifépristone et les patientes ont montré une préférence manifeste pour la mifépristone. Une deuxième étude randomisée de conception similaire portant sur 49 femmes entre quinze et dix-huit semaines de grossesse (mifépristone seule comparée à des dila-

tateurs osmotiques la veille de la procédure) n'a pas constaté de différence entre les deux groupes de traitement en termes de durée de la procédure (Paris et al, 2019). Lorsqu'on les interrogeait, la plupart des femmes ayant reçu de la mifépristone ont exprimé une préférence pour ce traitement, tandis que la plupart de celles ayant été traitées par des dilateurs osmotiques disaient qu'elles auraient préféré une autre option de traitement pour la préparation cervicale.

Dans les études portant sur l'utilisation de mifépristone en association avec le misoprostol, l'administration le même jour de mifépristone et de misoprostol n'offrait aucun bénéfice par rapport au misoprostol seul (Casey, Ye, Perritt, Moreno-Ruiz et Reeves, 2016) et même si l'administration de mifépristone deux jours avant le misoprostol améliorait la dilatation cervicale dans une étude, le taux d'expulsions fœtales avant la procédure était également augmenté (Carbonell et al., 2007). Comparée à des dilateurs osmotiques pendant une nuit plus du misoprostol, la mifépristone administrée la veille de la procédure d'avortement plus du misoprostol le jour même est moins efficace (Shaw et al., 2017).

### Mifépristone plus dilateurs osmotiques

Deux études randomisées ont évalué l'ajout de mifépristone en complément à l'utilisation de dilateurs osmotiques pendant une nuit plus du misoprostol pour la préparation du col; aucune de ces études n'a mis en évidence un bénéfice supplémentaire associé à la mifépristone (Shaw et al., 2017 ; Shaw et al., 2015). Une troisième étude randomisée a comparé des dilateurs osmotiques pendant une nuit uniquement, des dilateurs osmotiques pendant une nuit plus du misoprostol et des dilateurs osmotiques pendant une nuit plus de la mifépristone (Goldberg et al., 2015) et n'a mis en évidence aucune différence en termes de temps opératoire ou de degré de dilatation cervicale entre les trois groupes, mais les prestataires ont constaté que les procédures entre 19 et 24 semaines de grossesse étaient plus aisées pour le groupe dilateurs plus mifépristone.

### Bibliographie

Bartz, D., Maurer, R., Allen, R. H., Fortin, J., Kuang, B. et Goldberg, A. B. (2013). Buccal misoprostol compared with synthetic osmotic cervical dilator before surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 122(1), 57-63.

Boraas, C. M., Achilles, S. L., Cremer, M. L., Chappell, C. A., Lim, S. E. et Chen, B. A. (2016). Synthetic osmotic dilators with adjunctive misoprostol for same-day dilation and evacuation: A randomized controlled trial. *Contraception*, 94(5), 467-472.

Borgatta, L., Roncari, D., Sonalkar, S., Mark, A., Hou, M. Y., Finneseth, M. et Vragovic, O. (2012). Mifepristone vs. osmotic dilator insertion for cervical preparation prior to surgical abortion at 14–16 weeks: A randomized trial. *Contraception*, 86(5), 567-571.

Bryman, I., Granberg, S. et Norström, A. (1988). Reduced incidence of postoperative endometritis by the use of laminaria tents in connection with first trimester abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 67(4), 323-325.

Cahill, E.P., Henkel, A., Shaw, J.G. et Shaw, K.A. (2020). Misoprostol as an adjunct to overnight osmotic dilators prior to second trimester dilation and evacuation: A systematic review and meta-analysis. *Contraception*, 101(2): 74-78.

Carbonell, J. L., Gallego, F. G., Llorente, M. P., Bermudez, S. B., Sala, E. S., González, L. V. et Texido, C. S. (2007). Vaginal vs. sublingual misoprostol with mifepristone for cervical priming in second-trimester abortion by dilation and evacuation: A randomized clinical trial. *Contraception*, 75(3), 230-571.

Casey, F. E., Ye, P. P., Perritt, J. D., Moreno-Ruiz, N. L. et Reeves, M. F. (2016). A randomized controlled trial evaluating same-day mifepristone and misoprostol compared to misoprostol alone for cervical preparation prior to second-trimester surgical abortion. *Contraception*, 94(2), 127-133.

- Creinin, M.D., Schimmoeller, N.R., Matulich, M.C., Hou, M.Y., Melo, J. et Chen, M.J. (2020). Gabapentin for pain management after osmotic dilator insertion and prior to dilation and evacuation: A randomized trial. *Contraception*, 101, 167-173.
- Drey, E. A., Benson, L. S., Sokoloff, A., Steinauer, J. E., Roy, G. et Jackson, R. A. (2013). Buccal misoprostol plus laminaria for cervical preparation before dilation and evacuation at 21-23 weeks' gestation: A randomized controlled trial. *Contraception*, 89(4), 307-313.
- Edelman, A. B., Buckmaster, J. G., Goetsch, M. F., Nichols, M. D. et Jensen, J. T. (2006). Cervical preparation using laminaria with adjunctive buccal misoprostol before second-trimester dilation and evacuation procedures: A randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 194(2), 425-430.
- Fox, M. C. et Krajewski, C. M. (2014). Society of Family Planning Clinical Guideline 20134: Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks' gestation. *Contraception*, 89(2), 75-82.
- Goldberg, A. B., Drey, E. A., Whitaker, A. K., Kang, M. S., Meckstroth, K. R. et Darney, P. D. (2005). Misoprostol compared with laminaria before early second-trimester surgical abortion: A randomized trial. *Obstetrics & Gynecology*, 106(2), 234-241.
- Goldberg, A. B., Fortin, J. A., Drey, E. A., Dean, G., Lichtenberg, E. S., Bednarek, P. H., ..., Fitzmaurice, G. M. (2015). Cervical preparation before dilation evacuation using adjunctive misoprostol or mifepristone compared with overnight osmotic dilators alone: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 126(3), 599-609.
- Jonasson, A., Larsson, B., Bygdeman, S. et Forsum, U. (1989). The influence of cervical dilatation by laminaria tent and with Hegar dilators on the intrauterine microflora and the rate of postabortal pelvic inflammatory disease. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 68(5), 405-410.
- Liu, S.M. et Flink-Bochacki, R. (2020). A single-blinded randomized controlled trial evaluating pain and opioid use after dilator placement for second-trimester abortion. *Contraception*, doi: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.11.014>. Publication électronique en attente d'impression.
- Maurer, K. A., Jacobson, J. C. et Turok, D. K. (2013). Same-day cervical preparation with misoprostol prior to second trimester D&E: A case series. *Contraception*, 88(1), 116-121.
- Nagendra, D., Sonalkar, S., McAllister, A., Roe, A.H., Shorter, J.M., Sammel, M.D. et Schreiber, C.A. (2020). Opioid prescription for pain after osmotic dilator placement in abortion care: A randomized controlled trial. *Contraception*, 101(3), 167-173.
- Newmann, S., Dalve-Endres, A. et Drey, E. (2008). Society of Family Planning Clinical Guideline 20073: Cervical preparation for surgical abortion from 20 to 24 weeks' gestation. *Contraception*, 77(4), 308.
- Newmann, S. J., Dalve-Endres, A., Diedrich, J. T., Steinauer, J. E., Meckstroth, K. et Drey, E. A. (2010). Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), CD007310.
- Newmann, S.J., Sokoloff, A., Tharull, M., Illangasekare, T., Steinauer, J.E. et Drey, E.A. (2014). Same-day synthetic osmotic dilators compared with overnight laminaria before abortion at 14-18 weeks of gestation: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 123(2, pt 1), 271-278.
- Nucatola, D., Roth, N., Saulsberry, V. et Gatter, M. (2008). Serious adverse events associated with the use of misoprostol alone for cervical preparation prior to early second trimester surgical abortion (12-16 weeks). *Contraception*, 78(3), 245-248.
- O'Connell, K., Jones, H. E., Lichtenberg, E. S. et Paul, M. (2008). Second-trimester surgical abortion practices: A survey of National Abortion Federation members. *Contraception*, 78(6), 492-499.
- Paris, A.E., Vragovic, O., Sonalkar, S., Finneseth, M. et Borgatta, L. (2020). Mifepristone and misoprostol compared to osmotic dilators for cervical preparation prior to surgical abortion at 15-18 weeks' gestation: A randomised controlled non-inferiority trial. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 46, 67-72.
- Peterson, W. F., Berry, F. N., Grace, M. R. et Gulbranson, C. L. (1983). Second-trimester abortion by dilatation and evacuation: An analysis of 11,747 cases. *Obstetrics & Gynecology*, 62(2), 185-190.
- Ralph, J.A. et Shulman, L.P. (2019). Adjunctive agents for cervical preparation in second trimester surgical abortion. *Advances in Therapy*, 36(6), 1246-1251.
- Sagiv, R., Mizrachi, Y., Glickman, H., Kerner, R., Keider, R., Bar, J. et Golan, A. (2015). Laminaria vs. vaginal misoprostol for cervical preparation before second-trimester surgical abortion: A randomized clinical trial. *Contraception*, 91(5), 406-411.

Shakir-Reese, J.M., Ye, P.P., Perritt, J.B., Lotke, P.S. et Reeves, M.F. (2019). A factorial-design randomized controlled trial comparing misoprostol dilation & evacuation at 14 weeks 0 days-19 weeks 6 days gestation. *Contraception*, 100(6), 445-450.

Shaw, K.A., Lerma, K., Shaw, J.G., Scrivner, K.J., Hugin, M., Hopkins, F.W. et Blumenthal, P.D. (2017). Pre-operative effects of mifepristone (POEM) for dilation and evacuation after 19 weeks gestation: A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124(13), 1973-1981.

Shaw, K. A., Shaw, J. G., Hugin, M., Velasquez, G., Hopkins, F. W. et Blumenthal, P. D. (2015). Adjunct mifepristone for cervical preparation prior to dilation and evacuation: A randomized trial. *Contraception*, 91(4), 313-319.

Soon, R., Tschann, M., Salcedo, J., Stevens, K., Ahn, H. J. et Kaneshiro, B. (2017). Paracervical block for laminaria insertion before second-trimester abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 130(2), 387-392.

**Toutes les *Actualités cliniques*, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

## 4. Recommandations pour un avortement à partir de treize semaines de grossesse

# 4.7



### AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX 4.7.1 SÉCURITÉ ET EFFICACITÉ

---

#### Principales informations

- Un schéma de traitement combiné utilisant la mifépristone et le misoprostol est recommandé de préférence à un schéma utilisant le misoprostol seul pour un avortement médicamenteux à partir de treize semaines de grossesse.
- Le schéma de traitement combiné est sûr et efficace, avec des taux d'expulsion supérieurs à 90% après 24 heures, un délai médian entre induction et avortement de l'ordre de six à dix heures et un taux de complications majeures de l'ordre de 1%.
- Là où la mifépristone n'est pas disponible, un avortement médicamenteux par le misoprostol seul est une méthode sûre et efficace, avec des taux d'expulsion de 72 à 91% après 24 heures, un délai moyen entre induction et avortement de l'ordre de 10 à 15 heures et un taux de complications majeures inférieur à 1%.

#### Qualité des éléments factuels

élevée

Dernière révision : 8 février 2021

---

#### Schéma de traitement combiné par la mifépristone et le misoprostol

##### *TAUX D'EXPULSION*

Des études ayant utilisé le schéma de traitement recommandé à base de mifépristone et de misoprostol ont montré des taux d'expulsion fœtale de 94% après 24 heures et de 97% après 48 heures (Abbas et al., 2016) et des taux d'expulsion du fœtus et du placenta de 88% après 24 heures et de 92% après 48 heures (Dabash et al., 2015). Lorsqu'elles continuent à poursuivre les administrations de misoprostol jusqu'au moment de l'expulsion, sans limite dans le temps, l'avortement a réussi chez 99% des femmes (Ashok, Templeton, Wagaarachchi et Flett, 2004 ; Louie et al., 2017).

##### *DÉLAI ENTRE INDUCTION ET AVORTEMENT*

Dans les études ayant utilisé le schéma de traitement recommandé à base de mifépristone et de misoprostol, le délai médian avant expulsion du fœtus était de 6 à 10 heures ; le délai avant expulsion complète était extrêmement variable (Abbas et al., 2016 ; Dabash et al., 2015 ; Louie et al., 2017 ; Ngoc et al., 2011 ; Prodan et al., 2019 ; Shaw, Topp, Shaw et Blumenthal, 2013). Le délai entre induction et avortement est plus long chez les femmes nullipares, les femmes plus âgées et celles chez qui l'âge gestationnel est plus avancé (Ashok et al., 2016 ; Ashok et al., 2004 ; Dabash et al., 2015 ; Louie et al., 2017 ; Platais et al., 2019). L'ajout de mifépristone à un schéma d'avortement médicamenteux utilisant le misoprostol réduit systématiquement le délai entre induction et avortement (Dabash et al., 2016 ; Dabash et al., 2015 ; Kapp, Borgatta, Stubblefield, Vragovic et Moreno, 2007 ; Ngoc et al., 2011 ; Prodan et al., 2019).

## TAUX DE COMPLICATIONS

Le taux de complications majeures lors d'un avortement médicamenteux par la mifépristone et le misoprostol à partir de treize semaines de grossesse est faible, même si les complications mineures telles que la nécessité d'une intervention en raison de saignements ou de rétention des produits de conception sont plus fréquentes que dans le cas d'une procédure de dilatation et évacuation (Autry, Hayes, Jacobson et Kirby, 13). La plus vaste étude de cohorte sur l'avortement médicamenteux utilisant la mifépristone et le misoprostol portait sur 1.002 femmes entre treize et vingt-et-une semaines de grossesse (Ashok et al., 2004). Quatre-vingt-une de ces femmes (8,1%) ont nécessité une procédure d'évacuation utérine, dans la majorité des cas pour rétention placentaire ; seules deux d'entre elles ont nécessité une évacuation pour mettre fin à leur grossesse. Dans cette étude, des complications graves telles qu'hémorragie, transfusion sanguine ou intervention chirurgicale non prévue sont survenues chez huit patientes (moins de 1%). Dans une étude d'incidence prospective plus récente mais à plus petite échelle menée au Népal et portant sur les avortements induits par mifépristone et misoprostol entre treize et dix-huit semaines de grossesse, 35 femmes sur 230 (15%) ont nécessité une intervention pour l'élimination du placenta et trois ont présenté une hémorragie, soit un taux d'événements indésirables graves de 1,3% (Blum et al., 2019). Lors d'une étude de cohorte de 2017 lors de laquelle 120 femmes entre treize et vingt-deux semaines de grossesse ont reçu de la mifépristone suivie d'un nombre illimité d'administrations de misoprostol jusqu'à expulsion du fœtus et du placenta, 99% des femmes ont présenté une évacuation utérine sans intervention supplémentaire (Louie et al., 2017). Aucun événement indésirable grave n'a été rapporté dans cette étude et une seule femme n'a pas avorté avec le schéma de traitement combiné.

Dans une méta-analyse des études sur l'avortement médicamenteux à partir de treize semaines de grossesse par le schéma de traitement combiné ou un schéma utilisant le misoprostol seul, la fréquence globale de rupture de l'utérus était de 0,08%, avec une fréquence de 0,28% chez les femmes ayant un antécédent de césarienne (Goyal, 2009).

## CONSÉQUENCES PÉRINATALES ULTÉRIEURES

Une étude finnoise basée sur un registre des mères ayant donné naissance à leur premier enfant a comparé l'incidence des conséquences périnatales indésirables entre celles sans antécédents d'avortement antérieur (364 392.12 femmes), celles avec un antécédent d'avortement médicamenteux jusqu'à douze semaines de grossesse (10 302.12 femmes) et celles avec un antécédent d'avortement médicamenteux au-delà de douze semaines de grossesse (3080 femmes) (KC, Gissler et Klemetti, 2020). Les investigateurs ont observé un risque de naissance avant terme et de faible poids à la naissance 1,4 fois supérieur par rapport à celles ayant subi un avortement médicamenteux plus précoce ; le risque d'accouchement fortement prématuré, de très faible poids à la naissance et de décès périnatal ne différait pas entre les groupes.

## Schémas utilisant le misoprostol seul

### TAUX D'EXPULSION

La plus vaste étude internationale randomisée et contrôlée portant sur l'avortement médicamenteux à partir de treize semaines de grossesse avec les schémas de traitement recommandés utilisant le misoprostol seul par voie vaginale ou sublinguale portait sur 681 femmes entre treize et vingt semaines de grossesse (von Hertzen et al., 2009). Le taux d'expulsion fœtale était de 84,8% après 24 heures et de 94,3% après 48 heures. Des études randomisées à plus petite échelle utilisant le misoprostol par voie vaginale ou sublinguale toutes les trois heures font état d'un taux d'expulsion fœtale de 72 à 91% après 24 heures et de 91 à 95% après 48 heures (Bhattacharjee, Saha, Ghoshroy, Bhowmik et Barui, 2008 ; Tang,

Lau, Chan et Ho, 2004)., 2004) et d'un taux d'expulsion du fœtus et du placenta de 62 à 64% après 24 heures et de 79 à 82% après 48 heures (Bhattacharjee et al., 2008). Chez les femmes nullipares, le misoprostol par voie vaginale est associé à un taux d'expulsion plus élevé que le misoprostol par voie sublinguale (von Hertzen et al., 2009).

#### DÉLAI ENTRE INDUCTION ET AVORTEMENT

Dans l'étude de von Hertzen citée plus haut, le délai médian avant expulsion du fœtus était de 12 heures (intervalle : 4,1 à 61,8 heures), le délai entre induction et avortement étant plus court chez les femmes pares que chez les femmes nullipares (Von Hertzen et al., 2009). Dans des études randomisées à plus petite échelle, le délai avant expulsion était de 10 à 15 heures (Bhattacharjee et al., 2008 ; Tang et al., 2004). Une augmentation de l'intervalle entre les doses successives de misoprostol de toutes les trois heures à toutes les six heures augmente le délai entre induction et avortement (Wong, Ngai, Yeo, Tang et Ho, 2000).

#### TAUX DE COMPLICATIONS

Le taux de complications majeures lors d'un avortement par le misoprostol seul à partir de treize semaines de grossesse est faible. Dans l'étude citée plus haut, douze événements indésirables (0,02%) ont été décrits ; dix patientes ont nécessité une transfusion sanguine (von Hertzen et al., 2009).

## Bibliographie

- Abbas, D.F., Blum, J. Ngoc, N.T.N, Nga, N. T. B., Chi, H. T. K, Martin, R. et Winikoff, B. (2016). Simultaneous administration compared with a 24-hour mifepristone-misoprostol interval in second-trimester abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 128(5), 1077-1083.
- Ashok, P., Templeton, A., Wagaarachchi, P. et Flett, G. (2004). Midtrimester medical termination of pregnancy: A review of 1002 consecutive cases. *Contraception*, 69(1), 51-58.
- Autry, A. M., Hayes, E. C., Jacobson, G. F. et Kirby, R. S. (2002). A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 187(2), 393-397.
- Bhattacharjee, N., Saha, S. P., Ghoshroy, S. C., Bhowmik, S. et Barui, G. (2008). A randomised comparative study on sublingual versus vaginal administration of misoprostol for termination of pregnancy between 13 to 20 weeks. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48(2), 165-171.
- Blum, J., Karki, C., Tamang, A., Shochet, T., Shrestha, A., Tuladhar, H., ..., Winikoff, B. (2019). Feasibility of a hospital outpatient day procedure for medication abortion at 13-18 weeks gestation: Findings from Nepal. *Contraception*, 100(6), 451-456.
- Constant, D., Harries, J., Malaba, T., Myer, L., Patel, M., Petro, G. et Grossman, D. (2016). Clinical outcomes and women's experiences before and after the introduction of mifepristone into second-trimester medical abortion services in South Africa. *PLoS ONE*, 11(9), e0161843. DOI: 10.1371/journal.pone.0161843.
- Dabash, R., Chelli, H., Hajri, S., Shochet, T., Raghavan, S. et Winikoff, B. (2015). A double-blind randomized controlled trial of mifepristone or placebo before buccal misoprostol for abortion at 14-21 weeks of pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 130(1), 40-44.
- Goyal, V. (2009). Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 113(5), 1117-1123.
- Kapp, N., Borgatta, L., Stubblefield, P., Vragovic, O. et Moreno, N. (2007). Mifepristone in second-trimester medical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 110(6), 1304.
- Louie, K. S., Chong, E., Tsereteli, T., Avagyan, G., Abrahamyan, R. et Winikoff, B. (2017). Second trimester medical abortion with mifepristone followed by unlimited dosing of buccal misoprostol in Armenia. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22(1), 76-80.
- Ngoc, N. T. N., Shochet, T., Raghavan, S., Blum, J., Nga, N. T. B., Minh, N. T. H. et Winikoff, B. (2011). Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for second-trimester abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 118(3), 601-608.

Platais, I., Tsereteli, T., Maystruk, G., Kurbanbekova, D. et Winikoff, B. (2019). A prospective study of mifepristone and unlimited dosing of sublingual misoprostol for termination of second-trimester pregnancy in Uzbekistan and Ukraine. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 45, 177-182.

Prodan, N., Breisch, J., Hoopmann, M., Abele, H., Wagner, P. et Kagan, K.O. (2019). Dosing interval between mifepristone and misoprostol in second and third trimester termination. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 99(3), 675-679.

Shaw, K., Topp, N. J., Shaw, J. G. et Blumenthal, P. D. (2013). Mifepristone-misoprostol dosing interval and effect on induction abortion times: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 121(6), 1335-1347.

Situ, K. C., Gissler, M. et Klemetti, R. (2020). The duration of gestation at previous induced abortion and its impacts on subsequent births: A nationwide registry-based study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 99(5), 651-659.

Tang, O. S., Lau, W. N. T., Chan, C. C. W. et Ho, P. C. (2004). A prospective randomised comparison of sublingual and vaginal misoprostol in second trimester termination of pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(9), 1001-1005.

von Hertzen, H., Piaggio, G., Wojdyla, D., Huong, N. T. M., Marions, L., Okoiev, G. et Nair, R. (2009). Comparison of vaginal and sublingual misoprostol for second trimester abortion: Randomized controlled equivalence trial. *Human Reproduction*, 24(1), 106-112.

Wong, K., Ngai, C., Yeo, E., Tang, L. et Ho, P. (2000). A comparison of two regimens of intravaginal misoprostol for termination of second trimester pregnancy: A randomized comparative trial. *Human Reproduction*, 15(3), 709-712.

**Toutes les *Actualités cliniques*, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

#### 4. Recommandations pour un avortement à partir de treize semaines de grossesse

## 4.7



### AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX

#### 4.7.2 MIFÉPRISTONE ET MISOPROSTOL : SCHÉMA DE TRAITEMENT RECOMMANDÉ

---

##### Schéma de traitement recommandé entre 13 et 24 semaines de grossesse

- Mifépristone 200 mg par voie orale, suivie 1 à 2 jours plus tard de 400 µg de misoprostol par voie buccale, sublinguale ou vaginale, toutes les trois heures jusqu'à expulsion du fœtus et du placenta.
- Si la patiente est stable et si cette option lui convient, le prestataire doit lui laisser au moins quatre heures après expulsion du fœtus pour expulser le placenta avant d'intervenir.

##### Poids de la recommandation

important

##### Qualité des éléments factuels

- Jusqu'à vingt semaines de grossesse : modérée
- Vingt à vingt-quatre semaines de grossesse : faible

Dernière révision : 12 février 2021

---

##### Fondements

Une association de mifépristone et de misoprostol est le schéma de traitement de choix pour un avortement médicamenteux à partir de treize semaines de grossesse : en effet, il associe une grande efficacité, un délai court entre induction et avortement et un excellent profil de sécurité (Borgatta et Kapp, 2011 ; Wildschut et al., 2011 ; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2018). Une association de mifépristone et de misoprostol est associée à un délai systématiquement plus court entre induction et avortement et à un taux de réussite après 15 (Ngoc et al., 2011), 24 (Constant et al., 2016) et 48 heures plus élevé que le misoprostol seul (Dabash et al., 2015).

##### Moment d'administration de la mifépristone

Une revue systématique de 2013 a évalué l'effet de l'intervalle entre l'administration de mifépristone et de misoprostol sur le délai entre induction et avortement en reprenant vingt études randomisées et contrôlées et neuf études observationnelles (Shaw, Topp, Shaw et Blumenthal, 2013). Sur la base des résultats de trois études randomisées et contrôlées, cette revue conclut que lorsque la mifépristone est administrée 12 à 24 heures avant le misoprostol, le délai entre induction et avortement est un peu plus long (délai médian : 7,3 heures ; intervalle : 7 à 8,5 heures) que lorsqu'elle est administrée 36 à 48 heures avant la première dose de misoprostol (délai médian : 6,8 heures ; intervalle : 6,3 à 7,2 heures), mais que le taux d'avortement après 12 et 24 heures est similaire (Shaw et al., 2013). Dans les études

portant sur l'administration simultanée de mifépristone et de misoprostol, le délai d'expulsion médian parmi le groupe d'administration simultanée était de 10 à 13 heures, contre 5 à 8 heures chez les femmes ayant attendu 24 à 36 heures entre la mifépristone et le misoprostol ; le taux d'expulsion après 48 heures était cependant équivalent entre les deux groupes (Abbas et al., 2016 ; Chai et al., 2009).

## **Dose de charge de misoprostol**

Bien qu'une série de cas cliniques à grande échelle antérieure ait utilisé une dose de charge initiale de misoprostol par voie vaginale (Ashok, Templeton, Wagaarachchi et Flett, 2004), une étude randomisée et contrôlée à petite échelle plus récente a assigné 77 femmes pour recevoir une dose de charge de misoprostol par voie vaginale (600 µg, suivis de 400 µg toutes les six heures) et 80 pour recevoir un schéma de traitement sans dose de charge (400 µg toutes les six heures) (Pongsatha et Tongsong, 2014). Le délai médian entre induction et avortement et le taux d'avortement complet après 24 et 48 heures ne différaient pas entre les deux groupes, mais le groupe ayant reçu la dose de charge a souffert nettement plus d'effets indésirables associés au misoprostol. Des études cliniques récentes n'ayant pas utilisé de dose de charge de misoprostol font état d'un délai moyen entre induction et avortement de 8 à 10 heures et de taux de réussite similaires ou supérieurs à ceux observés lors des études avec dose de charge (Abbas et al., 2016 ; Dabash et al., 2015 ; Louie et al., 2017 ; Ngoc et al., 2011). Par conséquent, une forte dose initiale de misoprostol ne semble offrir aucun bénéfice en termes de délai d'expulsion.

## **Administration de misoprostol**

*Voie d'administration* : Lors des études cliniques portant sur l'avortement médicamenteux à partir de treize semaines de grossesse, le misoprostol à la dose de 400 µg par voie vaginale ou sublinguale était associé à un taux de réussite plus élevé et à un délai entre avortement et induction plus court qu'en cas d'administration orale (Dickinson, Jennings et Doherty, 2014 ; Tang, Chang, Kan et Ho, 2005). L'administration de misoprostol par voie buccale n'a pas été directement comparée aux autres voies d'administration dans le cadre d'un schéma de traitement combiné pour un avortement médicamenteux à partir de treize semaines de grossesse, mais présentait une efficacité similaire à celle des autres voies d'administration pour un avortement avant treize semaines (Kulier et al., 2011 ; Raymond, Shannon, Weaver et Winikoff, 2013). Les études qui ont utilisé le misoprostol par voie buccale dans le cadre d'un schéma de traitement combiné par la mifépristone et le misoprostol montrent un délai moyen entre induction et avortement de 8 à 10 heures (Abbas et al., 2016 ; Dabash, 2015 ; Louie et al. ; Ngoc et al., 2011 ; Blum et al., 2019).

*Dose* : Une dose de 400 µg de misoprostol, comparée à une dose de 200 µg, est associée à un taux d'expulsion plus élevé, à un délai entre induction et avortement plus court et à des effets indésirables similaires, cela quelle que soit la voie d'administration (Brouns, van Wely, Burger et van Wijngaarden, 2010 ; Shaw et al., 2013).

*Moment d'administration* : Dans une étude randomisée ayant comparé deux schémas d'avortement médicamenteux utilisant le misoprostol seul à partir de treize semaines de grossesse, le délai entre induction et avortement était plus court et le taux d'expulsion après 24 heures plus élevé lorsque le misoprostol était administré toutes les trois heures plutôt que toutes les six heures ; la fréquence d'événements indésirables était similaire (Wong, Ngai, Yeo, Tang et Ho, 2000).

*Nombre de doses* : Une étude de cohorte prospective portant sur 120 femmes entre treize et vingt-deux semaines de grossesse ayant reçu de la mifépristone suivie 24 heures plus tard de 400 µg de misoprostol par voie buccale toutes les trois heures jusqu'à expulsion du

foetus et du placenta fait état d'un taux d'avortements complets de 99% sans intervention supplémentaire (Louie et al., 2017). Le nombre médian de doses de misoprostol nécessaires était de quatre (intervalle : 2 à 6) et aucun événement indésirable n'a été décrit. Lors d'une étude prospective similaire portant sur 306 femmes entre treize et vingt-deux semaines de grossesse, 90,2% d'entre elles ont nécessité un maximum de cinq doses de misoprostol (Platais et al., 2019).

*Qualité des éléments factuels* : Cette recommandation est basée sur plusieurs études cliniques randomisées et une méta-analyse par la collaboration Cochrane ayant comparé différentes doses de mifépristone et de misoprostol, différents intervalles d'administration et différentes voies d'administration au cours du deuxième trimestre (Wildschut et al., 2011). La plupart des études randomisées et contrôlées portant sur l'avortement médicamenteux à partir de treize semaines de grossesse n'incluaient pas de femmes enceintes de plus de vingt-et-une semaines.

## Expulsion du placenta

Lors d'une étude prospective ayant utilisé la mifépristone et le misoprostol chez des femmes entre treize et dix-huit semaines de grossesse, la majorité des femmes ont expulsé le fœtus et le placenta dans un délai à peu près équivalent, avec un délai médian entre expulsion du fœtus et du placenta de 15 minutes (intervalle : 0 à 4,5 heures) et 15,5% ont nécessité une révision manuelle du placenta (Blum et al., 2019). Une étude de cohorte rétrospective a mesuré la fréquence d'intervention pour élimination du placenta chez 233 femmes à qui l'on avait administré un fœticide et des doses répétées de misoprostol pour une interruption volontaire de grossesse entre 18 et 23 semaines d'âge gestationnel (Green et al., 2007). Après expulsion du fœtus, on a laissé le placenta s'expulser spontanément ; une intervention active n'a eu lieu qu'en cas de saignements excessifs après expulsion du fœtus ou pour accélérer la sortie du centre après un délai minimum de quatre heures depuis l'expulsion du fœtus. Le taux global d'intervention pour rétention placentaire a été de 6% et la plupart de ces interventions visaient à accélérer la sortie du centre. L'étude n'a pas constaté d'augmentation de la morbidité pour les femmes chez qui on avait opté pour une attitude attentiste au cours de cette période.

## Bibliographie

Abbas, D.F., Blum, J., Ngoc, N.T., Nga, N.T., Chi, H.T., Martin, R. et Winikoff, B. (2016). Simultaneous administration compared with a 24-hour mifepristone-misoprostol interval in second-trimester abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 128(5), 1077-1083.

Ashok, P. W., Templeton, A., Wagaarachchi, P. T. et Flett, G. M. (2004). Midtrimester medical termination of pregnancy: A review of 1002 consecutive cases. *Contraception*, 69(1), 51-58.

Blum, J., Karki, C., Tamang, A. et al. (2019). Feasibility of a hospital outpatient day procedure for medication abortion at 13-18 weeks gestation: Findings from Nepal. *Contraception*, 100(6), 451-456.

Borgatta, L. et Kapp, N. (2011). Society of Family Planning Clinical Guideline 2011: Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception*, 84(1), 4-18.

Brouns, J. F., van Wely, M., Burger, M. P. et van Wijngaarden, W. J. (2010). Comparison of two dose regimens of misoprostol for second-trimester pregnancy termination. *Contraception*, 82(3), 266-275.

Chai, J., Tang, O. S., Hong, Q. Q., Chen, Q. F., Cheng, L. N., Ng, E. et Ho, P. C. (2009). A randomized trial to compare two dosing intervals of misoprostol following mifepristone administration in second trimester medical abortion. *Human Reproduction*, 24(2), 320-324.

Constant, D., Harries, J., Malaba, T., Myer, L., Patel, M., Petro, G. et Grossman, D. (2016). Clinical outcomes and women's experiences before and after the introduction of mifepristone into second-trimester medical abortion services in South Africa. *PLoS ONE*, 11(9), e0161843. DOI: 10.1371/journal.pone.0161843.

- Dabash, R., Chelli, H., Hajri, S., Shochet, T., Raghavan, S. et Winikoff, B. (2015). A double-blind randomized controlled trial of mifepristone or placebo before buccal misoprostol for abortion at 14-21 weeks of pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 130(1), 40-44.
- Dickinson, J. E., Jennings, B. G. et Doherty, D. A. (2014). Mifepristone and oral, vaginal, or sublingual misoprostol for second-trimester abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 123(6), 1162-1168.
- Green, J., Borgatta, L., Sia, M., Kapp, N., Saia, K., Carr-Ellis, S. et Vragovic, O. (2007). Intervention rates for placental removal following inducible abortion with misoprostol. *Contraception*, 76, 310-313.
- Kulier, R., Kapp, N., Gulmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L. et Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD002855.
- Louie, K. S., Chong, E., Tsereteli, T., Avagyan, G., Abrahamyan, R. et Winikoff, B. (2017). Second trimester medical abortion with mifepristone followed by unlimited dosing of buccal misoprostol in Armenia. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22(1), 76-80.
- Ngoc, N. T. N., Shochet, T., Raghavan, S., Blum, J., Nga, N. T. B., Minh, N. T. H., ..., Winikoff, B. (2011). Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for second-trimester abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 118 (3), 601-608. DOI:10.1097/AOG.0b013e318227214e.
- Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Medical management of abortion*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.
- Platais, I., Tsereteli, T., Maystruk, G., Kurbanbekova, D. et Winikoff, B. (2019). A prospective study of mifepristone and unlimited dosing of sublingual misoprostol for termination of second-trimester pregnancy in Uzbekistan and Ukraine. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 45, 177-182.
- Pongsatha, S. et Tongsong, T. (2014). Randomized controlled trial comparing efficacy between a vaginal misoprostol loading and non-loading dose regimen for second-trimester pregnancy termination. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 40(1), 155-160.
- Raymond, E. G., Shannon, C., Weaver, M. A. et Winikoff, B. (2013). First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: A systematic review. *Contraception*, 87(1), 26-37.
- Shaw, K., Topp, N. J., Shaw, J. G. et Blumenthal, P. D. (2013). Mifepristone-misoprostol dosing interval and effect on induction abortion times: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 121(6), 1335-1347.
- Tang, O. S., Chan, C. C., Kan, A. S. et Ho, P. C. (2005). A prospective randomized comparison of sublingual and oral misoprostol when combined with mifepristone for medical abortion at 12-20 weeks gestation. *Human Reproduction*, 20(11), 3062-3066.
- Wildschut, H., Both, M. I., Medema, S., Thomee, E., Wildhagen, M. F. et Kapp, N. (2011). Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD005216.
- Wong, K. S., Ngai, C. S., Yeo, E. L., Tang, L. C. et Ho, P. C. (2000). A comparison of two regimens of intravaginal misoprostol for termination of second trimester pregnancy: A randomized comparative trial. *Human Reproduction*, 15(3), 709-712.

**Toutes les Actualités cliniques, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

## 4. Recommandations pour un avortement à partir de treize semaines de grossesse

# 4.7



### AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX

#### 4.7.3 MISOPROSTOL SEUL : SCHÉMA DE TRAITEMENT RECOMMANDÉ

---

##### Schéma de traitement recommandé entre treize et vingt-quatre semaines de grossesse

- Misoprostol 400 µg par voie sublinguale ou vaginale toutes les trois heures jusqu'à expulsion du fœtus et du placenta. L'administration vaginale est plus efficace que l'administration sublinguale chez les femmes nullipares.
- Si la patiente est stable et si cette option lui convient, le prestataire doit lui laisser au moins quatre heures après expulsion du fœtus pour expulser le placenta avant d'intervenir.

##### Poids de la recommandation

important

##### Qualité des éléments factuels

- Jusqu'à vingt semaines de grossesse : modérée
- Vingt à vingt-quatre semaines de grossesse : faible

**Dernière révision : 12 février 2021**

---

##### Fondements

Un schéma de traitement combiné utilisant la mifépristone et le misoprostol est associé à un délai plus court entre induction et avortement et à un taux de réussite plus élevée que le misoprostol seul lors d'un avortement médicamenteux à partir de treize semaines de grossesse (Wildschut et al., 2011). Là où la mifépristone n'est pas disponible, un schéma utilisant le misoprostol seul avec une administration toutes les trois heures constitue une alternative acceptable (Wildschut et al., 2011 ; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2018).

##### Voie d'administration vaginale

Dans les études cliniques randomisées et contrôlées, le misoprostol à la dose de 400 µg par voie vaginale toutes les trois heures est associé à un délai médian entre induction et avortement de 10 à 15 heures et à un taux d'avortements réussis après 48 heures de 90 à 95% (Bhattacharjee, Saha, Ghoshroy, Bhowmik et Barui, 2008 ; Koh et al., 2017 ; Tang, Lau, Chan et Ho, 2004 ; von Hertzen et al., 2009). Une dose de 400 µg par voie vaginale est plus efficace qu'une dose de 200 µg (Koh et al., 2017).

##### Voie d'administration sublinguale

Lors d'une méta-analyse portant sur 1.178 femmes incluses dans trois études randomisées

et contrôlées, l'administration de misoprostol à la dose de 400 µg par voie sublinguale est associée à une efficacité similaire (Bhattacharjee et al., 2008) ou un peu plus faible que son administration par voie vaginale avec un intervalle de trois heures entre les doses successives (Tang et al., 2004 ; von Hertzen et al., 2009 ; Wildschut et al., 2011). Dans les études qui montraient une moindre efficacité, la différence était liée à une moins bonne réponse au misoprostol par voie sublinguale chez les femmes nullipares uniquement. Remarque : dans toutes ces études, les femmes manifestaient une préférence pour la voie sublinguale plutôt que l'administration vaginale par un prestataire de soins.

### **Autres voies d'administration**

*Voie buccale* : Une étude a randomisé 130 femmes pour recevoir du misoprostol à la dose de 400 µg toutes les trois heures par voie vaginale ou buccale. Les femmes traitées par voie vaginale ont présenté un délai entre induction et avortement plus court (25 heures contre à 40,  $p=0,001$ ) et un taux de réussite plus élevé après 24 heures (63% contre 42%,  $p=0,014$ ) et après 48 heures (91% contre 68%,  $p=0,001$ ) (Al et Yapca, 2015). Une étude à plus petite échelle portant sur 64 femmes montre que le misoprostol par voie buccale est aussi efficace que par voie vaginale ; toutes les femmes ont cependant reçu une dose de charge initiale de 400 µg de misoprostol par voie vaginale et ont ensuite été randomisées pour recevoir des doses de 200 µg par voie buccale ou vaginale toutes les six heures (Ellis, Kapp, Vragpvo et Borgatta, 2010). Enfin, une étude portant sur un groupe de 60 femmes ayant reçu 400 µg de misoprostol par voie buccale toutes les trois heures jusqu'à expulsion du fœtus et du placenta fait état d'un taux d'avortements complets de 71% après 48 heures (Dabash et al., 2015). Sur la base de ces études, l'administration de misoprostol par voie vaginale et sublinguale semblent supérieure à l'administration par voie buccale pour cet intervalle d'âge gestationnel.

*Voie orale* : Dans plusieurs études cliniques randomisées, il a été démontré que l'administration orale est moins efficace, avec un délai avant avortement plus long que pour les voies d'administration vaginale ou sublinguale (Akoury et al., 2004 ; Bebbington et al., 2002 ; Behrashi et Mahdian, 2008 ; Nautiyal, Mukherjee, Perhar et Banerjee, 2015).

### **Intervalle d'administration**

Dans une étude randomisée ayant comparé deux schémas d'administration de misoprostol par voie vaginale, l'allongement de l'intervalle d'administration de toutes les trois heures à toutes les six heures a diminué l'efficacité de l'avortement médicamenteux (Wong, Ngai, Yeo, Tang et Ho, 2000).

### **Expulsion du placenta**

Une étude de cohorte rétrospective a mesuré la fréquence d'intervention pour élimination du placenta chez 233 femmes à qui l'on avait administré un fœticide et des doses répétées de misoprostol pour une interruption volontaire de grossesse entre 18 et 23 semaines d'âge gestationnel (Green et al., 2007). Après expulsion du fœtus, on a laissé le placenta s'expulser spontanément ; une intervention active n'a eu lieu qu'en cas de saignements excessifs après expulsion du fœtus ou pour accélérer la sortie du centre après un délai minimum de quatre heures depuis l'expulsion du fœtus. Le taux global d'intervention pour rétention placentaire a été de 6% et la plupart de ces interventions visaient à accélérer la sortie du centre. L'étude n'a pas constaté d'augmentation de la morbidité pour les femmes chez qui on avait opté pour une attitude attentiste au cours de cette période.

## Qualité des éléments factuels

La recommandation est basée sur plusieurs études cliniques randomisées et sur une méta-analyse de la collaboration Cochrane ayant comparé différentes doses de misoprostol, différents intervalles d'administration et différentes voies d'administration à partir de treize semaines de grossesse (Wildschut et al., 2011). Cet ensemble d'éléments factuels est limité par le fait que la plupart des études randomisées et contrôlées portant sur l'avortement médicamenteux n'incluaient pas de femmes au-delà de vingt semaines de grossesse.

## Bibliographie

- Akoury, H. A., Hannah, M. E., Chitayat, D., Thomas, M., Winsor, E., Ferris, L. E. et Windrim, R. (2004). Randomized controlled trial of misoprostol for second-trimester pregnancy termination associated with fetal malformation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 190(3), 755-762.
- Al, R. A. et Yapca, O. E. (2015). Vaginal misoprostol compared with buccal misoprostol for termination of second-trimester pregnancy: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 126(3), 593-598.
- Bebbington, M. W., Kent, N., Lim, K., Gagnon, A., Delisle, M. F., Tessier, F. et Wilson, R. D. (2002). A randomized controlled trial comparing two protocols for the use of misoprostol in midtrimester pregnancy termination. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 187(4), 853-857.
- Behrashi, M. et Mahdian, M. (2008). Vaginal versus oral misoprostol for second-trimester pregnancy termination: A randomized trial. *Pakistan Journal of Biological Sciences*, 11(21), 2505-2508.
- Bhattacharjee, N., Saha, S. P., Ghoshroy, S. C., Bhowmik, S. et Barui, G. (2008). A randomised comparative study on sublingual versus vaginal administration of misoprostol for termination of pregnancy between 13 to 20 weeks. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48(2), 165-171.
- Dabash, R., Chelli, H., Hajri, S., Shochet, T., Raghavan, S. et Winikoff, B. (2015). A double-blind randomized controlled trial of mifepristone or placebo before buccal misoprostol for abortion at 14-21 weeks of pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 130, 40-44.
- Ellis, S. C., Kapp, N., Vragovic, O. et Borgatta, L. (2010). Randomized trial of buccal versus vaginal misoprostol for induction of second trimester abortion. *Contraception*, 81(5), 441-445.
- Green, J., Borgatta, L., Sia, M., Kapp, N., Saia, K., Carr-Ellis, S. et Vragovic, O. (2007). Intervention rates for placental removal following induction abortion with misoprostol. *Contraception*, 76, 310-313.
- Koh, D. S. C., Ang, E. P. J., Coyuco, J. C., Teo, H. Z., Huang, X., Wei, X., ..., Tan, K. H. (2017). Comparing two regimens of intravaginal misoprostol with intravaginal gemprost for second-trimester pregnancy termination: A randomised controlled trial. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, DOI: 10.1136/jfp-rhc-2016-101652.
- Nautiyal, D., Mukherjee, K., Perhar, I. et Banerjee, N. (2015). Comparative study of misoprostol in first and second trimester abortions by oral, sublingual and vaginal routes. *Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 65(4), 246-50.
- Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Medical management of abortion*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.
- Tang, O. S., Lau, W. N., Chan, C. C. et Ho, P. C. (2004). A prospective randomised comparison of sublingual and vaginal misoprostol in second trimester termination of pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 111(9), 1001-1005.
- von Hertzen, H., Piaggio, G., Wojdyla, D., Nguyen, T. M., Marions, L., Okoiev, G. et Peregoudov, A. (2009). Comparison of vaginal and sublingual misoprostol for second trimester abortion: Randomized controlled equivalence trial. *Human Reproduction*, 24(1), 106-112.
- Wildschut, H., Both, M. I., Medema, S., Thomee, E., Wildhagen, M. F. et Kapp, N. (2011). Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (1), CD005216.
- Wong, K. S., Ngai, C. S., Yeo, E. L., Tang, L. C. et Ho, P. C. (2000). A comparison of two regimens of intravaginal misoprostol for termination of second trimester pregnancy: A randomized comparative trial. *Human Reproduction*, 15(3), 709-712.

Toutes les *Actualités cliniques*, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).

#### 4. Recommandations pour un avortement à partir de treize semaines de grossesse

## 4.7



### AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX 4.7.4 PRÉSENCE DE CICATRICES UTÉRINES : SCHÉMA DE TRAITEMENT RECOMMANDÉ

---

#### Recommandation

- **Moins de 22 à 24 semaines de grossesse avec une cicatrice utérine** : Aucune modification des schémas de traitement recommandés n'est nécessaire.
- **Plus de 22 à 24 semaines de grossesse avec une cicatrice utérine ou 13 à 24 semaines avec plusieurs cicatrices utérines** : Envisager une réduction de la dose de misoprostol avec ou sans allongement de l'intervalle d'administration du misoprostol. Il n'existe pas suffisamment de données factuelles pour déterminer si ces mesures diminuent le risque de rupture de l'utérus chez ces patientes.

#### Poids de la recommandation

faible

#### Qualité des éléments factuels

très faible

Dernière révision : 12 février 2021

---

#### Risque de rupture de l'utérus lors d'avortement médicamenteux

Une rupture de l'utérus lors d'un avortement médicamenteux à partir de treize semaines de grossesse a été décrite chez des patientes présentant ou non une cicatrice utérine. Le risque de rupture de l'utérus chez une patiente subissant un avortement médicamenteux à partir de treize semaines de grossesse est extrêmement faible : cette complication survient chez moins d'une femme sur mille (Goyal, 2009). Lors d'une méta-analyse de seize études portant sur 3.556 patientes ayant subi un avortement médicamenteux par un schéma de traitement combiné ou par le misoprostol seul à partir de treize semaines de grossesse, trois femmes ont présenté une rupture de l'utérus, ce qui correspond à une fréquence de 0,28% avec antécédent de césarienne et de 0,04% sans antécédent de césarienne (Goyal, 2009).

Une revue rétrospective monocentrique portant sur 279 patientes ayant subi un avortement entre quatorze et vingt-six semaines de grossesse a inclus 60 patientes présentant une seule cicatrice utérine et 26 patientes en présentant plusieurs (Küçükğöz Güleç et al., 2013). Ces patientes ont reçu 200 µg de misoprostol par voie vaginale toutes les quatre heures ; trois d'entre elles ont présenté une rupture de l'utérus. Dans une autre revue rétrospective portant sur 263 patientes entre douze et vingt-quatre semaines de grossesse subissant un avortement par le misoprostol seul, 48 présentaient une seule cicatrice et 29 en présentaient plusieurs ; un cas de rupture a été observé chez une patiente ayant subi précédemment trois césariennes et qui avait reçu 200 µg de misoprostol par voie sublinguale toutes les trois heures (Cetin et al., 2016). Une troisième revue rétrospective incluant 231 femmes avec

un antécédent d'accouchement par césarienne et 37 femmes avec deux antécédents d'accouchement par césarienne et ayant utilisé une dose de charge de 800 µg de misoprostol suivie de trois doses de 200 µg à deux heures d'intervalle ; aucune patiente n'a présenté de rupture (Torriente, Steinberg et Joubert, 2017).

## Schéma de traitement chez les patientes présentant une cicatrice utérine

En raison de la rareté de la rupture de l'utérus chez les femmes ayant une cicatrice préexistante, il n'est pas possible de trouver des directives claires dans la littérature publiée (Borgatta et Kapp, 2011 ; Daponte, Nzewenga, Dimopoulos et Guidozi, 2006 ; Daskalakis et al., 2004 ; Dickinson, 2005 ; Morris et al., 2017).

Les opinions des spécialistes sont les suivantes :

- Aucune modification des schémas de traitement recommandés n'est nécessaire chez les patientes enceintes de moins de 22 à 24 semaines.
- Au-delà de 22 à 24 semaines de grossesse avec une seule cicatrice utérine ou 13 à 24 semaines avec plusieurs cicatrices utérines :
  - Envisager une réduction de la dose de misoprostol avec ou sans allongement de l'intervalle d'administration du misoprostol (Ho et al., 2007 ; Küçükğöz Güleç et al., 2013).

Il n'existe pas suffisamment de données factuelles pour suggérer qu'une modification du schéma de traitement diminue le risque de rupture de l'utérus.

## Bibliographie

Borgatta, L. et Kapp, N. (2011). Society of Family Planning Clinical Guideline 2011: Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception*, 84(1), 4-18.

Cetin, C., Buyukkurt, S., Seydaoglu, G., Kahveci, B., Soysal, C. et Ozgunen, F. T. (2016). Comparison of two misoprostol regimens for mid-trimester pregnancy terminations after FIGO's misoprostol dosage recommendation in 2012. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 29(8), 1314-1317.

Daponte, A., Nzewenga, G., Dimopoulos, K. D. et Guidozi, F. (2006). The use of vaginal misoprostol for second-trimester pregnancy termination in women with previous single cesarean section. *Contraception*, 74(4), 324-327.

Daskalakis, G. J., Mesogitis, S. A., Papantoniou, N. E., Mouloupoulos, G. G., Papapanagiotou, A. A. et Antsaklis, A. J. (2004). Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior caesarean section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 112(1), 97-99.

Dickinson, J. E. (2005). Misoprostol for second-trimester pregnancy termination in women with a prior cesarean delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 105(2), 352-356.

Goyal, V. (2009). Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 113(5), 1117-1123.

Ho, P. C., Blumenthal, P. D., Gemzell-Danielsson, K., Gómez Ponce de León, R., Mittal, S. et Tang, O. S. (2007). Misoprostol for the termination of pregnancy with a live fetus at 13 to 26 weeks. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 99(2), 178-181.

Küçükğöz Güleç, Ü., Urunsak, I. F., Eser, E., Guzel, A. B., Ozgunen, F. T., Evruke, I. C. et Buyukkurt, S. (2013). Misoprostol for midtrimester termination of pregnancy in women with 1 or more prior cesarean deliveries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 120, 85-87.

Morris, J. L., Winikoff, B., Dabash, R., Weeks, A., Faundes, A., Gemzell-Danielsson, K., ..., Visser, G. H. A. (2017). FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 138(3), 363-366.

Torriente, M. C., Steinberg, W. J. et Joubert, G. (2017). Misoprostol use for second-trimester termination of pregnancy among women with one or more previous cesarean deliveries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 138, 23-27.

Toutes les *Actualités cliniques*, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).

# TRAITEMENT EN CAS D'AVORTEMENT INCOMPLET ET DE RÉTENTION FŒTALE : SCHÉMA DE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX RECOMMANDÉ POUR UNE TAILLE UTÉRINE INFÉRIEURE À TREIZE SEMAINES

# 5.1



### Recommandation

- On peut proposer un traitement par des méthodes médicamenteuses ou par aspiration intra-utérine en cas d'avortement incomplet ou de rétention fœtale.
- **Avortement incomplet** : Une dose unique de 600 µg de misoprostol par voie orale ou une dose unique de 400 µg de misoprostol par voie sublinguale ou (en l'absence de saignements vaginaux) par voie vaginale.
- **Rétention fœtale** : Misoprostol 600 µg par voie sublinguale ou, en l'absence de saignements vaginaux, 800 µg par voie vaginale toutes les trois heures jusqu'à expulsion (1 à 3 doses en général). Si disponible, ajouter un prétraitement par 200 mg de mifépristone par voie orale 1 à 2 jours avant le misoprostol.

### Poids de la recommandation

important

### Qualité des éléments factuels

modérée

Dernière révision : 14 février 2021

### Avortement incomplet

Dans une revue par la collaboration Cochrane de vingt-quatre études portant sur 5.577 femmes venues demander des soins pour un avortement incomplet au-dessous de treize semaines, un traitement au misoprostol était aussi efficace qu'une prise en charge attentiste en termes de terminaison de l'avortement (risque relatif [RR] : 1,23 ; intervalle de confiance [IC] 95% : 0,72-2,10) et moins efficace qu'un traitement chirurgical (RR : 0,96 ; IC 95% : 0,94-0,98) ; le taux de réussite était élevé pour toutes les stratégies de prise en charge (Kim et al., 2017). Les taux de terminaison étaient de 52 à 85% pour une prise en charge attentiste, de 80 à 99% pour un traitement au misoprostol et de 91 à 100% pour un traitement chirurgical (Kim et al., 2017). Lors de l'analyse, le misoprostol par voie orale, sublinguale et vaginale présentait une efficacité et un profil d'effets indésirables similaires ; un allongement du délai avant suivi augmentait le taux de réussite du traitement au misoprostol. Une étude randomisée et contrôlée ayant comparé une dose unique de misoprostol à une AMIU a démontré un taux de réussite plus important de l'AMIU pour terminer l'avortement (RR 0,84 ; IC 95% 0,77-0,92) (Ibeyemi, Ijaiya et Adesina, 2019).

### Rétention fœtale

Une revue systématique de 2017 et une méta-analyse par un réseau portant sur la prise

en charge par le misoprostol lors de rétention fœtale, qui reprenait dix-huit études portant sur un total de 1.802 femmes est parvenue à la conclusion que 800 µg de misoprostol par voie vaginale ou 600 µg de misoprostol par voie sublinguale sont les traitements les plus efficaces (Wu, Marwah, Wang, Wang et Chen, 2017). Une dose unique de 800 µg de misoprostol par voie vaginale aboutissait à une évacuation utérine complète chez 76 à 93% des patientes (Fernlund, Jokubkiene, Sladkevicius et Valentin, 2018 ; Mizrachi et al., 2017 ; Ngoc, Blum, Westheimer, Quan et Winikoff, 2004). Dans deux études, en optant pour une prise en charge attentiste de sept jours après une dose unique de misoprostol, le taux de réussite augmentait avec le temps (Ngoc et al., 2004), jusqu'à 88% après sept jours contre 72% après quatre jours (Mizrachi et al., 2019). Un certain nombre d'études font état d'une augmentation du taux de réussite de l'avortement suite à l'administration d'une dose supplémentaire de misoprostol 24 (Barcelo et al., 2012 ; Graziosi, Mol, Ankum et Bruinse, 2004 ; Muffley, Stitely et Gherman, 2002), 48 (Lyra, Cavaco-Gomes, Moucho et Montenegro, 2017) ou 72 heures après la dose initiale (Gilles et al., 2004 ; Zhang et al., 2005), mais il n'est pas possible d'établir avec certitude si cette augmentation du taux d'avortements complets est liée à la dose supplémentaire de médicament ou à la prolongation du délai avant évaluation. Une étude de 2017 ayant randomisé des patientes pour recevoir une dose unique de 800 µg de misoprostol par voie vaginale ou une dose supplémentaire de misoprostol après quatre jours a constaté un taux d'avortements complets après sept jours pratiquement identique pour les deux groupes, à savoir 77 et 76% respectivement (Mizrachi et al., 2017).

Une dose de 600 µg de misoprostol par voie sublinguale administrée toutes les trois heures après une dose initiale avec un maximum de deux doses supplémentaires a permis d'obtenir un taux de réussite de l'avortement de 88 à 92% (Tang, Lau, Ng, Lee et Ho, 2003 ; Tang et al., 2006). Aucune étude n'a évalué une dose unique de misoprostol par voie sublinguale pour le traitement de la rétention fœtale.

Trois études randomisées et contrôlées ont constaté que les femmes présentant une rétention fœtale et qui avaient reçu un prétraitement par la mifépristone avant le misoprostol avaient davantage de chances de parvenir au terme de leur avortement que celles ayant reçu uniquement du misoprostol. Dans la publication de Schreiber et al. (2018), les femmes avaient reçu soit de la mifépristone suivie 24 heures plus tard d'une dose unique de 800 µg de misoprostol par voie vaginale, soit du misoprostol sans prétraitement. Le taux de réussite de l'avortement, déterminé le lendemain de l'administration de misoprostol, a été de 84% parmi le groupe mifépristone et de 67% parmi le groupe misoprostol seul. Lors d'une autre étude réalisée la même année (Sinha, Suneja, Guleria, Aggarwal et Vaid, 2018), les femmes avaient reçu soit de la mifépristone, soit un placebo, suivis 48 heures plus tard de schémas d'administration multidoses de misoprostol identiques. Les taux de réussite de l'avortement étaient respectivement de 87% et de 58% ; davantage de femmes du groupe mifépristone que du groupe placebo ont expulsé la grossesse après une seule dose de misoprostol (66% contre 11%) et le délai entre induction et avortement a été significativement plus court avec la mifépristone (4,7 heures contre 8 heures). Une troisième étude ayant utilisé de la mifépristone ou un placebo suivi de 800 µg de misoprostol 48 heures plus tard a démontré une réussite de l'expulsion sept jours après la mifépristone chez respectivement 83% et 76% des 696 femmes incluses dans l'étude (Chu et al., 2020). Une méta-analyse reprenant ces trois études plus une étude supplémentaire, avec un effectif total de 1.143 femmes, a observé un bénéfice associé à l'ajout de mifépristone pour traiter la rétention fœtale (RR : 1,15, IC95% : 1,01-1,30) (Chu et al., 2020). Lors d'une étude de cohorte prospective, le risque d'échec après administration de mifépristone et de misoprostol lors de rétention fœtale était plus important parmi les femmes dont la taille utérine était inférieure à neuf semaines de grossesse (Ehrnsten, Altman, Ljungblad et Kopp, 2019). En dépit du coût relativement élevé de la mifépristone, deux études menées aux États-Unis ont montré que l'utilisation d'un schéma combiné utilisant la mifépristone et le misoprostol pour le traitement de la rétention fœtale a un rapport coût/efficacité favorable, tout particulièrement dans des centres où l'évacuation

chirurgicale de l'utérus s'effectue en salle d'opérations (Berkley, Greene et Wittenberger, 2020 ; Nagendra et al., 2020).

## Bibliographie

Barcelo, F., De Paco, C., Lopez-Espin, J. J., Silva, Y., Abad, L. et Parrilla, J. J. (2012). The management of missed miscarriage in an outpatient setting: 800 versus 600 µg of vaginal misoprostol. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 52(1), 39-43.

Berkley, H.H., Greene, H.L. et Wittenberger, M.D. (2020). Mifepristone combination therapy compared with misoprostol monotherapy for the management of miscarriage: A cost-effectiveness analysis. *Obstetrics & Gynecology*, 136(4), 774-781.

Chu, J.J., Devall, A.J., Beeson, L.E., Hardy, P., Cheed, V., Sun, Y., ... et Commarasamy, A. (2020). Mifepristone and misoprostol versus misoprostol alone for the management of missed miscarriage (MifeMiso): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*, 396, 770-778.

Ehrnsten, L., Altman, D., Ljungblad, A. et Kopp Kallner, H. (2019). Efficacy of mifepristone and misoprostol for medical treatment of missed miscarriage in clinical practice: A cohort study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 00, 1-6.

Fernlund, A., Jokubkiene, L., Sladkevicius, P. et Valentin, L. (2018). Misoprostol treatment vs expectant management in early non-viable pregnancy in women with vaginal bleeding: A pragmatic randomized controlled trial. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 51(1), 24-32.

Gilles, J. M., Creinin, M. D., Barnhart, K., Westhoff, C., Frederick, M. M. et Zhang, J. (2004). A randomized trial of saline solution-moistened misoprostol versus dry misoprostol for first-trimester pregnancy failure. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 190(2), 389-394.

Graziosi, G. C., Mol, B. W., Ankum, W. M. et Bruinse, H. W. (2004). Management of early pregnancy loss. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 86(3), 337-346.

Ibiyemi, K.F., Ijaiya, M.A. et Adesina, K.T. (2019). Randomised trial of oral misoprostol versus manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion at a Nigerian tertiary hospital. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 19(1), e38-e43.

Kim, C., Barnard, S., Neilson, J. P., Hickey, M., Vazquez, J. C. et Dou L. (2017). Medical treatment for incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1:CD007223. DOI: 10.1002/14651858.CD007223.pub4.

Lyra, J., Cavaco-Gomes, J., Moucho, M. et Montenegro, N. (2017). Medical termination of delayed miscarriage: Four year experience with an outpatient protocol. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 39(10), 529-533.

Mizrachi, Y., Tamayev, L., Shemer, O., Kleiner, I., Bar, J. et Sagiv, R. (2019). Early versus delayed follow-up after misoprostol treatment for early pregnancy loss. *Reproductive Biomedicine Online*, 39(1), 155-160.

Mizrachi, Y., Dekalo, A., Gluck, O., Mirenberg, H., Dafna, L., Feldstein, O., ..., Sagiv, R. (2017). Single versus repeat doses of misoprostol for treatment of early pregnancy loss-a randomized clinical trial. *Human Reproduction*, 32(6), 1202-1207.

Muffley, P. E., Stitely, M. L. et Gherman, R. B. (2002). Early intrauterine pregnancy failure: A randomized trial of medical versus surgical treatment. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 187(2), 321-325.

Nagendra, D., Koelper, N., Loza-Avalos, S.E., Sonalkar, S., Chen, M., Atrio, J., ... et Harvie, H.S. (2020). Cost-effectiveness of mifepristone pretreatment for the medical management of nonviable early pregnancy: Secondary analysis of a randomized trial. *JAMA Network Open*, 3(3), e201594.

Ngoc, N. T., Blum, J., Westheimer, E., Quan, T. T. et Winikoff, B. (2004). Medical treatment of missed abortion using misoprostol. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 87(2), 138-142.

Schreiber, C. A., Creinin, M. D., Atrio, J., Sonalkar, S., Ratcliffe, S. J. et Barnhart, K. T. (2018). Mifepristone pretreatment for the medical management of early pregnancy loss. *New England Journal of Medicine*, 378(23), 2161-2170.

Sinha, P., Suneja, A., Guleria, K., Aggarwal, R. et Vaid, N. B. (2018). Comparison of mifepristone followed by misoprostol with misoprostol alone for treatment of early pregnancy failure: A randomized double-blind placebo-controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India*, 68(1), 39-44.

Tang, O. S., Lau, W. N., Ng, E. H., Lee, S. W. et Ho, P. C. (2003). A prospective randomized study to compare the use of repeated doses of vaginal with sublingual misoprostol in the management of first trimester silent miscarriages. *Human Reproduction*, 18(1), 176-181.

Tang, O. S., Ong, C. Y., Tse, K. Y., Ng, E. H., Lee, S. W. et Ho, P. C. (2006). A randomized trial to compare the use of sublingual misoprostol with or without an additional 1 week course for the management of first trimester silent miscarriage. *Human Reproduction*, 21(1), 189-192.

Van den Berg, J., Gordon, B. B. M., Snijders, M. P. M. L., Vandenbussche, F. P. H. A. et Coppus, S. F. P. J. (2015). The added value of mifepristone to non-surgical treatment regimens for uterine evacuation in case of early pregnancy failure: A systematic review of the literature. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 195, 18-26.

Wu, H. L., Marwah, S., Wang, P., Wang, Q. M. et Chen, X. W. (2017). Misoprostol for medical treatment of missed abortion: A systematic review and network meta-analysis. *Science Reports*, 7(1), 1664.

Zhang, J., Gilles, J. M., Barnhart, K., Creinin, M. D., Westhoff, C. et Frederick, M. M. (2005). A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. *The New England Journal of Medicine*, 353(8), 761-769.

**Toutes les Actualités cliniques, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

# TRAITEMENT EN CAS D'AVORTEMENT INCOMPLET ET DE MORT FŒTALE IN UTERO : SCHÉMA DE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX RECOMMANDÉ POUR UNE TAILLE UTÉRINE SUPÉRIEURE OU ÉGALE À TREIZE SEMAINES

---

### Recommandation

- On peut proposer un traitement par des méthodes médicamenteuses ou une procédure de dilatation et évacuation en cas d'avortement incomplet ou de mort fœtale intra-utérine.
- **Avortement incomplet** : Misoprostol 400 µg par voie buccale, sublinguale ou, en l'absence de saignements vaginaux, par voie vaginale toutes les trois heures jusqu'à expulsion.
- **Mort fœtale in utero (jusqu'à 24 semaines)** : Misoprostol 400 µg par voie sublinguale ou, en l'absence de saignements vaginaux, par voie vaginale toutes les 4 à 6 heures jusqu'à expulsion. Si disponible, ajouter un prétraitement par 200 mg de mifépristone par voie orale 1 à 2 jours avant le misoprostol.

### Poids de la recommandation

important

### Qualité des éléments factuels

faible

Dernière révision : 15 février 2021

---

### Fondements

La majorité des recherches et programmes sur les soins après avortement se sont concentrés sur les femmes présentant une taille utérine inférieure à treize semaines (Ipas, 2013). Néanmoins, là où les avortements non sécurisés sont courants, jusqu'à 40% des femmes demandeuses de soins après avortement viennent se présenter au-delà de douze semaines de grossesse (Ministère de la santé du Kenya, Ipas et Guttmacher Institute, 2013). Les femmes peuvent venir demander des soins pour un avortement incomplet, une rétention placentaire, une mort fœtale ou une rupture des membranes. Toutes ces situations nécessitent une évacuation utérine.

### Schémas de traitement médicamenteux

Les données factuelles sont limitées pour proposer un schéma de traitement médicamenteux optimal pour des soins après avortement à partir de treize semaines de grossesse mais une revue systématique de la littérature suggère qu'une dose d'au moins 200 µg de misoprostol par voie vaginale, sublinguale ou buccale administrée toutes les six heures constitue un schéma de traitement efficace (Bracken et al., 2014 ; Mark, Borgatta et Edelman, 2015). Deux études ayant randomisée des patientes pour recevoir un traitement par 200 µg ou

400 µg de misoprostol par voie vaginale ont permis de constater que la plus forte dose de misoprostol aboutissait à des taux d'expulsion plus importants après 24 et 48 heures (Dickinson et Evans, 2002 ; Eslamian, Gosili, Jamal et Alyassin, 2007 ; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2018). Un prétraitement par la mifépristone un à deux jours avant le misoprostol augmente le taux de réussite de l'avortement dans les 24 heures et diminue le délai avant expulsion du fœtus (Chaudhuri et Datta, 2015 ; Panda et Singh, 2013). Une revue systématique portant sur le traitement médicamenteux lors de mort fœtale in utero a permis de constater qu'une dose de 400 µg administrée toutes les quatre heures était plus efficace et était associée à un moindre taux d'événements indésirables que d'autres doses ; il n'y a cependant pas eu de comparaison directe confirmant que quatre heures est bien l'intervalle idéal (Cleeve, Fonhus et Lavelanet, 2019).

## Dilatation et évacuation

Aucune étude n'a comparé une prise en charge médicale à une aspiration intra-utérine ou à une procédure de dilatation et évacuation pour des soins après avortement à partir de treize semaines de grossesse. Une procédure de dilatation et évacuation peut être proposée aux patientes dans le cadre des soins après avortement là où il y a des prestataires compétents et des installations adaptées (OMS, 2014).

## Bibliographie

Bracken, H., Ngoc, N. T., Banks, E., Blumenthal, P. D., Dermique, R. J., Patel, A., ..., Winikoff, B. (2014). Buccal misoprostol for treatment of fetal death at 14-28 weeks of pregnancy: A double-blind randomized controlled trial. *Contraception*, 89(3), 187-192. DOI:10.1016/j.contraception.2013.11.014

Chaudhuri, P. et Datta, S. (2015). Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for induction of labor in intrauterine fetal death: A randomized trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 41(12), 1884-1890.

Cleeve, A., Fonhus, M.S. et Lavelanet, A. (2019). A systematic review of the effectiveness, safety, and acceptability of medical management of intrauterine fetal death at 14-28 weeks of gestation. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 147(3), 301-312.

Dickinson, J. E. et Evans, S. F. (2002). The optimization of intravaginal misoprostol dosing schedules in second-trimester pregnancy termination. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186(3), 470-474.

Eslamian, L., Gosili, R., Jamal, A. et Alyassin, A. (2007). A prospective randomized controlled trial of two regimens of vaginal misoprostol in second trimester termination of pregnancy. *Acta Medica Iranica*, 45(6), 497-500.

Ipas. (2016). *Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (2e édition). K. L. Turner et A. Huber (eds). Chapel Hill, NC: Ipas.

Mark, A., Borgatta, L. et Edelman, A. (2015). Second trimester postabortion care for ruptured membranes, fetal demise, and incomplete abortion. *International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 129(2), 98-103.

Ministère de la santé du Kenya, Ipas et Guttmacher Institute. (2013). *Incidence and complications of unsafe abortion in Kenya: Key findings of a national study*. African Population and Health Research Center: Nairobi.

Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Medical management of abortion*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.

Panda, S., Jha, V. et Singh, S. (2013). Role of combination of mifepristone and misoprostol versus misoprostol alone in induction of labour in late intrauterine [sic] fetal death: A prospective study. *Journal of Family and Reproductive Health*, 7(4), 177-179.

**Toutes les Actualités cliniques, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

# CONTRACEPTION APRÈS UN AVORTEMENT : QUAND ET QUEL TYPE



### Recommandation

- Après une aspiration intra-utérine ou une procédure de dilatation et évacuation, toutes les méthodes contraceptives, hormonales et non hormonales, y compris la mise en place d'un dispositif intra-utérin et la stérilisation féminine, peuvent être instaurées immédiatement.
- L'utilisation de méthodes hormonales telles que pilule, timbre, anneau, injection ou implant contraceptif peut débuter le jour de la prise du premier comprimé pour l'avortement médicamenteux. La mise en place d'un dispositif intra-utérin ou une stérilisation féminine peuvent être effectuées dès que l'on est raisonnablement certain que la patiente n'est plus enceinte.
- La stérilisation masculine (vasectomie) est une méthode sûre et efficace et peut être effectuée à tout moment.
- Les méthodes contraceptives à durée d'action prolongée sont associées à un taux de poursuite de l'utilisation plus élevé et à une moindre fréquence de grossesse que les méthodes à courte durée d'action.
- La satisfaction vis-à-vis des services de contraception et leur prise chez les patientes ayant subi un avortement médicamenteux semble plus grande lorsque la méthode contraceptive est instaurée au moment de l'administration de la mifépristone.
- Les femmes, y compris les adolescentes, doivent pouvoir décider si elles souhaitent ou non utiliser une méthode contraceptive et opter pour la méthode de leur choix, en se basant sur des informations exactes sur la contraception et en fonction de leurs besoins et de leurs préférences personnelles.

### Poids de la recommandation

important

### Qualité des éléments factuels

- Dispositifs intra-utérins et contraceptifs oraux combinés : élevée
- Implants contraceptifs : modérée
- Autres méthodes : faible à modérée

**Dernière révision : 15 février 2021**

### Retour de la fertilité

Après une interruption volontaire de grossesse à moins de treize semaines de grossesse, les femmes ovulent généralement dans un délai de trois à quatre semaines mais une ovulation peut déjà survenir après huit jours (Boyd et Holmstrom, 1972 ; Lahteenmaki et Luukkainen, 1978 ; Schreiber, Sober, Ratcliffe et Creinin, 2010 ; Stoddard et Eisenberg, 2011). Au moins

85% des femmes ovulent avant leurs premières menstruations (Boyd et Holmstrom, 1972 ; Lahteenmaki et Luukkainen, 1978 ; Cameron et Baird, 1988). Il n'y a pas de différence en termes de délai avant l'ovulation après un avortement médicamenteux ou après une aspiration intra-utérine (Cameron et Baird, 1988).

Les données concernant le retour de la fertilité après un avortement effectué au-delà de treize semaines de grossesse sont limitées. Une étude incluant seulement neuf participantes a constaté que 66% d'entre elles avaient ovulé dans un délai de 21 jours (Marrs, Kletzky, Howard et Mishell, 1979). En raison de la rapidité du retour de la fertilité, toutes les femmes qui souhaitent commencer à utiliser une méthode contraceptive doivent recevoir la méthode de leur choix au moment de leur avortement. Si la méthode de son choix n'est pas disponible, on doit l'aiguiller vers un endroit où elle pourra se la procurer et, si elle le souhaite, lui proposer une autre méthode à utiliser temporairement (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2014b).

### **Sécurité et acceptabilité de la contraception après un avortement**

Chez les femmes adultes, le document *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* publié en 2015 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2015) classe toutes les méthodes contraceptives comme méthodes de première catégorie, c'est-à-dire sûres pour une utilisation immédiate, après un avortement sans complications au cours du premier trimestre ; ces recommandations ne diffèrent pas en fonction du type d'avortement. La stérilisation féminine est classée comme acceptable après un avortement sans complications.

De même, le document *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* (OMS, 2015) classe toutes les méthodes contraceptives comme méthodes de première catégorie, c'est-à-dire sûres pour une utilisation immédiate, après un avortement sans complications au cours du deuxième trimestre, à l'exception des dispositifs intra-utérins. En raison du risque accru d'expulsion lors de leur utilisation après un avortement à partir de treize semaines de grossesse, les dispositifs intra-utérins sont classés comme méthode de catégorie deux, ce qui signifie que les avantages de l'utilisation de cette méthode sont généralement supérieurs aux risques. La stérilisation féminine est classée comme acceptable après un avortement sans complications à partir de treize semaines de grossesse.

Deux de ces recommandations diffèrent pour les adolescentes : une injection d'acétate de médroxyprogestérone en dépôt est classée par l'OMS comme méthode de catégorie deux pour les jeunes filles de moins de 18 ans en raison d'un risque d'effet sur la densité minérale osseuse. Une stérilisation peut être effectuée chez une jeune femme mais peut nécessiter des précautions particulières en raison du risque important de regrets ultérieurs (OMS, 2015).

Par rapport aux méthodes contraceptives à courte durée d'action, les méthodes à durée d'action prolongée comme les implants ou les dispositifs intra-utérins sont associées à un taux de poursuite de l'utilisation plus élevé et à une moindre fréquence de nouvelle grossesse et de nouvel avortement (Blumenthal, Wilson, Remsburg, Cullins et Huggins, 1994 ; Cameron et al., 2012 ; Kilander et al., 2016 ; Korjamo, Mentula et Heikinheimo, 2017 ; Langston, Joslin-Rohr et Westhoff, 2014 ; Peipert, Madden, Allsworth et Secura, 2012 ; Pohjoranta, Mentula, Gissler, Suhonen et Heikinheimo, 2015 ; Roberts, Silva et Xu, 2010 ; Rose, Garrett et Stanley, 2015). L'adoption de méthodes à durée d'action prolongée est plus fréquente après un avortement chirurgical qu'après un avortement médicamenteux (Laursen, Stumbras, Lewnar et Haider, 2017 ; Rocca et al., 2018). Une revue systématique et une méta-analyse des études randomisées et contrôlées a démontré un taux significativement

plus élevé de satisfaction des patientes en cas d'instauration immédiate (le même jour que la mifépristone) d'implants contraceptifs et de contraceptifs injectables par rapport à une instauration plus tardive (Schmidt-Hansen et al., 2020).

## Démarrage de la méthode contraceptive

Après une aspiration intra-utérine, une procédure de dilatation et évacuation ou un avortement médicamenteux avec expulsion de la grossesse dans un centre de santé, toutes les méthodes contraceptives hormonales et non hormonales, y compris la mise en place d'un dispositif intra-utérin et la stérilisation féminine, peuvent être instaurées immédiatement (OMS, 2015 ; OMS, 2018). Les méthodes basées sur la détermination des périodes fertiles ne peuvent commencer à être utilisées qu'après que la patiente ait présenté au moins une fois des menstruations après l'avortement. La stérilisation masculine (vasectomie) peut être réalisée n'importe quand.

Dans le cas d'un avortement médicamenteux où l'expulsion de la grossesse est prévue à domicile, la plupart des méthodes contraceptives (notamment pilule, contraceptifs injectables et implants) peuvent être instaurées au moment de la prise du premier comprimé pour l'avortement médicamenteux dans la mesure où il n'existe pas de contre-indications médicales (OMS, 2015 ; OMS, 2018). La mise en place d'un dispositif intra-utérin ou une stérilisation peuvent être effectuées dès que l'on est raisonnablement certain que la femme n'est plus enceinte (OMS, 2014a ; OMS, 2018).

## Éléments factuels concernant les différentes méthodes contraceptives

*Dispositifs intra-utérins* : se reporter à la section 5.4 « Utilisation d'un dispositif intra-utérin après un avortement : sécurité et moment ».

*Implants sous-dermiques à base de progestatifs uniquement* : Deux études randomisées de non-infériorité portant sur des femmes ayant subi un avortement médicamenteux avant treize semaines de grossesse (Hognert et al., 2016 ; Raymond et al., 2016b) ont démontré que le taux de réussite de l'avortement était identique chez les femmes à qui l'on avait posé un implant contraceptif le jour de l'administration de la mifépristone et chez celles chez qui la pose avait eu lieu plus tardivement. Dans ces deux études, les taux d'utilisation étaient plus élevés parmi les femmes ayant reçu leur implant le jour de l'administration de mifépristone. Une étude (Hognert et al., 2016) a fait état d'une fréquence de grossesse significativement plus élevée lors du suivi six mois après l'avortement parmi le groupe où la pose avait eu lieu plus tardivement (3,8% contre 0,8%). Une autre étude a randomisé des femmes subissant une procédure de dilatation et évacuation pour la mise en place retardée ou immédiate d'un implant contraceptif (Cowett et al., 2018). L'implant n'a finalement été mis en place que chez moins de la moitié des femmes du groupe de pose retardée, contre 100% pour le groupe de pose immédiate.

*Injection de progestatifs uniquement* : Une étude portant sur 132 femmes ayant utilisé l'acétate de médroxyprogestérone immédiatement après un avortement par aspiration n'a signalé aucun événement indésirable grave mais un faible taux de poursuite de l'utilisation de la méthode (22%) après un an et une fréquence élevée de nouvelle grossesse (Goldberg, Cardenas, Hubbard et Darney, 2002). Une étude randomisée et contrôlée de non-infériorité (Raymond et al., 2016b) qui comparait 220 femmes ayant reçu une injection intramusculaire d'acétate de médroxyprogestérone le jour de l'administration de mifépristone à 75 femmes n'ayant pas reçu une telle injection a mis en évidence des taux similaires d'une intervention chirurgicale pour quelque raison que ce soit après l'avortement médicamenteux (6,4% et 5,3% respectivement) et de grossesse six mois après l'intervention (2,3% et 3,2% respectivement). Le taux d'échec de l'avortement médicamenteux avec poursuite de la grossesse

était toutefois significativement plus important parmi le groupe ayant reçu l'injection d'acétate de médroxyprogestérone (3,6% vs 0,9%). Des études de cohorte rétrospectives à plus petite échelle n'ont pas mis en évidence de différence en termes de taux de réussite de l'avortement médicamenteux ou de poursuite de la grossesse parmi les femmes ayant débuté des injections de progestatifs uniquement le jour de l'administration de mifépristone (Douthwaite et al., 2016 ; Park, Robinson, Wessels, Turner et Geller, 2016). Les femmes se sont déclarées très satisfaites de l'administration de contraceptifs à base de progestatifs seuls le même jour (Raymond et al., 2016a).

*Contraceptifs oraux combinés* : Une revue récente de sept études ayant inclus 1.739 femmes n'a mis en évidence aucun événement indésirable grave suite à l'utilisation de contraceptifs oraux combinés immédiatement après un avortement médicamenteux ou par aspiration avant treize semaines de grossesse (Gaffield, Kapp et Ravi, 2009). En outre, les femmes qui avaient utilisé immédiatement des contraceptifs oraux combinés présentaient un schéma de saignements similaire à celui des femmes n'ayant pas utilisé de méthode contraceptive et moins de saignements que les utilisatrices d'un dispositif intra-utérin au cuivre. Deux études randomisées et contrôlées sur les contraceptifs oraux combinés débutés immédiatement après un avortement médicamenteux jusqu'à 49 ou 63 jours de grossesse comparés à un placebo ont montré que les comprimés étaient dépourvus d'effet significatif sur l'efficacité de l'avortement médicamenteux ou sur la quantité ou la durée des pertes de sang (Tang, Gao, Cheng, Lee et Ho, 1999 ; Tang, Xu, Cheng, Lee et Ho, 2002).

*Anneau vaginal combiné* : Une étude de cohorte portant sur 81 femmes ayant mis en place un anneau vaginal une semaine après un avortement médicamenteux ou par aspiration avant treize semaines de grossesse n'a constaté ni événements indésirables graves ni infections (Fine, Tryggstad, Meyer et Sangi-Haghpeykar, 2007).

*Timbre contraceptif combiné* : Une étude portant sur 298 femmes randomisées pour un début immédiatement après l'avortement ou un début reporté au dimanche qui suivait leur avortement n'a pas constaté de différence en termes de taux de poursuite de l'utilisation après deux et six mois. Parmi les 53% de femmes qu'il a été possible de contacter après six mois, la moitié avait cessé d'utiliser le timbre contraceptif (Steinauer et al., 2014).

## **Qualité des éléments factuels**

En raison de la sécurité démontrée de la contraception après une aspiration intra-utérine ou un avortement médicamenteux avant treize semaines de grossesse, le document de 2015 *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* classe l'utilisation immédiate d'injections d'hormones, d'implants contraceptifs, de contraceptifs oraux combinés (pilule, timbre contraceptif et anneau vaginal) et de pilules à base de progestagènes seuls comme des méthodes de première catégorie, c'est-à-dire pouvant être utilisées en toute sécurité (OMS, 2015).

À l'exception de la mise en place d'un dispositif intra-utérin après une procédure de dilatation et évacuation, l'utilisation immédiate de la plupart des méthodes contraceptives n'a pas été suffisamment étudiée après une procédure de dilatation et évacuation ou un avortement médicamenteux à partir de treize semaines de grossesse. Les recommandations du document de 2015 *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* ne diffèrent pas selon le type d'avortement, médicamenteux ou par dilatation et évacuation. Le besoin immédiat pour la patiente de bénéficier d'une méthode contraceptive fiable après un avortement et le risque que la mise à disposition tardive d'une telle méthode diminue son taux d'utilisation sont deux arguments en faveur de la recommandation de débiter immédiatement la méthode choisie.

## Prise de décision en connaissance de cause

L'OMS recommande que les services de santé sexuelle et reproductive, y compris les services de contraception, soient dispensés d'une manière qui garantisse une prise de décision en toute connaissance de cause, qui respecte la dignité, l'autonomie, l'intimité et la confidentialité et qui tienne compte des besoins et des points de vue des femmes (OMS, 2014b). Les femmes doivent pouvoir choisir ou refuser la contraception en fonction de leurs besoins et de leurs préférences personnelles. Des informations complètes sur la contraception basées sur des éléments factuels, des conseils non directifs en matière de contraception et un soutien doivent être accessibles à toutes les femmes, y compris aux adolescentes, de manière à leur permettre de prendre une décision en connaissance de cause. Dans une étude réalisée aux États-Unis, la majorité des femmes préféraient ne pas discuter de manière approfondie de contraception lors de la visite au cours de laquelle se déroulait l'avortement, dans la plupart des cas parce qu'elles savaient déjà quelle méthode contraceptive elles souhaitaient utiliser après leur avortement (Cansino et al., 2018). Idéalement, un choix de méthodes contraceptives doit être disponible, un renvoi approprié doit être proposé pour les méthodes non disponibles sur place et ces services doivent être intégrés aux soins d'avortement et de soins après avortement (Baynes et al., 2019 ; OMS, 2014b). Lorsqu'une méthode contraceptive est fournie au moment de l'avortement et qu'un large choix de contraceptifs est disponible, le taux d'adoption d'une méthode contraceptive après un avortement peut atteindre 73%, y compris chez les adolescentes et les jeunes femmes (Benson, Andersen, Healy et Brahmi, 2017 ; Benson et al., 2016).

## Bibliographie

- Baynes, C., Kahwa, J., Lusiola, G., Mwanga, F., Bantambya, J., Ngooso, L. et Hiza, M. (2019). What contraception do women use after experiencing complications from abortion? An analysis of cohort records of 18,688 post-abortion care clients in Tanzania. *BMC Women's Health*, 19(1), 22.
- Benson, J., Andersen, K., Healy, J. et Brahmi, D. (2017). What factors contribute to postabortion contraceptive uptake by young women? A program evaluation in 10 Countries in Asia and sub-Saharan Africa. *Global Health: Science and Practice*, 5(4), 644-657.
- Benson, J., Andersen, K., Brahmi, D., Healy, J., Mark, A., Ajode, A. et Griffin, R. (2018). What contraception do women use after abortion? An analysis of 319,385 cases from eight countries. *Global Public Health*, 13(1), 35-50.
- Blumenthal, P. D., Wilson, L. E., Remsburg, R. E., Cullins, V. E. et Huggins, G. R. (1994). Contraceptive outcomes among post-partum and post-abortal adolescents. *Contraception*, 50(5), 451-460.
- Boyd Jr, E. F. et Holmstrom, E. G. (1972). Ovulation following therapeutic abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 113(4), 469.
- Cameron, I. T. et Baird, D. T. (1988). The return to ovulation following early abortion: A comparison between vacuum aspiration and prostaglandin. *Acta Endocrinologica (Copenhagen)* 118, 161-167.
- Cameron, S., Glasier, A., Chen, Z., Johnstone, A., Dunlop, C. et Heller, R. (2012). Effect of contraception provided at termination of pregnancy and incidence of subsequent termination of pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(9), 1074-1080.
- Cansino, C., Lichtenberg, E. S., Perriera, L. K., Hou, M. Y., Melo, J. et Creinin, M. D. (2018). Do women want to talk about birth control at the time of a first-trimester abortion? *Contraception*, 98(6), 535-540.
- Cowett, A. A., Ali, R., Cooper, M. A., Evans, M., Conzuelo, G. et Cremer, M. (2018). Timing of etonogestrel implant insertion after dilation and evacuation: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 131(5), 856-862.
- Douthwaite, M., Candelas, J. A., Reichwein, B., Eckhardt, C., Ngo, T. D. et Dominguez, A. (2016). Efficacy of early induced medical abortion with mifepristone when beginning progestin-only contraception on the same day. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 133(3), 329-333.
- Fine, P. M., Tryggstad, J., Meyers, N. J. et Sangi-Haghpeykar, H. (2007). Safety and acceptability with the use of a contraceptive vaginal ring after surgical or medical abortion. *Contraception*, 75(5), 367-371.

- Gaffield, M. E., Kapp, N. et Ravi, A. (2009). Use of combined oral contraceptives post abortion. *Contraception*, 80(4), 355-362.
- Goldberg, A. B., Cardenas, L. H., Hubbard, A. E. et Darney, P. D. (2002). Post-abortion depot medroxyprogesterone acetate continuation rates: A randomized trial of cyclic estradiol. *Contraception*, 66(4), 215-220.
- Hognert, H., Kopp Kallner, H., Cameron, S., Nyreli, C., Jawad, I., Heller, R., ..., Gemzell-Danielsson, K. (2016). Immediate versus delayed insertion of an etonogestrel releasing implant at medical abortion-a randomized controlled equivalence trial. *Human Reproduction*, 31(11), 2484-2490.
- Kilander, H., Alehagen, S., Svedlund, L., Westlund, K., Thor, J. et Brynhildsen, J. (2016). Likelihood of repeat abortion in a Swedish cohort according to the choice of post-abortion contraception: A longitudinal study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 95(5), 565-571.
- Korjamo, R., Mentula, M. et Heikinheimo, O. (2017). Immediate versus delayed initiation of the levonorgestrel-releasing intrauterine system following medical termination of pregnancy - 1 year continuation rates: A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124(13), 1957-1964.
- Lahteenmaki, P. et Luukkainen, T. (1978). Return of ovarian function after abortion. *Clinical Endocrinology*, 8(2), 123-132.
- Langston, A.M., Joslin-Rohr, S.L. et Westhoff, C.L. (2014). Immediate postabortion access to IUDs, implants and DMPA reduces repeat pregnancy within 1 year in a New York City practice. *Contraception*, 89(2), 103-108.
- Laursen, L., Stumbras, K., Lewnard, I. et Haider, S. (2017). Contraceptive provision after medication and surgical abortion. *Women's Health Issues*, 27(5), 546-550.
- Marrs, R. P., Kletzky, O. A., Howard, W. F. et Mishell, D. R. (1979). Disappearance of human chorionic gonadotropin and resumption of ovulation following abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 135, 731-736.
- Organisation mondiale de la Santé. (2014a). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2014b). *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: Guidance and recommendations*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2015). *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives (5e éd.)*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Medical management of abortion*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.
- Park, J., Robinson, N., Wessels, U., Turner, J. et Geller, S. (2016). Progestin-based contraceptive on the same day as medical abortion. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 133(2), 217-220.
- Peipert, J. F., Madden, T., Allsworth, J. E. et Secura, G. M. (2012). Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstetrics & Gynecology*, 120(6), 1291-1297.
- Pohjoranta, E., Mentula, M., Gissler, M., Suhonen, S. et Heikinheimo, O. (2015). Provision of intrauterine contraception in association with first trimester induced abortion reduces the need of repeat abortion: First-year results of a randomized controlled trial. *Human Reproduction*, 30(11), 2539-2546.
- Raymond, E. G., Weaver, M. A., Louie, K. S., Tan, Y. L., Bousiequez, M., Arangure-Peraza, A. G., ..., Winikoff, B. (2016a). Effects of depot medroxyprogesterone acetate injection timing on medical abortion efficacy and repeat pregnancy: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 128(4), 739-745.
- Raymond, E. G., Weaver, M. A., Tan, Y. L., Louie, K. S., Bousiequez, M., Lugo-Hernandez, E. M., ..., Winikoff, B. (2016b). Effect of immediate compared with delayed insertion of etonogestrel implants on medical abortion efficacy and repeat pregnancy: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 127(2), 306-312.
- Roberts, H., Silva, M. et Xu, S. (2010). Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception*, 82(3), 260-265.
- Rocca, C. H., Goodman, S., Grossman, D., Cadwallader, K., Thompson, K. M. J., Talmont, E., ..., Harper, C. C. (2018). Contraception after medication abortion in the United States: Results from a cluster randomized trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 218(1), 107.e101-107.e108
- Rose, S. B., Garrett, S. M. et Stanley, J. (2015). Immediate postabortion initiation of levonorgestrel implants reduces the incidence of births and abortions at 2 years and beyond. *Contraception*, 92(1), 17-25.

Schmidt-Hansen, M., Hawkins, J.E., Lord, J., Williams, K., Lohr, P.A., Hasler, E. et Cameron, S. (2020). Long-acting reversible contraception immediately after medical abortion: systematic review with meta-analyses. *Human Reproduction Update*, 26(2), 141-160.

Schreiber, C. A., Sober, S., Ratcliffe, S. et Creinin, M. D. (2011). Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception*, 84(3), 230-233.

Steinauer, J. E., Sokoloff, A., Roberts, E., Drey, E. A., Dehlendorf, C. E. et Prager, S. W. (2014). Immediate versus delayed initiation of the contraceptive patch after abortion: A randomized trial. *Contraception*, 89(1), 42-47.

Stoddard, A. et Eisenberg, D. L. (2011). Controversies in family planning: Timing of ovulation after abortion and the conundrum of postabortion intrauterine device insertion. *Contraception*, 84, 119-121.

Tang, O. S., Gao, P. P., Cheng, L., Lee, S. W. et Ho, P. C. (1999). A randomized double-blind placebo-controlled study to assess the effect of oral contraceptive pills on the outcome of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction*, 14(3), 722-725.

Tang, O. S., Xu, J., Cheng, L., Lee, S. W. et Ho, P. C. (2002). The effect of contraceptive pills on the measured blood loss in medical termination of pregnancy by mifepristone and misoprostol: A randomized placebo controlled trial. *Human Reproduction*, 17(1), 99-102.

**Toutes les *Actualités cliniques*, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

## 5.4

### UTILISATION D'UN DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN APRÈS UN AVORTEMENT : SÉCURITÉ ET MOMENT

---

#### Recommandation

- Si une femme choisit d'utiliser un dispositif intra-utérin, celui-ci doit être mis en place immédiatement après la réussite d'un avortement par aspiration intra-utérine ou par dilatation et évacuation sans complications.
- Si une femme choisit d'utiliser un dispositif intra-utérin après un avortement médicamenteux, celui-ci doit être mis en place dès qu'il est raisonnablement certain qu'elle n'est plus enceinte.

#### Poids de la recommandation

important

#### Qualité des éléments factuels

élevée

Dernière révision : 15 février 2021

---

#### Mise en place d'un dispositif intra-utérin après un avortement avant treize semaines de grossesse

Le document *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* publié en 2015 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) classe les dispositifs intra-utérins comme méthode de première catégorie ou sûre pour une utilisation immédiate après un avortement au cours du premier trimestre ; ces recommandations ne diffèrent pas en fonction du type d'avortement.

Par rapport aux méthodes contraceptives à courte durée d'action, les méthodes réversibles à durée d'action prolongée comme les implants ou les dispositifs intra-utérins sont associées à un taux de poursuite de l'utilisation plus élevé et à une moindre fréquence de nouvelle grossesse et de nouvel avortement (Blumenthal, Wilson, Remsburg, Cullins et Huggins, 1994 ; Cameron et al., 2012 ; Korjamo, Mentula et Heikinheimo, 2017 ; Langston, Joslin-Rohr et Westhoff, 2014 ; Peipert, Madden, Allsworth et Secura, 2012 ; Pohjoranta, Mentula, Gissler, Suhonen et Heikinheimo, 2015 ; Roberts, Silva et Xu, 2010). Une revue de 2014 par la collaboration Cochrane reprenant douze études portant sur un total de 7.119 femmes a mené à la conclusion que la mise en place d'un dispositif intra-utérin après une aspiration intra-utérine ou une procédure de dilatation et évacuation est sûre et pratique (Okusanya, Oduwole et Effa, 2014). Cette revue n'a pas mis en évidence de différence entre mise en place immédiate et retardée en ce qui concerne la fréquence d'événements indésirables graves tels qu'infection ou perforation. Une étude de 2011 a randomisé 575 femmes pour la mise en place immédiate ou retardée d'un dispositif intra-utérin après une aspiration utérine avant douze semaines de grossesse (Bednarek et al., 2011). Même si le taux d'expulsion du dispositif intra-utérin était quelque peu plus élevée lors de sa mise en place immédiatement

après l'avortement (5% vs 2,7%), les femmes assignées au groupe de mise en place retardée avaient significativement moins de chances de recevoir un dispositif intra-utérin (75% vs 100% pour le groupe de mise en place immédiate) et risquaient davantage une grossesse ultérieure (cinq femmes vs aucune). Une étude de cohorte ayant comparé la mise en place d'un dispositif intra-utérin immédiatement après la procédure effectuée par un prestataire de niveau intermédiaire ou par un médecin n'a pas constaté de différence entre les deux groupes en termes d'effets indésirables (Patil et al., 2016).

Après un avortement médicamenteux avant treize semaines de grossesse, un dispositif intra-utérin peut être mis en place dès que l'on est raisonnablement certain que la femme n'est plus enceinte (OMS, 2014 ; OMS, 2018). La mise en place d'un dispositif intra-utérin dans un délai de 5 à 10 jours après un avortement médicamenteux réussi est associée à un faible taux d'expulsion, à un taux élevé de poursuite de la méthode (Betstadt, Turok, Kapp, Feng et Borgatta, 2011 ; Sääv, Stephansson et Gemzell-Danielsson, 2012) et à un moindre taux de grossesse que sa mise en place plus tardivement (Pohjoranta, Suhonen, Mentula et Heikinheimo, 2017 ; Saav et al., 2012 ; Shimoni, Davis, Ramos, Rosario et Westhoff, 2011). Une revue systématique de trois études randomisées n'a pas constaté de différence entre une mise en place précoce ou retardée après un avortement à moins de neuf semaines de grossesse et des taux plus importants d'expulsion, de poursuite et d'adoption de cette méthode après mise en place immédiate plutôt que plus tardive entre neuf et douze semaines de grossesse (Schmidt-Hansen et al., 2020). Le taux d'adoption d'un dispositif intra-utérin est plus élevé après un avortement chirurgical qu'après un avortement médicamenteux, malgré des choix et des souhaits en matière de contraception similaires (Fang, Sheeder et Teal, 2018 ; Rocca et al., 2018).

### **Mise en place d'un dispositif intra-utérin après un avortement à partir de treize semaines de grossesse**

Le document *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* publié en 2015 par l'OMS classe l'utilisation d'un dispositif intra-utérin après un avortement sans complications au cours du second trimestre comme méthode de catégorie deux, ce qui signifie que les avantages de l'utilisation de cette méthode sont supérieurs aux risques, cela en raison du risque accru d'expulsion du dispositif intra-utérin. La revue par la collaboration Cochrane concernant la mise en place d'un dispositif intra-utérin immédiatement après une procédure d'avortement citée plus haut est parvenue à la conclusion que, en dépit du fait que le taux d'expulsion soit potentiellement plus élevée lors de mise en place immédiate, le taux de poursuite de l'utilisation est plus élevé sans augmentation des complications (Okusanya et al., 2014). Dans deux études randomisées et contrôlées de mise en place immédiate ou retardée d'un dispositif intra-utérin après une procédure de dilatation et évacuation, le taux d'utilisation d'un dispositif intra-utérin est significativement plus élevé lors d'insertion immédiate, cela sans augmentation du taux d'infection ou de complications (Cremer et al., 2011 ; Hohmann et al., 2012). Le taux d'expulsion chez les femmes chez qui l'on avait procédé à une insertion immédiate dans ces études était faible (3,1% et 6,8%) et ne différait pas de celui observé après insertion retardée. Un point à retenir est que, dans ces deux études, la moitié environ des femmes randomisées pour une insertion retardée ne sont pas revenues pour procéder à la mise en place du dispositif intra-utérin. Le fait d'exiger une visite de suivi pour la mise en place d'un dispositif intra-utérin constitue un obstacle important à l'utilisation de cette méthode (Stanek, Bednarek, Nichols, Jensen et Edelman, 2009).

La seule étude disponible portant sur la mise en place d'un dispositif intra-utérin immédiatement après un avortement médicamenteux à partir de treize semaines de grossesse a montré que cette pratique est réalisable et sûre, même si cette étude n'avait pas une puissance suffisante pour évaluer le taux d'expulsion (Korjamo, Mentula et Heikinheimo,

2017a ; Korjamo et al., 2017b). Les recommandations du document *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* (OMS, 2015) concernant l'utilisation d'un dispositif intra-utérin après un avortement au cours du deuxième trimestre ne diffèrent pas en fonction du type d'avortement pratiqué, médicamenteux ou chirurgical. Bien que cela ne soit pas directement transposable, les éléments factuels après insertion post-partum d'un dispositif intra-utérin sont rassurants (Lopez, Bernholc, Hubacher, Stuart et Van Vliet, 2015). Un dispositif intra-utérin peut être mis en place après expulsion du fœtus et du placenta.

## Adolescentes et jeunes femmes

Le dispositif intra-utérin chez les jeunes femmes de moins de vingt ans est classé par l'OMS comme méthode de catégorie deux, c'est-à-dire que ses avantages sont généralement plus importants que les risques (OMS, 2015). Une étude de cohorte prospective à grande échelle réalisée aux États-Unis a examiné les taux de grossesse, de naissance et d'avortement chez des femmes à qui l'on avait dispensé gratuitement toutes les méthodes contraceptives ; cette étude, qui incluait 1056 jeunes femmes de moins de vingt ans a permis de constater que 62% des jeunes femmes avaient choisi une méthode contraceptive réversible à durée d'action prolongée, à savoir dispositif intra-utérin (22%) ou implant (40%), contre 71% des femmes plus âgées (Mestad et al., 2011). Les taux de poursuite de l'utilisation après 12 et 24 mois étaient identiques chez les femmes plus âgées et chez les jeunes femmes (Birgisson, Zhao, Secura, Madden et Peipert, 2015). Les taux de grossesse, de naissance et d'interruption volontaire de grossesse parmi les jeunes femmes ayant participé à l'étude étaient diminués de 75% par rapport à la moyenne nationale (Secura et al., 2014).

Une revue systématique et une méta-analyse à grande échelle de 2017 portant sur les facteurs de risque de nouvelles grossesses chez les adolescentes et ayant repris 26 études incluant plus de 160.000 adolescentes a constaté que l'utilisation de contraceptifs réversibles à durée d'action prolongée exerçait un effet protecteur significatif, de même qu'un meilleur niveau d'éducation et la poursuite de la scolarité (Maravilla, Betts, Couto et Cruz et Alati, 2017).

Une revue systématique de 2017 qui s'est intéressée aux risques de conséquences néfastes chez les très jeunes femmes utilisant un dispositif intra-utérin n'a pas observé de différence en termes de taux de perforation, d'échec contraceptif, d'infection pelvienne ou de saignements abondants chez les jeunes femmes de moins de 25 ans par rapport aux femmes plus âgées ; les taux d'expulsion du dispositif intra-utérin étaient légèrement plus élevés chez les très jeunes femmes (Jatlaoui, Riley et Curtis, 2017). Un dispositif intra-utérin n'augmente pas le risque d'infertilité chez les très jeunes femmes (Grimes, 2000) et la fertilité revient rapidement à son niveau initial après le retrait du dispositif (Hov, Skjeldestad et Hilstad, 2007).

## Bibliographie

- Bednarek, P. H., Creinin, M. D., Reeves, M. F., Cwiak, C., Espey, E. et Jensen, J. T. (2011). Immediate versus delayed IUD insertion after uterine aspiration. *New England Journal of Medicine*, 364(23), 2208-2217.
- Betstadt, S. J., Turok, D. K., Kapp, N., Feng, K. T. et Borgatta, L. (2011). Intrauterine device insertion after medical abortion. *Contraception*, 83(6), 517-521.
- Birgisson, N. E., Zhao, Q., Secura, G. M., Madden, T. et Peipert, J. (2015). Preventing unintended pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project in review. *Journal of Women's Health Larchmont*, 24(5), 349-353.
- Blumenthal, P. D., Wilson, L. E., Remsburg, R. E., Cullins, V. E. et Huggins, G. R. (1994). Contraceptive outcomes among post-partum and post-abort adolescents. *Contraception*, 50(5), 451-460.
- Cameron, S., Glasier, A., Chen, Z., Johnstone, A., Dunlop, C. et Heller, R. (2012). Effect of contraception provided at termination of pregnancy and incidence of subsequent termination of pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(9), 1074-1080

Cremer, M., Bullard, K. A., Mosley, R. M., Weiselberg, C., Molaei, M., Lerner, V. et Alonzo, T. A. (2011). Immediate vs. delayed post-abortion copper T 380A IUD insertion in cases over 12 weeks of gestation. *Contraception*, 83(6), 522-527.

Fang, N., Sheeder, J. et Teal, S. (2018). Factors associated with initiating long-acting reversible contraception immediately after first-trimester abortion. *Contraception*, 98, 292-295.

Grimes, D. (2000). Intrauterine device and upper genital tract infection. *The Lancet*, 356, 1013-1019.

Hohmann, H. L., Reeves, M. F., Chen, B. A., Perriera, L. K., Hayes, J. L. et Creinin, M. D. (2012). Immediate versus delayed insertion of the levonorgestrel-releasing intrauterine device following dilation and evacuation: A randomized controlled trial. *Contraception*, 85(3), 240-245.

Hov, G. G., Skjeldestad, F. E. et Hilstad, T. (2007). Use of IUD and subsequent fertility-follow-up after participation in a randomized Clinical trial. *Contraception*, 75, 88-92.

Jatlaoui, T. C., Riley, H. E. M. et Curtis, K. (2017). The safety of intrauterine devices among young women: A systematic review. *Contraception*, 95, 17-39.

Korjamo, R., Mentula, M. et Heikinheimo, O. (2017a). Expulsions and adverse events following immediate and later insertion of a levonorgestrel-releasing intrauterine system after medical termination of later first- and second-trimester pregnancy: A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, <https://doi.org/10.1111/147-0528.14813>.

Korjamo, R., Mentula, M. et Heikinheimo, O. (2017b). Immediate versus delayed initiation of the levonorgestrel-releasing intrauterine system following medical termination of pregnancy - 1 year continuation rates: A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14802>.

Langston, A.M., Joslin-Roher, S.L. et Westhoff, C.L. (2014). Immediate postabortion access to IUDs, implants and DMPA reduces repeat pregnancy within 1 year in a New York City practice. *Contraception*, 89(2), 103-108.

Lopez, L. M., Bernholc, A., Hubacher, D., Stuart, G. et Van Vliet, H. A. (2015). Immediate postpartum insertion of intrauterine device for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 26(6): CD003036. DOI: 10.1002/14651858.CD003036.pub3.

Maravilla, J. C., Betts, K. S., Cuoto e Cruz, C. et Alati, R. (2017). Factors influencing repeated teenage pregnancy: A review and meta-analysis. *Australian Journal of Obstetrics & Gynecology*, 527-545.

Mestad, R., Secura, G., Allsworth, J. E., Madden, T., Zhou, Q. et Peipert, J. (2011). Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the Contraceptive CHOICE Project. *Contraception*, 84(5), 493-498.

Okusanya, B. O., Oduwale, O. et Effa, E. E. (2014). Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, DOI: 10.1002/14651858.CD001777.pub4.

Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2015). *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* (5e éd.). Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Medical management of abortion*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.

Patil, E., Darney, B., Orme-Evans, K., Beckley, E. H., Bergander, L., Nichols, M. et Bednarek, P. H. (2016). Aspiration abortion with immediate intrauterine device insertion: Comparing outcomes of advanced practice clinicians and physicians. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 61(3), 325-330. DOI:10.1111/jmwh.12412

Peipert, J. F., Madden, T., Allsworth, J. E. et Secura, G. M. (2012). Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstetrics & Gynecology*, 120(6), 1291-1297.

Pohjoranta, E., Mentula, M., Gissler, M., Suhonen, S. et Heikinheimo, O. (2015). Provision of intrauterine contraception in association with first trimester induced abortion reduces the need of repeat abortion: First-year results of a randomized controlled trial. *Human Reproduction*, 30(11), 2539-46.

Pohjoranta, E., Suhonen, S., Mentula, M. et Heikinheimo O. (2017). Intrauterine contraception after medical abortion: Factors affecting success of early insertion. *Contraception*, 95(3), 257-262.

Roberts, H., Silva, M. et Xu, S. (2010). Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception*, 82(3), 260-265.

Rocca, C. H., Goodman, S., Grossman, D., Cadwallader, K., Thompson, K. M. J., Talmont, E., ..., Harper, C. C. (2018). Contraception after medication abortion in the United States: results from a cluster randomized trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 218(1), 107.e101-107.e108

Sääv, I., Stephansson, O. et Gemzell-Danielsson, K. (2012). Early versus delayed insertion of intrauterine contraception after medical abortion—A randomized controlled trial. *PLoS One*, 7(11), e48948.

Schmidt- Hansen, M., Hawkins, J.E., Lord, J., Williams, K., Lohr, P.A., Hasler, E. et Cameron, S. (2020). Long-acting reversible contraception immediately after medical abortion: systematic review with meta-analyses. *Human Reproduction Update*, 26(2), 141-160.

Secura, G. M., Madden, T., McNicholas, C., Mullersman, J., Buckel, C. M., Zhao, Q. et Peipert, J. (2014). Provision of no-cost, long-acting contraception and teenage pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 371(14), 1316-1323.

Shimoni, N., Davis, A., Ramos, M. E., Rosario, L. et Westhoff, C. (2011). Timing of copper intrauterine device insertion after medical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 118(3), 623-628.

Stanek, A. M., Bednarek, P. H., Nichols, M. D., Jensen, J. T. et Edelman, A. B. (2009). Barriers associated with the failure to return for intrauterine device insertion following first-trimester abortion. *Contraception*, 79(3), 216-220.

**Toutes les *Actualités cliniques*, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

## HÉMORRAGIE CONSÉCUTIVE À UN AVORTEMENT : PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE



### Recommandation

- Le clinicien doit envisager des mesures visant à prévenir une augmentation des saignements ou être préparé à y faire face chez les patientes à haut risque d'hémorragie qui subissent un avortement.
- Une hémorragie consécutive à une atonie utérine peut être traitée par un massage utérin, des médicaments utérotoniques, une nouvelle aspiration, par tamponnement ou par une intervention chirurgicale.
- Les patientes qui présentent une hémorragie doivent faire l'objet d'une surveillance attentive pour les signes de choc.

### Poids de la recommandation

important

### Qualité des éléments factuels

faible

Dernière révision : 15 février 2021

### Epidémiologie

La *Society for Family Planning* définit une hémorragie après un avortement comme des saignements excessifs nécessitant des mesures cliniques telles qu'une transfusion ou une hospitalisation et/ou une perte de sang supérieure à 500 ml (Kerns et Steinauer, 2013). Une hémorragie après une interruption volontaire de grossesse est rare : cette complication survient dans 0 à 3 cas pour mille après une aspiration intra-utérine jusqu'à neuf semaines de grossesse ou après une aspiration intra-utérine avant treize semaines et dans 0 à 9 cas pour mille après une évacuation utérine à partir de treize semaines de grossesse (Kerns et Steinauer, 2013 ; Kerns et al., 2019 ; Upadhyay et al., 2014). Les causes de saignements sont notamment placenta previa ou accreta, atonie utérine, rétention des produits de conception, lacérations cervicales ou vaginales, lésion utérine et coagulopathie (Kerns et Steinauer, 2013 ; Perriera, Arslan et Masch, 2017).

### Prévention

Toute femme demandeuse de services d'avortement doit être interrogée sur ses antécédents médicaux pouvant être associés à un risque accru de saignements. Cet interrogatoire portera notamment sur les points suivants : complications obstétricales, en particulier hémorragies, antécédents d'au moins deux accouchements par césarienne, existence d'un trouble de la coagulation, âge gestationnel supérieur à vingt semaines, mort fœtale, obésité, âge maternel avancé et placenta previa ou placenta accreta (Kerns et Steinauer, 2018 ; Kerns et al., 2019 ; Whitehouse et al., 2017). Le prestataire doit envisager des mesures

visant à prévenir des saignements importants ou à être préparé à y faire face, par exemple procéder à la détermination de l'hémoglobine ou de l'hématocrite avant la procédure d'avortement, veiller à la disponibilité immédiate d'utérotoniques, se préparer en vue d'une éventuelle transfusion ou organiser un renvoi vers un centre de soins de niveau supérieur, même s'il n'existe que peu de données factuelles permettant de proposer une guidance en matière de bonnes pratiques (Kerns et Steinauer, 2018). Lors d'une étude randomisée, l'ajout de quatre unités de vasopressine à un bloc paracervical avant la procédure réduisait significativement la perte de sang lors des procédures de dilatation et évacuation et diminuait l'incidence d'hémorragie après avortement par rapport à un placebo (Schulz, Grimes et Christensen, 1985). Cet effet était plus marqué pour un âge gestationnel plus avancé. Il n'a pas été démontré que l'administration prophylactique d'ocytocine ou de syntocinon (5 ou 10 unités) réduise de façon cliniquement significative les saignements après une procédure d'aspiration intra-utérine au cours du premier trimestre (Nygaard, Valbo, Heide et Kresovic, 2010 ; Ali et Smith, 1996). L'administration de 30 unités d'ocytocine avant une procédure de dilatation et évacuation entre dix-huit et vingt-quatre semaines de grossesse diminue la perte de sang et l'incidence d'hémorragie par rapport à un placebo (Whitehouse et al., 2019).

## Diagnostic

Lorsqu'il suspecte une hémorragie après un avortement, le clinicien doit recourir à une approche rapide et systématique pour évaluer et traiter la patiente. L'évaluation initiale comprendra une inspection du col de l'utérus pour la présence de lacérations, un examen bimanuel pour évaluer une éventuelle atonie utérine et une nouvelle aspiration ou une échographie pour évaluer la rétention de produits de conception ou de sang.

## Traitement

Les lacérations du col utérin peuvent être traitées par compression directe avec de la gaze ou une pince circulaire, par application topique d'agents coagulants (tels que nitrate d'argent ou solution de sulfate de fer) ou par la pose de sutures résorbables.

Une atonie utérine nécessite une réaction rapide et séquentielle débutant par un massage utérin, puis des utérotoniques, une nouvelle aspiration, un tamponnement utérin et, en dernier recours, des mesures chirurgicales. Le clinicien doit passer rapidement à l'étape suivante si le saignement n'est toujours pas contrôlé. Lorsque l'on administre des médicaments utérotoniques, une dose supplémentaire ou l'administration de doses répétées peut être envisagée si les saignements ne diminuent pas après la première dose.

**Tableau 5.5.1 Médicaments utérotoniques et posologie\***

MÉDICAMENT	POSOLOGIE
Méthylergonovine	0,2 mg par voie intramusculaire ou intracervicale ; peut être répété toutes les 2 à 4 heures. À éviter chez les patientes souffrant d'hypertension.
Misoprostol	800 µg par voie sublinguale ou rectale
Ocytocine	10 à 40 unités par 500 à 1000 ml de fluide intraveineux liquide ou 10 unités par voie intramusculaire
Tamponnement intra-utérin	Gaze stérile, cathéter à ballonnet de Foley de 30 à 75 ml, poche de drainage ou ballonnet obstétrical placé dans l'utérus

\*Extrapolé des données postpartum (*American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2017 ; Kerns et Steinauer, 2013 ; Mavrides et al., 2016 ; Morris et al., 2017 ; Prata et Weidert, 2016 ; Organisation mondiale de la Santé, 2012).

Si l'on recourt à un tamponnement pour arrêter le saignement, laisser en place pendant plusieurs heures le ballonnet de Foley, le ballonnet obstétrical, la gaze ou la poche de drainage tout en surveillant la patiente. Si l'état de celle-ci reste stable après le retrait du ballonnet ou de la gaze, elle peut quitter l'institution.

Si les saignements persistent après que l'on ait confirmé le caractère complet de l'évacuation utérine et en l'absence de lacérations visibles, le prestataire doit envisager d'autres complications telles qu'une perforation, une coagulopathie ou un placenta accreta (National Abortion Federation, 2017). En cas de coagulopathie, notamment de coagulopathie intravasculaire disséminée, il peut s'avérer nécessaire d'administrer des dérivés de sang. Des mesures chirurgicales telles qu'une hystérectomie, des sutures de compression de l'utérus, une ligature ou une embolisation de l'artère utérine peuvent être prises en cas de saignements importants impossibles à contrôler par d'autres mesures. Les prestataires qui travaillent dans des centres de santé ne disposant pas d'une salle d'opération ou n'ayant pas les compétences nécessaires doivent disposer de protocoles clairs de réanimation et de transfert vers un établissement hospitalier de niveau supérieur. Les patientes à risque de choc requièrent la mise en place d'une voie intraveineuse, l'administration d'oxygène, la restauration du volume liquidien et une transfusion de sang ou de dérivés de sang si nécessaire.

## Bibliographie

Ali, P.B. et Smith, G. (1996). The effect of syntocinon on blood loss during first trimester suction curettage. *Anesthesia*, 51, 483-485.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). ACOG Practice Bulletin Number 183: Postpartum hemorrhage. *Obstetrics & Gynecology*, 130(4), e168-e186.

Kerns, J. et Steinauer, J. (2013). Society of Family Planning Clinical Guideline 20131: Management of postabortion hemorrhage. *Contraception*, 87(3), 331-342.

Lauerson, N. H. et Conrad, P. (1974). Effect of oxytocic agents on blood loss during first trimester suction curettage. *Obstetrics & Gynecology*, 44(3), 428-433.

Kerns, J., Ti, A., Askel, S., Lederle, L., Sokoloff, A. et Steinauer, J. (2019). Disseminated intravascular coagulation and hemorrhage after dilation and evacuation abortion for fetal death. *Obstetrics & Gynecology*, 134(4), 708-713.

Mavrides, E., Allard, S., Chandraran, E., Collins, P., Green, L. et Hunt, B. J., ... au nom du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2016). Prevention and management of postpartum hemorrhage. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 124, e106-e149.

Morris, J. L., Winikoff, B., Dabash, R., Weeks, A., Faundes, A., Gemzell-Danielsson, ..., Visser, G. H. A. (2017). FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 138(3), 363-366.

National Abortion Federation. (2017). *Clinical Policy Guidelines*. Washington DC: National Abortion Federation.

Nygaard, I. H. H., Valbo, A., Heide, H. C. et Kresovic, M. (2010). Is oxytocin given during surgical termination of first trimester pregnancy useful? A randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 90, 174-178.

Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum*. Genève : Éditions de l'Organisation mondiale de la Santé.

Perriera, L. K., Arslan, A. A. et Masch, R. (2017). Placenta previa and the risk of adverse outcomes during second trimester abortion: A retrospective cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 57(1), 99-104.

Prata, N. et Weidert, K. (2016). Efficacy of misoprostol for the treatment of postpartum hemorrhage: Current knowledge and implications for health care planning. *International Journal of Women's Health*, 8, 341-349.

Schulz, K. F., Grimes, D. A. et Christensen, D. D. (1985). Vasopressin reduces blood loss from second-trimester dilatation and evacuation abortion. *The Lancet*, 2, 353-356.

Upadhyay, U. D., Desai, S., Zlidar, V., Weitz, T. A., Grossman, D., Anderson, P. et Taylor, D. (2014). Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 125, 175-183.

Whitehouse, K., Tschann, M., Davis, J., Soon, R., Salcedo, J., Friedlander, E. et Kaneshiro, B. (2017). Association between prophylactic oxytocin use during dilation and evacuation and estimated blood loss. *Contraception*, 96, 19-24.

Whitehouse, K., Tschann, M., Soon, R., Davis, J., Micks, E., Salcedo, J., ... et Kaneshiro, B. (2019). Effects of prophylactic oxytocin on bleeding outcomes in women undergoing dilation and evacuation. *Obstetrics & Gynecology*, 133(3), 484-491.

**Toutes les *Actualités cliniques*, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**



#### Recommandation

- Toute patiente chez qui l'on suspecte une perforation utérine, même si elle est asymptomatique, doit être informée de cette complication et son état clinique doit être surveillé.
  - Si son état est stable, la patiente doit être informée des signes d'alerte qui doivent l'inciter à demander des soins d'urgence le cas échéant et recevoir un plan de suivi avant de quitter le centre.
  - Si l'on constate que son état clinique est instable ou s'aggrave, elle doit être transférée vers une institution de niveau tertiaire pour une prise en charge adaptée.
- Toute patiente dont on sait qu'elle a subi une perforation utérine avec des signes de lésions intestinales doit être transférée vers une institution de niveau tertiaire pour une prise en charge adaptée.

#### Poids de la recommandation

important

#### Qualité des éléments factuels

faible

Dernière révision : 15 février 2021

---

#### Epidémiologie

Une perforation utérine lors d'une aspiration intra-utérine est une complication rare mais potentiellement grave ; on estime qu'elle survient lors de 0,1 à 3 sur mille procédures d'interruption volontaire de grossesse (Kerns et Steinauer, 2013 ; Pridmore et Chambers, 1999). Cette fréquence augmente avec l'âge gestationnel et lorsque la procédure est réalisée par un prestataire moins expérimenté (ACOS, 2019).

Facteurs susceptibles d'accroître le risque de perforation utérine lors d'avortement chirurgical (Shakir et Diab, 2013 ; Obed et Wilson, 1999 ; Grimes et al., 2006) :

- Position de l'utérus : rétroversion, antéversion importante ou rétroflexion
- Infection
- Multiparité
- Grossesse multiple
- Âge gestationnel avancé
- Préparation insuffisante du col
- Difficultés à dilater le col
- Anomalies utérines ou cavité utérine déformée par des fibromes

- Antécédents de chirurgie cervicale ou utérine, notamment de césarienne
- Manque d'expérience du prestataire
- Présentation pour des soins après avortement (après une procédure d'avortement non sécurisé)

Une perforation utérine peut survenir à pratiquement n'importe quelle étape de la procédure d'avortement dès lors que des instruments pénètrent dans l'utérus. Une perforation peut également survenir à cause d'un objet étranger ou d'un accessoire utilisé pour pratiquer un avortement non sécurisé.

La perforation peut se situer en n'importe quel endroit de l'utérus, mais les localisations les plus fréquentes sont la ligne médiane antérieure ou la surface postérieure du fond de la cavité utérine (Sharma, Malhotra et Pundir, 2003). Une perforation utérine souvent non détectée et guérit sans nécessiter d'intervention chez les femmes qui subissent une procédure d'avortement avant treize semaines (Kaali, Szigetvari et Bartfai, 1989 ; Sharma, Malhotra et Pundir, 2003). Par exemple une perforation du fond de la cavité utérine par un petit instrument à extrémité mousse a peu de risques d'engendrer des complications, guérit rapidement et ne nécessite aucune prise en charge supplémentaire. Les perforations latérales de l'utérus sont rares mais particulièrement inquiétantes en raison de la proximité des ramifications de l'artère utérine et du risque d'hémorragie grave (Berek et Stubblefield, 1979).

## Diagnostic

Le prestataire doit suspecter une perforation utérine en cas de perte de résistance soudaine au cours de la dilatation du col ou de l'aspiration intra-utérine, si l'instrument pénètre bien au-delà de la longueur attendue de l'utérus. Si disponible, une échographie peut s'avérer utile comme aide au diagnostic (Coughlin, Sparks, Chase et Smith, 2013 ; Crosfil et Hughes, 2006 ; Gakhil et Levy, 2009 ; Shalev, Ben-Ami et Zuckerman, 1986 ; Skolnick, Katz et Lancet, 1982).

Une perforation utérine peut être visualisée par laparoscopie et laparotomie. Il n'est pas indispensable que le prestataire diagnostique avec certitude une perforation si la patiente est stable et que le risque de lésion intra-abdominale est faible. Si le prestataire voit du tissu adipeux jaunâtre dans le produit d'aspiration utérine, il doit fortement suspecter une perforation utérine et des lésions de l'intestin et la patiente doit être renvoyée vers une institution compétente pour un traitement chirurgical immédiat, cela indépendamment du fait que son état soit stable ou non. Une identification et une prise en charge rapide des lésions des viscères abdominaux et pelviens (intestin, vessie, vaisseaux sanguins, etc.) consécutives à une perforation utérine est essentielle pour éviter des complications graves (Obed et Wilson, 1999 ; Amarin et Badria, 2005).

## Prise en charge

Dans un grand nombre de cas, le prestataire peut prendre en charge une perforation utérine sans complications avant treize semaines de grossesse par un traitement conservatoire, en surveillant toute modification de l'état clinique de la patiente (Moburg, 1976 ; Freiman et Wulff, 1977 ; Grimes, Schultz et Cates, 1984 ; Mittal et Misra, 1985 ; Chen, Lai, Lee et Leong, 1995 ; Lindell et Flam, 1995 ; Peterson, Berry, Grace et Gulbranson, 1983 ; Pridmore et Chambers, 1999). Le prestataire doit craindre davantage une lésion intra-abdominale si la perforation survient lors d'un avortement au-delà de treize semaines de grossesse ou d'une procédure de dilatation et évacuation ; les patientes concernées doivent être immédiatement renvoyées vers une institution compétente pour une évaluation plus approfondie car un traitement supplémentaire peut s'avérer nécessaire (Darney, Atkinson et Hirabayashi, 1990).

En cas de crainte de lésions des viscères abdominaux et pelviens, y compris de l'intestin, si la patiente est stable et que l'expérience et l'équipement requis sont disponibles sur place, une laparoscopie constitue la technique exploratoire de choix. En cas de lésion intestinale manifeste ou d'herniation au travers de la perforation de la paroi utérine, de saignements excessifs ou d'instabilité hémodynamique, une laparotomie immédiate peut être préférable (Lauersen et Birnbaum, 1973 ; Grimes, Schultz et Cates, 1984 ; Chen, Lai, Lee et Leong, 1995 ; Lindell et Flam, 1995 ; Kumar et Rao, 1998 ; Obed et Wilson, 1999). Si l'avortement n'est pas terminé, l'utérus doit être évacué sous visualisation directe lors de la laparoscopie ou de la laparotomie (Lauersen et Birnbaum, 1973 ; Goldschmitt, Elchalal, Dgani, Zalel et Matzkel, 1995 ; Chen, Lai, Lee et Leong, 1995). Il n'existe pas de données factuelles en faveur de la sécurité ou de l'efficacité d'un traitement médicamenteux pour terminer l'évacuation utérine immédiatement après une perforation utérine suspectée ou confirmée.

Les prestataires qui travaillent dans des centres de santé ne disposant pas d'une salle d'opération ou n'ayant pas les compétences nécessaires doivent disposer de protocoles clairs de réanimation et de transfert vers un établissement hospitalier de niveau supérieur. Les patientes à risque de choc requièrent la mise en place d'une voie intraveineuse, l'administration d'oxygène, la restauration du volume liquidien et une transfusion de sang ou de dérivés sanguins si nécessaire.

## Bibliographie

- Amarin, Z.O. et Badria, L.F. (2005) A survey of uterine perforation following dilatation and curettage or evacuation of retained products of conception. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 271(3), 203-206.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Second-trimester abortion: ACOG Practice Bulletin No. 135. *Obstetrics & Gynecology*, 121(6), 1394-1406.
- Berek J.S. et Stubblefield, P.G. (1979). Anatomic and clinical correlates of uterine perforation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 135(2), 181-184.
- Chen, L.H., Lai, S.F., Lee, W.H. et Leong, N.K. (1995). Uterine perforation during elective first trimester abortions: A 1 year review. *Singapore Medical Journal*, 36(1), 63-67.
- Coughlin, L.M., Sparks, D.A., Chase, D.M. et Smith, J. (2013). Incarcerated small bowel associated with elective abortion uterine perforation. *Journal of Emergency Medicine*, 44(3), e303-306.
- Crosfill, F.M. et Hughes, S. (2006). Ultrasound scan appearance of perforated uterus after surgical evacuation of retained products of conception. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 26(3), 278-279.
- Darney, P.D., Atkinson, E. et Hirabayashi, K. (1990). Uterine perforation during second-trimester abortion by cervical dilation and instrumental extraction: A review of 15 cases. *Obstetrics & Gynecology*, 75(3 Pt 1), 441-444.
- Freiman, S.M. et Wulff, G.J. (1977). Management of uterine perforation following elective abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 50(6), 647-650.
- Gakhal, M.S. et Levy, H.M. (2009). Sonographic diagnosis of extruded fetal parts from uterine perforation in the retroperitoneal pelvis after termination of intrauterine pregnancy that were occult on magnetic resonance imaging. *Journal of Ultrasound in Medicine* 28(12):1723-1727.
- Grimes, D.A., Schulz, K.F. et Cates WJ. (1984) Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *The Journal of the American Medical Association*, 27;251(16), 2108-2111.
- Grimes, D.A., Benson, J., Singh, S., Romero, M., Ganatra, B., Okonofua, F.E. et Shah I.H. (2006). Unsafe abortion: the preventable pandemic. *The Lancet*, 368(9550), 1908-1919.
- Goldschmitt, R., Elchalal, U., Dgani, R., Zalel, Y. et Matzkel, A. (1995). Management of uterine perforation complicating first-trimester termination of pregnancy. *Israel Journal of Medical Sciences*, (4), 232-234.
- Kaali, S.G., Szigetvari, I.A. et Bartfai, G.S. (1989). The frequency and management of uterine perforations during first trimester abortions. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 161(2), 406-408.
- Kerns, J. et Steinauer, J. (2013). Management of postabortion hemorrhage. *Contraception*, 87(3), 331-342.

- Kumar, P., Rao, P. (1988). Laparoscopy as a diagnostic and therapeutic technique in uterine perforations during first trimester abortions. *Asia-Oceania Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 14(1), 55–59.
- Lauersen, N.H., Birnbaum, S. (1973). Laparoscopy as a diagnostic and therapeutic technique in uterine perforations during first trimester abortions. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 117(4), 522-526.
- Lindell, G., Flam, F. (1995). Management of uterine perforations in connection with legal abortions. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 74(5), 373–375.
- Mittal, S., Misra, S.L. (1985). Uterine perforation following medical termination of pregnancy by vacuum aspiration. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 23(1), 45–50.
- Moberg, P.J. (1976). Uterine perforation in connection with vacuum aspiration for legal abortion. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 14(1), 77–80.
- Obed, S.A. et Wilson, J.B. (1999). Uterine perforation from induced abortion at Korle Bu Teaching Hospital, Accra, Ghana: A five year review. *West African Journal of Medicine*, 18(4), 286–289.
- Peterson, W.F., Berry, N., Grace, M.R. et Gulbranson, C. L. (1983). Second-trimester abortion by dilatation and evacuation: an analysis of 11,747 cases. *Obstetrics & Gynecology*, 62(2), 185-190.
- Pridmore, B.R et Chambers, D.G. (1999). Uterine perforation during surgical abortion: a review of diagnosis, management and prevention. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 39(3), 349–353.
- Shakir, F et Diab, Y. (2013). The perforated uterus. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 15(4), 256-261.
- Shalev, E., Ben-Ami, M. et Zuckerman, H. (1986). Real-time ultrasound diagnosis of bleeding uterine perforation during therapeutic abortion. *Journal of Clinical Ultrasound*, 14(1), 66–67.
- Sharma, J.B., Malhotra, M. et Pundir, P. (2003). Laparoscopic oxidized cellulose (Surgicel) application for small uterine perforations. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 83(3), 271–275.
- Skolnick, M.L., Katz, Z. et Lancet, M. (1982). Detection of intramural uterine perforation with real-time ultrasound during curettage. *Journal of Clinical Ultrasound*, 10(7), 337–338.

**Toutes les Actualités cliniques, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).**

## ANNEXE A : TABLEAU DES ANALGÉSQUES

Les médicaments cités ci-après sont fréquemment utilisés pour assurer le contrôle de la douleur lors d'une aspiration intra-utérine ou d'une procédure de dilatation et évacuation mais il existe de multiples autres possibilités. Ce tableau ne reprend pas les anesthésiques généraux.

Les anxiolytiques et les narcotiques peuvent induire une dépression respiratoire, surtout lorsqu'ils sont utilisés simultanément. Dès lors, en cas d'utilisation concomitante, il convient de réduire les doses par rapport à celles administrées lorsqu'ils sont employés séparément. Lorsque des médicaments sont administrés par voie intraveineuse juste avant la procédure, l'administration doit être lente et intermittente et être effectuée par un prestataire formé à cet effet. On peut éviter les effets indésirables susceptibles de poser problème en injectant à plusieurs reprises de faibles doses par voie intraveineuse jusqu'à parvenir au degré d'analgésie et de sédation voulu chez la patiente. L'effet maximal des analgésiques doit se manifester pendant la procédure afin d'éviter une sédation post-opératoire excessive.

Même les cliniciens qui ne recourent qu'à un plus faible degré de sédation pour assurer l'analgésie doivent être à même de traiter un arrêt respiratoire dans l'éventualité fort peu probable d'un surdosage accidentel. Les prestataires doivent être formés au dégagement des voies respiratoires et à la réanimation cardiopulmonaire et du matériel de réanimation et des antagonistes appropriés (naloxone et flumazénil) doivent être disponibles.

*Clause de non-responsabilité : Ce document est destiné à offrir une source d'informations supplémentaires aux cliniciens et ne doit EN AUCUN CAS remplacer les informations figurant dans les notices des médicaments ou le jugement clinique tenant compte de la situation individuelle de la patiente et des possibilités de l'institution.*

**Dernière révision : 10 février 2018**

TYPE DE MÉDICAMENT	NOM GÉNÉRIQUE	POSOLOGIE ET MOMENT D'ADMINISTRATION	DEMI-VIE	EFFETS INDÉSIRABLES	COMMENTAIRES
<b>Anesthésique local</b>  <i>Voir « Contrôle de la douleur : bloc paracervical »</i>	Lidocaïne	20 ml d'une solution à 1% ou 10 ml d'une solution à 2% pour le bloc paracervical ; ne pas dépasser 4,5 mg/kg	60 à 90 minutes	Bourdonnements d'oreille ; étourdissements ; engourdissement des lèvres, de la bouche et de la langue ; goût métallique  Extrêmement rare : convulsions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tirer légèrement sur le piston avant de procéder à l'injection pour éviter une injection intravasculaire</li> <li>Les réactions allergiques sont extrêmement rares. Les réactions peuvent être dues aux conservateurs présents dans les flacons multidose. Les allergies à la lidocaïne sans conservateurs sont extrêmement rares.</li> </ul>

TYPE DE MÉDICAMENT	NOM GÉNÉRIQUE	POSOLOGIE ET MOMENT D'ADMINISTRATION	DEMI-VIE	EFFETS INDÉSIRABLES	COMMENTAIRES
<b>Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)</b>	Ibuprofène	Oralement : 400 à 800 mg une heure avant la procédure	2 heures	Possibilité de troubles gastro-intestinaux	Ne pas utiliser chez les patientes souffrant d'ulcère peptique actif ou d'insuffisance rénale.
	Naproxène	Oralement : 500 mg une heure avant la procédure	12 à 17 heures	Possibilité de troubles gastro-intestinaux	Ne pas utiliser chez les patientes souffrant d'ulcère peptique actif ou d'insuffisance rénale.
	Kétorolac	Oralement : 20 mg une heure avant la procédure IV : 30 mg administrés en au moins 15 secondes 30 à 60 minutes avant la procédure IM : 60 mg 30 à 60 minutes avant la procédure  Chez les patientes pesant moins de 50 kg, toutes les doses doivent être divisées par deux	4 à 6 heures		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une dose IM unique de kétorolac avant une intervention chirurgicale permet de diminuer le recours à des opiacés et la douleur postopératoire (de Oliveira 2012 ; Roche, 2011).</li> <li>• Ne pas utiliser chez les patientes souffrant d'ulcère peptique actif, d'insuffisance rénale, qui allaitent ou qui présentent une sensibilité vis-à-vis d'autres AINS.</li> <li>• Une douleur aiguë doit être traitée par des narcotiques plutôt qu'en augmentant la dose de kétorolac au-delà de la dose recommandée.</li> </ul>
<b>Analgésique</b>	Paracétamol	Oralement : 500 à 1000 mg 30 à 60 minutes avant la procédure	2 à 4 heures		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne constitue pas un analgésique de première ligne pour une aspiration intra-utérine ou un avortement médicamenteux. Peut être utilisé comme antipyrétique.</li> <li>• Risque de toxicité hépatique en cas de surdosage (dose maximale = 4000 mg/jour).</li> </ul>
<b>Association narcotique / analgésique</b>	Paracétamol 300 mg + codéine 30 mg	Oralement : 1 à 2 comprimés une heure avant la procédure	2 à 4 heures	Somnolence ; étourdissements ; nausées et vomissements	Faire preuve de prudence en cas d'association avec d'autres médicaments contenant du paracétamol. Risque de toxicité hépatique en cas de surdosage (dose maximale = 4000 mg/jour).
	Paracétamol 500 mg + hydrocodone 5 mg	Oralement : 1 à 2 comprimés une heure avant la procédure	4 à 6 heures	Somnolence ; étourdissements ; nausées et vomissements	Faire preuve de prudence en cas d'association avec d'autres médicaments contenant du paracétamol. Risque de toxicité hépatique en cas de surdosage (dose maximale = 4000 mg/jour).

TYPE DE MÉDICAMENT	NOM GÉNÉRIQUE	POSOLOGIE ET MOMENT D'ADMINISTRATION	DEMI-VIE	EFFETS INDÉSIRABLES	COMMENTAIRES
<b>Narcotique</b>	Mépéridine	<p>Oralement : 100 à 150 mg 30 à 60 minutes avant la procédure</p> <p>IV : 25 à 50 mg 5 à 15 minutes avant la procédure</p> <p>IM/SC : 50 à 100 mg 30 à 90 minutes avant la procédure</p>	2 à 4 heures	Somnolence ; étourdissements ; nausées et vomissements ; diminution de la fréquence respiratoire ; perte de conscience ; hypotension ; convulsions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'administration IM ou SC est préférable à l'administration IV</li> <li>• En cas de difficultés respiratoires, mettre en place une assistance respiratoire (dégagement des voies respiratoires, administration d'oxygène et masque Ambu) et administrer de la naloxone (voir fin du tableau).</li> <li>• Effet plus rapide et durée d'action plus brève que la morphine.</li> <li>• Mépéridine 300 mg de mépéridine oralement = 75 mg de mépéridine IV = 10 mg de morphine IV</li> </ul>
	Fentanyl	<p>IV : 50 à 100 µg juste avant la procédure (cette dose peut être répétée toutes les 5 à 10 minutes, ne pas dépasser 250 µg)</p> <p>IM : 50 à 100 µg 30 à 60 minutes avant la procédure</p>	4 heures	Somnolence ; étourdissements ; faiblesse ; bradycardie ; diminution de la fréquence respiratoire ; perte de conscience ; hypotension ; convulsions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cas de difficultés respiratoires, mettre en place une assistance respiratoire (dégagement des voies respiratoires, administration d'oxygène et masque Ambu) et administrer de la naloxone (voir fin du tableau).</li> <li>• Effet plus rapide et durée d'action plus brève que la mépéridine.</li> <li>• 100 µg de fentanyl IV = 10 mg de morphine IV</li> <li>• L'effet commence à se manifester 2 à 7 minutes après administration IV</li> </ul>
	Tramadol	<p>IV/IM : 50 à 100 mg 15 à 30 minutes avant la procédure</p> <p>Oralement/en suppositoire : 50 à 100 mg 60 à 90 minutes avant la procédure</p>	6 à 8 heures	Somnolence ; étourdissements ; sudation ; faiblesse ; fatigue ; convulsions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cas de difficultés respiratoires, mettre en place une assistance respiratoire (dégagement des voies respiratoires, administration d'oxygène et masque Ambu) et administrer de la naloxone (voir fin du tableau).</li> <li>• Si administration IV, injecter lentement en 2 à 3 minutes</li> <li>• Moindre dépression respiratoire qu'avec la morphine ou la mépéridine</li> </ul>

TYPE DE MÉDICAMENT	NOM GÉNÉRIQUE	POSOLOGIE ET MOMENT D'ADMINISTRATION	DEMI-VIE	EFFETS INDÉSIRABLES	COMMENTAIRES
<b>Anxiolytique (benzodiazépine)</b>	Diazépam	Oralement : 5 à 10 mg une heure avant la procédure  IV : 2 à 5 mg 20 minutes avant la procédure	30 à 60 heures	Vision floue ; étourdissements ; désorientation ; douleur et rougeur au site d'injection ; diminution de la fréquence respiratoire ; perte de conscience	<ul style="list-style-type: none"> <li>En cas de difficultés respiratoires, mettre en place une assistance respiratoire (dégagement des voies respiratoires, administration d'oxygène et masque Ambu) et administrer du flumazénil (voir fin du tableau).</li> <li>A un léger effet amnésiant.</li> <li>L'effet commence à se manifester 1 à 22 minutes après administration IV</li> </ul>
	Midazolam	IV : 1 à 2 mg immédiatement avant la procédure puis 0,5 à 1 mg toutes les cinq minutes si nécessaire, ne pas dépasser 5 mg  IM : 0,07 à 0,08 mg/kg ou environ 5 mg jusqu'à une heure avant la procédure	2,5 heures	Vision floue ; étourdissements ; désorientation ; dépression du système nerveux central et dépression respiratoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>En cas de difficultés respiratoires, mettre en place une assistance respiratoire (dégagement des voies respiratoires, administration d'oxygène et masque Ambu) et administrer du flumazénil (voir fin du tableau).</li> <li>2,5 mg de midazolam = 10 mg de diazépam.</li> <li>Effet amnésiant plus marqué que le diazépam.</li> <li>L'effet commence à se manifester 1 à 5 minutes après administration IV et 15 à 30 minutes après administration IM.</li> </ul>
	Lorazépam	Oralement : 1 à 2 mg 30 à 60 minutes avant la procédure  IV : 2 mg à administrer en une minute 15 à 20 minutes avant la procédure  IM : 0,05 mg/kg avec un maximum de 4 mg dans les 2 heures qui précèdent la procédure	14 heures	Vision floue ; étourdissements ; désorientation ; diminution de la fréquence respiratoire ; perte de conscience	<ul style="list-style-type: none"> <li>En cas de difficultés respiratoires, mettre en place une assistance respiratoire (dégagement des voies respiratoires, administration d'oxygène et masque Ambu) et administrer du flumazénil (voir fin du tableau).</li> <li>Effet amnésiant.</li> </ul>

TYPE DE MÉDICAMENT	NOM GÉNÉRIQUE	POSOLOGIE ET MOMENT D'ADMINISTRATION	DEMI-VIE	EFFETS INDÉSIRABLES	COMMENTAIRES
<b>Antidotes des narcotiques</b>	Naloxone	IV/IM/SC : 0,4 mg toutes les 2 minutes jusqu'à inversion des effets	1 à 1,5 heures		<ul style="list-style-type: none"> <li>• La durée d'action de la naloxone est d'une heure et son activité peut s'atténuer avant celle du narcotique. Par conséquent, les patientes traitées par la naloxone doivent faire l'objet d'un monitoring attentif pendant plusieurs heures.</li> <li>• Veiller à la perméabilité des voies respiratoires et surveiller la respiration lors de l'administration de naloxone.</li> </ul>
<b>Antidote des benzodiazépines</b>	Flumazénil	IV : 0,2 mg toutes les minutes jusqu'à reprise de la respiration. Ne pas dépasser 1 mg	1 heure		<ul style="list-style-type: none"> <li>• La durée d'action du flumazénil est d'une heure et son activité peut s'atténuer avant celle de la benzodiazépine. Par conséquent, les patientes traitées par le flumazénil doivent faire l'objet d'un monitoring attentif pendant plusieurs heures. En cas de surdosage de narcotiques et de benzodiazépines, commencer par neutraliser l'effet du narcotique par de la naloxone puis administrer du flumazénil si nécessaire.</li> <li>• Veiller à la perméabilité des voies respiratoires et surveiller la respiration lors de l'administration de flumazénil.</li> </ul>

TYPE DE MÉDICAMENT	NOM GÉNÉRIQUE	POSOLOGIE ET MOMENT D'ADMINISTRATION	DEMI-VIE	EFFETS INDÉSIRABLES	COMMENTAIRES
Traitement des réactions d'hypersensibilité / de l'anaphylaxie	Adrénaline	IM/SC : 0,2 à 0,5 mg toutes les 5 à 15 minutes IV : 0,1 mg dilué dans 10 ml de sérum physiologique à administrer en 5 à 10 minutes	1 minute	Tachycardie ; palpitations ; nausées ; diaphorèse ; étourdissements ; anxiété	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il n'existe pas de contre-indications à l'adrénaline pour le traitement de l'anaphylaxie</li> <li>• L'administration IM est préférable</li> <li>• Envisager l'administration de 125 mg de méthylprednisolone IV</li> <li>• Mettre en place une assistance respiratoire. En cas de respiration sifflante, une administration par inhalation peut s'avérer utile.</li> <li>• Intubation immédiate en cas de signes d'obstruction imminente des voies respiratoires</li> </ul>

## Bibliographie

De Oliveira, G. S., Agarwal, D. et Benzon, H. T. (2012). Perioperative single dose ketorolac to prevent postoperative pain: a meta-analysis of randomized trials. *Anesthesia & Analgesia*, 114(2), 424-433.

Roche, N. E., Li, D., James, D., Fechner, A. et Tilak, V. (2011). The effect of perioperative ketorolac on pain control in pregnancy termination. *Contraception*, 85(3), 299-303.

Toutes les **Actualités cliniques**, ainsi que les outils et ressources associés, sont disponibles en ligne à l'adresse : [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).

## ANNEXE B : CONTINUUM DE LA PROFONDEUR DE SÉDATION : DÉFINITION DE L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE ET DES DEGRÉS DE SÉDATION/D'ANALGÉSIE

American Society of Anesthesiologists, Committee of Origin : Quality management and departmental administration (approuvé par l'ASA House of Delegates le 13 octobre 1999 et modifié pour la dernière fois le 23 octobre 2019). Consulté à l'adresse : <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/continuum-of-depth-of-sedation-definition-of-general-anesthesia-and-levels-of-sedation-analgesia> le 17/03/2020. (reproduit avec autorisation)

	SÉDATION MINIMALE ANXIOLYSE	SÉDATION/ANALGÉSIE MODÉRÉE («SÉDATION CONSCIENTE»)	SÉDATION/ANALGÉSIE PROFONDE	ANESTHÉSIE GÉNÉRALE
<b>Capacité de réaction</b>	Réaction normale à une stimulation verbale	Réaction adaptée** à une stimulation verbale ou tactile	Réaction adaptée* après stimulation répétée ou douloureuse	Impossible à réveiller même par un stimulus douloureux
<b>Voies respiratoires</b>	Non affectées	Aucune intervention nécessaire	Intervention parfois nécessaire	Intervention souvent nécessaire
<b>Ventilation spontanée</b>	Non affectées	Adéquate	Parfois insuffisante	Souvent insuffisante
<b>Fonction cardiovasculaire</b>	Non affectées	Généralement préservée	Généralement préservée	Parfois altérée

La **sédation minimale (anxiolyse)** est un état induit par des médicaments dans lequel le patient réagit normalement à des commandes verbales. Même si les fonctions cognitives et la coordination physique peuvent se trouver altérées, les réflexes au niveau des voies respiratoires et les fonctions ventilatoire et cardiovasculaires ne sont pas affectées.

La **sédation/analgesie modérée («sédation consciente»)** est une dépression de la conscience induite par des médicaments lors de laquelle le patient réagit de manière adaptée\*\* à des commandes verbales seules ou accompagnées d'une légère stimulation tactile. Aucune intervention n'est nécessaire pour maintenir la perméabilité des voies respiratoires et la ventilation spontanée est adéquate. La fonction cardiovasculaire est généralement préservée.

\* La notion de soins d'anesthésie contrôlée ne décrit pas le continuum de la profondeur de sédation mais plutôt « des services d'anesthésie spécifiques dispensés par un/e anesthésiste qualifié/e pour une procédure diagnostique ou thérapeutique ». Les indications pour des soins d'anesthésie contrôlée sont notamment « la nécessité d'un degré d'analgesie et de sédation pouvant être atteint par le biais d'une sédation modérée (y compris sa conversion potentielle en une anesthésie générale ou régionale) ». (American Society of Anesthesiologists, 2018).

\*\* Le réflexe de retrait suscité par un stimulus douloureux n'est PAS considéré comme une réaction adaptée.

La **sédation/analgesie profonde** est une dépression de la conscience induite par des médicaments lors de laquelle le patient est difficile à réveiller mais réagit de manière adaptée\*\* à une stimulation répétée ou douloureuse. La capacité à maintenir une fonction ventilatoire indépendante peut se trouver altérée. Le patient nécessite parfois une assistance pour maintenir la perméabilité des voies respiratoires et la ventilation spontanée est parfois insuffisante. La fonction cardiovasculaire est généralement préservée.

Une **anesthésie générale** est une perte de conscience induite par des médicaments lors de laquelle il n'est pas possible de réveiller le patient, même par une stimulation douloureuse. La capacité à maintenir une fonction ventilatoire indépendante est souvent altérée. Le patient nécessite souvent une assistance pour maintenir la perméabilité des voies respiratoires et une ventilation avec pression positive peut s'avérer nécessaire en raison de la dépression de la ventilation spontanée ou de la dépression de la fonction neuromusculaire induite par les médicaments. La fonction cardiovasculaire est parfois altérée.

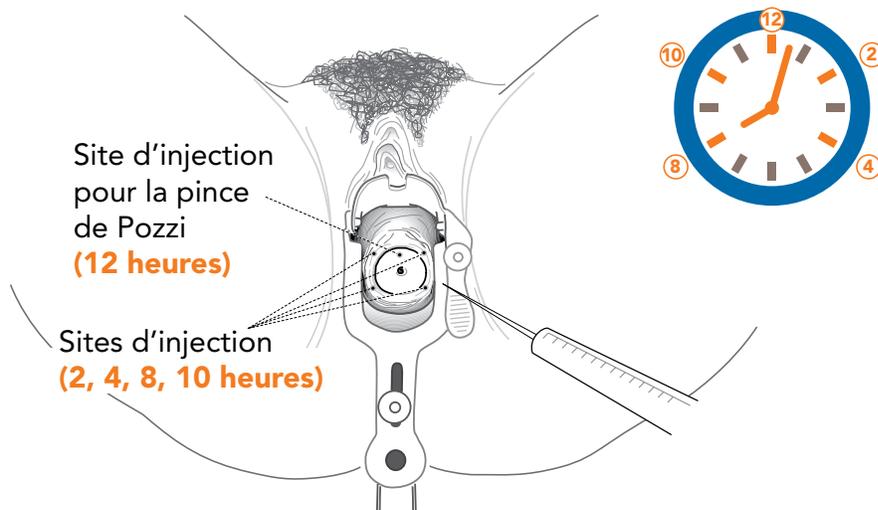
Comme la sédation est un continuum, il n'est pas toujours possible de prédire comment va réagir un patient individuel. Par conséquent, un praticien qui vise à induire un certain niveau de sédation doit être à même de ranimer\*\* les patients chez qui le niveau de sédation devient plus profond qu'initialement prévu. Toute personne qui administre une sédation/analgésie modérée («sédation consciente») doit être à même de ranimer\*\*\* les patients qui entrent dans un état de sédation/analgésie profonde et toute personne qui administre une sédation/analgésie profonde doit être à même de ranimer\*\*\* les patients qui entrent dans un état d'anesthésie générale.

\*\* Le réflexe de retrait suscité par un stimulus douloureux n'est PAS considéré comme une réaction adaptée.

\*\*\* La réanimation d'un patient qui est passé à un niveau de sédation plus profond qu'attendu est une intervention réalisée par un praticien compétent dans le maintien de la perméabilité des voies respiratoires et la restauration des fonctions vitales. Ce praticien qualifié corrige les conséquences physiologiques néfastes du niveau de sédation plus profond qu'attendu (hypoventilation, hypoxie et hypotension) et ramène le patient au niveau de sédation initialement visé. Il n'est pas approprié de poursuivre la procédure à un niveau de sédation plus profond qu'attendu.

American Society of Anesthesiologists. (2018). *Position on Monitored Anesthesia Care*. Dernière modification le 17 octobre 2018.

# TECHNIQUE DE RÉALISATION D'UN BLOC PARACERVICAL



- 1 Préparer une seringue de lidocaïne: utiliser 20 ml de lidocaïne à 1% et une aiguille de 3 cm de long.
- 2 Mettre en place le spéculum et procéder à la préparation antiseptique du col utérin.
- 3 Injecter 2 ml de lidocaïne superficiellement dans la lèvre antérieure du col utérin, à l'endroit où sera placée la pince de Pozzi (à 12 heures).
- 4 Saisir le col à 12 heures avec la pince de Pozzi.
- 5 Injecter le reste de lidocaïne, en quantités égales, sur tout le pourtour de la jonction cervico-vaginale, à 2, 4, 8 et 10 heures.
- 6 Débuter immédiatement la procédure.

### CONSEILS PRATIQUES

- Ne pas dépasser la dose maximale de lidocaïne, qui est de 4,5 mg/kg ou de 200 mg au total.
- Si l'on ne dispose pas de lidocaïne à 1%, on peut la remplacer par 10 ml de lidocaïne à 2%. On peut recourir à une technique de réalisation de bloc paracervical en deux points (injection à 4 et 8 heures).
- Une injection profonde de lidocaïne (3 cm) soulage plus efficacement la douleur qu'une injection superficielle.
- Aspirer avant d'injecter pour éviter une injection intravasculaire.
- Les effets indésirables potentiels d'une injection intravasculaire sont notamment des picotements autour de la bouche, des bourdonnements d'oreille (acouphène), un goût métallique, des étourdissements ou un pouls irrégulier et/ou ralenti.
- Des prestataires de niveau intermédiaire formés à la réalisation d'un bloc paracervical parviennent à un niveau de sécurité et d'efficacité similaire à celui obtenu par des médecins.
- Les événements indésirables graves associés à un bloc paracervical sont rares.

Pour plus d'informations, visiter le site [www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques).

# ANNEXE D : TRAITEMENT DE L'ASPIRATEUR IPAS AMIU PLUS ET DES CANULES IPAS EASYGRIP, TABLEAU MURAL

## Traitement des aspirateurs Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip

Les options suivantes sont conformes aux bonnes pratiques concernant la réutilisation des aspirateurs Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip. Se montrer attentif lors de l'établissement des protocoles du centre concernant le traitement des instruments.

L'utilisation de produits chimiques ou de méthodes de traitement autres que ceux qui sont indiqués ici peut occasionner des dommages.

### Principes de base pour la prévention des infections

- Se laver les mains immédiatement avant et après tout contact avec une patiente.
- Considérer tout sang ou fluide corporel de toute patiente comme potentiellement infectieux.
- Utiliser des équipements de protection personnelle (gants, blouses, masque facial, chaussures) en cas de risque de contact avec du sang ou d'autres liquides organiques.
- Éviter les risques de piqûres cutanées ; faire preuve de prudence lors de la manipulation d'aiguilles.
- Utiliser une technique sans contact : l'extrémité de la canule ou de tout autre instrument pénétrant dans l'utérus ne doit jamais entrer en contact avec des surfaces non stériles (y compris les parois vaginales) avant son insertion.

### 1 Préparation au site d'utilisation

Immédiatement après la procédure, tous les aspirateurs Ipas AMIU Plus et toutes les canules Ipas EasyGrip qui seront réutilisés doivent être maintenus humides jusqu'à leur nettoyage. Prêtremper, rincer ou pulvériser le dispositif avec de l'eau ou un spray enzymatique. Ne pas utiliser de chlorure ou de sérum physiologique.

**ATTENTION : Il peut être dangereux de manipuler les aspirateurs et les canules à mains nues tant qu'ils n'ont pas été nettoyés.**



### 2 Nettoyage et démontage des instruments

- Porter des gants et un masque facial. Nettoyer soigneusement toutes les surfaces des instruments à l'eau tiède, de préférence avec un détergent et non du savon.
- Démontez l'aspirateur en tirant le cylindre hors de la valve. Retirez l'embout en appuyant sur les pattes de déclenchement de l'embout d'une main et en tirant l'embout de l'autre.
- Ouvrir la valve articulée en tirant le verrou en position ouverte. Placer le pouce droit à côté du bouton droit de la valve et le pouce gauche sur le verrou de la valve. Tirer le verrou de la valve vers le haut et vers la gauche avec le pouce gauche tout en poussant le corps de la valve vers le bas et vers l'extérieur avec le pouce droit. Retirer la pièce interne de la valve.
- Désengager le collier de blocage en le faisant coulisser latéralement sous le clip de retenue ou retirer complètement le collier de blocage.
- Tirer le piston complètement hors du cylindre. Déplacer le joint d'étanchéité : pincer le joint sur les côtés et le faire rouler vers le bas jusque dans la rainure se trouvant au-dessous.
- Les instruments doivent être parfaitement nettoyés avant de procéder aux étapes de traitement. Si des tissus restent coincés dans l'extrémité d'une canule, faire passer de l'eau au travers de la canule à plusieurs reprises ou utiliser un bâtonnet ouaté, une brosse douce ou un linges doux pour les retirer délicatement. S'il s'avère impossible de retirer les résidus de sang ou de tissus lors du nettoyage malgré plusieurs tentatives, éliminer l'instrument.

**ATTENTION : Ne jamais utiliser d'objets pointus ou tranchants pour nettoyer les pièces de la valve ou pour retirer le joint d'étanchéité. Cela risquerait d'endommager le dispositif et d'empêcher l'aspirateur de retenir le vide.**



### 3 Options de traitement

L'aspirateur pour AMIU Ipas n'entre pas directement en contact avec le corps de la patiente. Par contre, lors de son utilisation, le corps de l'aspirateur se remplit de sang. Il existe donc un risque potentiel que des contaminants provenant d'une patiente antérieure soient introduits chez une autre patiente si l'aspirateur pour AMIU n'est pas correctement désinfecté (trempage, nettoyage et stérilisation ou désinfection de haut niveau) après chaque utilisation. Par conséquent, après son nettoyage, l'aspirateur Ipas AMIU Plus doit être traité par désinfection de haut niveau ou stérilisé entre chaque patiente pour en éliminer les contaminants. Une fois traité, l'aspirateur peut être entreposé dans un récipient propre. Les aspirateurs doivent être entièrement démontés pour toutes les méthodes de traitement. Les canules Ipas EasyGrip doivent obligatoirement subir une désinfection de haut niveau ou une stérilisation avant leur réutilisation et doivent être désinfectées par désinfection de haut niveau ou être stériles au moment de leur insertion dans l'utérus. Les produits de traitement chimiqu sont des produits dangereux. Lors du traitement des instruments, prendre les précautions requises, par exemple en utilisant des équipements de protection personnelle. Se reporter aux instructions de sécurité du fabricant pour une utilisation en toute sécurité.

Pour une prévention optimale des infections, les éléments doivent être traités par une méthode qui garantisse un très haut niveau d'efficacité. Utiliser l'une des méthodes ci-après, citées par ordre décroissant d'efficacité :

#### Stérilisation

- Stériliser à l'autoclave dans un linge ou du papier pendant 30 minutes à 121°C (250°F) et 106 kPa (15 livres/pouce<sup>2</sup>). NE PAS UTILISER D'AUTRES PARAMÈTRES DE STÉRILISATION, EN PARTICULIER À DES TEMPÉRATURES PLUS ÉLEVÉES (« STÉRILISATION EXPRESSE À L'AUTOCLAVE »). Poser le paquet à plat dans l'autoclave pour éviter de plier les canules.
- Faire tremper par immersion complète dans une solution de glutaraldéhyde à 2% (Cidex® ou équivalent) pendant la durée recommandée par le fabricant, 10 heures dans la plupart des cas.
- Faire tremper par immersion complète dans une solution de Sporox® II pendant 6 heures.

#### Désinfection de haut niveau

- Faire bouillir dans de l'eau pendant 20 minutes. La manipulation des canules lorsqu'elles sont chaudes risque de les aplatir. Laisser refroidir l'eau avant de sortir les canules et les manipuler en les saisissant par l'adaptateur ou la base.
- Faire tremper les instruments par immersion complète dans une solution de chlorure à 0,5 % pendant 20 minutes. Remplacer la solution de chlorure une fois par jour ou dès qu'elle devient trouble.
- Faire tremper par immersion complète dans une solution de glutaraldéhyde à 2% (Cidex ou équivalent) pendant la durée recommandée par le fabricant ; les recommandations varient de 20 à 90 minutes.
- Faire tremper par immersion complète dans une solution de Sporox II pendant 30 minutes.

#### Après le traitement des instruments pour AMIU

- Si on a utilisé des agents chimiques pour le traitement, rincer soigneusement les canules Ipas EasyGrip soit à l'eau bouillie (pour les instruments ayant fait l'objet d'une désinfection de haut niveau), soit à l'eau stérile (pour les instruments qui ont été stérilisés) après le traitement. Les pièces de l'aspirateur Ipas AMIU Plus peuvent être rincées soigneusement avec de l'eau potable.

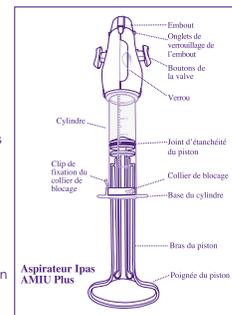
### Entreposage adéquat ou utilisation immédiate

#### Entreposage

- Sécher les aspirateurs et les adaptateurs, lubrifier le joint torique et remonter le dispositif, puis l'entreposer dans un endroit propre et sec jusqu'au moment de son utilisation. L'aspirateur ne doit pas demeurer désinfecté par désinfection de haut niveau ou stérile au moment de son utilisation et peut être entreposé dans un endroit propre sont ou conformément aux normes locales en vigueur.
- Les canules doivent demeurer stériles ou désinfectées par désinfection de haut niveau jusqu'à leur prochaine utilisation. Entreposer les canules dans des conteneurs stériles ou traité par désinfection de haut niveau afin de préserver leur niveau de traitement. Manipuler les canules par leur base.
- Les instruments traités par immersion doivent être retraités quotidiennement.

#### Assemblage et utilisation

- Avant usage, remonter et lubrifier l'aspirateur et vérifier sa capacité à retenir le vide.
- Mettre en place la pièce interne à l'intérieur de la valve en alignant les stries internes. Fermer la valve jusqu'à ce qu'elle s'enclenche en position. Enclencher l'embout sur l'extrémité de la valve. Pousser le cylindre dans la base de la valve sans le tourner.
- Placer le joint d'étanchéité du piston dans la rainure située à l'extrémité du piston et le lubrifier en étalant une goutte de lubrifiant sur son pourtour avec le doigt. On peut utiliser pour cela de la silicone ou tout autre lubrifiant sans pétrole. Presser les bras du piston et insérer le piston à fond dans le cylindre. Faire aller et venir le piston à plusieurs reprises afin de lubrifier le cylindre. Insérer les pattes du collier de blocage dans les crans du cylindre.
- Vérifier la capacité de vide en appuyant sur les boutons jusqu'à ce qu'ils s'enclenchent et en tirant le piston jusqu'à ce que les bras du piston se verrouillent en place. Laisser l'instrument dans cette position pendant deux à trois minutes, puis relâcher les boutons. Un reflux d'air indique que l'aspirateur a maintenu le vide.
- Si l'on n'entend pas de reflux d'air, retirer le piston. Contrôler l'absence de particules ou de fissures sur le joint d'étanchéité du piston et sur l'instrument. Si l'aspirateur ne maintient toujours pas le vide, l'éliminer.



P.O. Box 9990 • Chapel Hill, NC 27515 États-Unis  
919-960-6453 • www.ipas.org

© 2016, 2018 Ipas.  
Brevet américain et numéro d'enregistrement auprès du bureau des  
marques commerciales :  
Ipas EasyGrip® - 2.768.302



# ANNEXE E : PROTOCOLES D'AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX, FICHE



## PROTOCOLES D'AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX

### Avortement médicamenteux utilisant la mifépristone et le misoprostol

*Jusqu'à dix semaines de grossesse (70 jours depuis la date des dernières règles) :*

- Mifépristone 200 mg par voie orale
- Misoprostol 800 µg par voie buccale, sublinguale ou vaginale 1 à 2 jours après la mifépristone

*Dix à treize semaines de grossesse :*

- Mifépristone 200 mg par voie orale
- Misoprostol 600 µg par voie sublinguale ou 800 µg par voie vaginale 1 à 2 jours après la mifépristone, ensuite 400 µg de misoprostol par voie sublinguale ou vaginale toutes les trois heures jusqu'à expulsion
- On peut également administrer 200 mg de mifépristone oralement suivis 1 à 2 jours plus tard de 800 µg de misoprostol par voie buccale, sublinguale ou vaginale. La dose de misoprostol peut être répétée jusqu'à ce que l'avortement se produise.

*À partir de treize semaines de grossesse (13 à 24 semaines) :*

- Mifépristone 200 mg par voie orale
- Misoprostol 400 µg par voie buccale, sublinguale ou vaginale 1 à 2 jours après la mifépristone, ensuite toutes les trois heures jusqu'à expulsion du fœtus et du placenta
- Si la patiente est stable et si cette option lui convient, le prestataire doit lui laisser au moins quatre heures après expulsion du fœtus pour expulser le placenta.

### Avortement médicamenteux utilisant le misoprostol seul

*Avant treize semaines de grossesse :*

- Misoprostol 800 µg par voie buccale, sublinguale ou vaginale toutes les trois heures jusqu'à expulsion

*À partir de treize semaines de grossesse (13 à 24 semaines) :*

- Misoprostol 400 µg par voie sublinguale ou vaginale toutes les trois heures jusqu'à expulsion du fœtus et du placenta. L'administration vaginale est plus efficace que l'administration sublinguale chez les femmes nullipares
- Si la patiente est stable et si cette option lui convient, le prestataire doit lui laisser au moins quatre heures après expulsion du fœtus pour expulser le placenta

### Traitement médicamenteux lors d'avortement incomplet, de rétention fœtale ou de mort fœtale in utero (soins après avortement)

*Taille utérine inférieure à treize semaines :*

- Avortement incomplet
  - o Une dose unique de 600 µg de misoprostol oralement ou une dose unique de 400 µg de misoprostol par voie sublinguale ou, en l'absence de saignements vaginaux, par voie vaginale
- Rétention fœtale
  - o Misoprostol 600 µg par voie sublinguale ou, en l'absence de saignements vaginaux, 800 µg par voie vaginale toutes les trois heures jusqu'à expulsion (1 à 3 doses en général)
  - o Si disponible, ajouter un prétraitement par 200 mg de mifépristone par voie orale 1 à 2 jours avant le misoprostol

*Taille utérine supérieure ou égale à treize semaines :*

- Avortement incomplet
  - o Misoprostol 400 µg par voie buccale, sublinguale ou, en l'absence de saignements vaginaux, par voie vaginale toutes les trois heures jusqu'à expulsion
- Mort fœtale in utero (jusqu'à 24 semaines) :
  - o Misoprostol 400 µg par voie sublinguale ou, en l'absence de saignements vaginaux, par voie vaginale toutes les 4 à 6 heures jusqu'à expulsion
  - o Si disponible, ajouter un prétraitement par 200 mg de mifépristone par voie orale 1 à 2 jours avant le misoprostol

Citation : Ipas - Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive 2019.

[www.ipas.org/clinicalupdates](http://www.ipas.org/clinicalupdates); [www.ipas.org/actualizacionesclinicas](http://www.ipas.org/actualizacionesclinicas);  
[www.ipas.org/actualitescliniques](http://www.ipas.org/actualitescliniques)

MADOSCARD-F19

## ANNEXE F : RECOMMANDATIONS RELATIVES À L'UTILISATION D'UNE ANTI-BIOTHÉRAPIE PROPHYLACTIQUE DANS LE CADRE DE SOINS D'AVORTEMENT, FICHE

**Recommandation : utilisation d'une antibiothérapie prophylactique dans le cadre des soins d'avortement, y compris des soins après avortement**

### **Lors d'une aspiration intra-utérine et d'une procédure de dilatation et évacuation**

*Avant la procédure, une dose unique de :*

- 200 mg de doxycycline par voie orale **OU**
- 500 mg d'azithromycine par voie orale **OU**
- 500 mg de métronidazole par voie orale

### **Lors d'un avortement médicamenteux**

*Une antibiothérapie prophylactique systématique n'est pas recommandée.*

Les patientes à haut risque doivent faire l'objet d'un dépistage des infections sexuellement transmissibles. Les femmes qui présentent des signes et symptômes d'infection doivent bénéficier sans retard de soins d'avortement et recevoir une antibiothérapie appropriée conformément aux schémas de traitement basés sur des éléments factuels. Les partenaires des femmes atteintes d'une infection sexuellement transmissible nécessitent également un traitement.

Référence : *Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive*, Ipas 2018.

© 2020 Ipas

PROANT-F20



# ANNEXE G : ÉTAPES D'UNE ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE, TABLEAU MURAL

## Étapes d'une aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip®

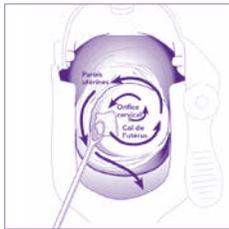
### Étape I : Préparation de la patiente

- Administrer des analgésiques avant la procédure pour qu'ils exercent leur effet maximal au début de celle-ci.
- Administrer une antibiothérapie prophylactique à toutes les patientes ou des antibiotiques à titre thérapeutique si nécessaire.
- Demander à la patiente de vider sa vessie.
- Procéder à un examen bimanuel pour confirmer la taille et la position de l'utérus.
- Insérer le spéculum et rechercher d'éventuels signes d'infection, de saignements ou d'avortement incomplet.



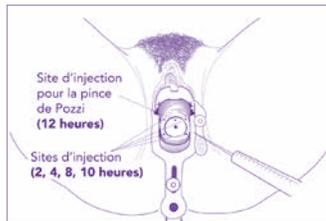
### Étape II : Préparation antiseptique du col utérin

- Utiliser une compresse imbibée d'antiseptique pour nettoyer l'orifice cervical et effectuer un mouvement en spirale vers l'extérieur sans repasser sur les zones déjà désinfectées. Répéter jusqu'à avoir recouvert entièrement l'orifice cervical d'antiseptique.



### Étape III : Administration d'un bloc paracervical

- Un bloc paracervical est indispensable avant une AMIU.
- Administrer un bloc paracervical par 20 ml de lidocaïne à 1% ou 10 ml de lidocaïne à 2%. Injecter une petite quantité de lidocaïne (1 à 2 ml) dans le col de l'utérus à l'emplacement de la pince de Pozzi (12 heures). Injecter le reste de lidocaïne, en quantités égales, sur tout le pourtour de la jonction cervico-vaginale, à 2, 4, 8 et 10 heures. Toujours aspirer avant d'injecter pour éviter une injection intravasculaire de lidocaïne.

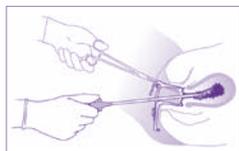


### Étape IV : Dilatation du col de l'utérus

- Recourir à une technique sans contact lors de la dilatation du col et pendant l'aspiration. Les instruments qui pénètrent dans la cavité utérine ne doivent pas entrer en contact avec les mains gantées du prestataire, la peau de la patiente, ses parois vaginales ou toute partie non stérile partie du plateau pour instruments avant de pénétrer dans le col de l'utérus.
- Utiliser des dilateurs mécaniques ou des canules de diamètre croissant pour dilater délicatement et progressivement le col de l'utérus jusqu'à obtention du degré de dilatation souhaité.

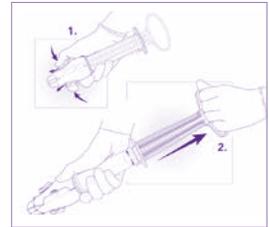
### Étape V : Insertion de la canule

- Tout en exerçant une légère traction sur col utérin, insérer la canule au travers de celui-ci, juste au-delà de l'orifice et dans cavité utérine.
- Ne pas forcer pour insérer la canule.



### Étape VI : Préparation de l'aspirateur

- Enfoncer le piston à fond dans le cylindre.
- Mettre en place le collier de blocage en insérant les pattes dans les crans du cylindre.
- Enfoncer les boutons de la valve vers le bas et vers l'avant jusqu'à ce qu'ils s'enclenchent (1).
- Tirer le piston vers l'arrière jusqu'à ce que ses bras se déploient vers l'extérieur et viennent s'appuyer sur la base du cylindre (2).



### Étape VII : Aspiration du contenu de l'utérus

- Fixer l'aspirateur préparé à la canule.
- Enclencher l'aspiration en appuyant sur les deux boutons.
- Évacuer le contenu de l'utérus en faisant tourner lentement et délicatement la canule de 180° dans un sens, puis dans l'autre, tout en lui imprimant un mouvement de va-et-vient.
- Une fois la procédure terminée, enfoncer les boutons et détacher la canule de l'aspirateur. On peut également retirer la canule et l'aspirateur simultanément sans appuyer sur les boutons.



### Signes indiquant que l'utérus est vide :

- Une mousse rouge ou rosée ne contenant plus de tissus passe à travers la canule.
- On perçoit une sensation de rugosité lorsque la canule passe sur la paroi utérine.
- L'utérus se contracte autour de la canule.
- La patiente se plaint de crampes ou de douleur, ce qui indique des contractions utérines.

### Étape VIII : Examen des tissus

- Vider le contenu de l'aspirateur dans un récipient.
- Étirer les tissus, les immerger dans de l'eau ou du vinaigre et les examiner par transparence en les éclairant par le bas.
- Examiner les tissus pour confirmer la présence des produits de la conception et le caractère complet de l'évacuation et rechercher les signes d'une éventuelle grossesse molaire.
- Si l'examen visuel n'est pas concluant, il peut s'avérer nécessaire de répéter l'aspiration ou de procéder à une évaluation plus approfondie.



### Étape IX : Réalisation des éventuelles autres procédures concomitantes

- Après la fin de la procédure, effectuer les procédures contraceptives ou les autres procédures requises, par exemple mise en place d'un stérilet ou réparation d'une éventuelle lacération du col.

### Étape X : Immédiatement après la procédure

- Dire à la patiente que la procédure est terminée.
- Veiller à ce que quelqu'un l'accompagne jusqu'en salle de réveil.
- Traiter ou éliminer immédiatement tous les instruments conformément aux protocoles locaux en vigueur.





