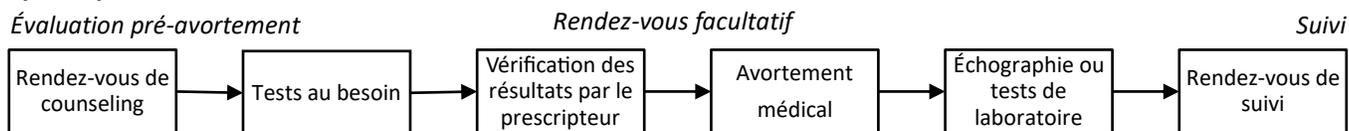


Guide de ressources pour la liste de contrôle du prescripteur d'avortement médical

Introduction

- Cette fiche est destinée aux professionnels de la santé qui fournissent l'avortement médical (AM) du premier trimestre à des personnes enceintes à risque moyen, qui choisissent l'avortement.
- Cette liste de contrôle est conforme aux directives de la SOGC de 2016 sur l'avortement médical avec la mifépristone (MIFÉ) et le misoprostol (MISO) et à la mise à jour de 2020 sur la pandémie ; d'autres schémas posologiques sont disponibles et sont décrits dans les directives de la SOGC.

Exemple de parcours de soin



1. Counseling

- Le counseling sur les options de grossesse pourrait inclure :
 - a. Un examen des options de grossesse : avortement, parentalité, adoption et, pour les options d'avortement, une description des procédures, des risques, des avantages et de la gamme d'expériences potentielles,
 - b. Discussion des soutiens pour la personne et confirmation que la décision est volontaire,
 - c. Discussion sur les besoins émotionnels, les valeurs et les capacités d'adaptation.

Comparaison de l'avortement chirurgical et médical

Avortement médical (AM)	Avortement chirurgical
Évite la chirurgie	Intervention chirurgicale
Peut prendre plusieurs jours à se compléter	Complété en 5-10 min suivi de 30-60 minutes d'observation
Douleur modérée à forte	Habituellement moins douloureux, anesthésie disponible
≥ 95% de taux de succès en 1-3 semaines	99% de taux de succès
Saignements plus abondants que les menstruations	Saignement léger
Généralement 2-3 visites en clinique + échographie et tests de laboratoire	Typiquement 1-2 visites**
Généralement gratuit si couvert par une assurance provinciale	Généralement gratuit si couvert par une assurance provinciale
Peut être complété seul à la maison	Nécessite une personne de soutien pour conduire en fonction de l'anesthésie

**en personne ou virtuel **selon la province/le territoire et le lieu d'accès*

- Counseling en contraception : La fertilité peut revenir 8 jours après l'AM ; un plan contraceptif doit être décidé à la première visite si la personne est d'accord. Discuter de la reprise des rapports sexuels après l'expulsion de la grossesse.
 - Les pilules contraceptives orales (combinées ou progestatives), le patch, l'anneau, l'implant progestatif peuvent être démarrés sans délai après la prise de mifépristone et doivent être démarrés dès que possible après la prise de misoprostol.
 - Les préservatifs peuvent être utilisés immédiatement ; l'initiation de la cape cervicale ou du diaphragme doit être retardée jusqu'à ce que le saignement s'arrête.
 - La contraception intra-utérine peut être insérée une fois que l'avortement est complet (lors du rendez-vous de suivi, utilisez la méthode de barrière jusqu'à l'insertion).

2. Détermination de l'admissibilité à un avortement médical

- Afin d'obtenir un consentement éclairé pour l'AM, la personne doit être informée des éléments suivants et avoir la possibilité d'en discuter et de poser des questions :
 1. L'AM implique l'utilisation de médicaments pour mettre fin à une grossesse.
 2. L'AM avec la mifépristone 200mg par voie orale et le misoprostol 800mcg par voie buccale est considéré comme aussi sécuritaire que l'avortement chirurgical jusqu'à 49 jours après la date du dernier menstruations (DDM) et très efficace jusqu'à 70 jours après la DDM, avec une deuxième dose de misoprostol recommandée > 63 jours.
 3. L'AM est irréversible.
 4. Tous les médicaments doivent être pris selon les directives.



5. En cas de grossesse de localisation incertaine (GLI) au moment de l'AM, le triage et le suivi supplémentaires seront nécessaires.
6. En cas (1%) d'une poursuite de la grossesse post-AM, un avortement chirurgical est recommandé car le misoprostol est tératogène.
7. Les personnes doivent avoir accès à des soins médicaux urgence pendant les 7 à 14 jours post-AM.
8. Les risques comprennent : les saignements, les crampes/douleurs pelviennes, les symptômes gastro-intestinaux (nausée/vomissements/diarrhée), les céphalées, le fièvre/les frissons et l'infection pelvienne/génitale inférieure.
9. Les risques particuliers incluent la nécessité d'une intervention chirurgicale urgente en cas de saignements abondants, de douleurs intenses, d'une poursuite de la grossesse ou de rétention de produits. Le risque de mortalité est de 0,3 sur 100 000, généralement dû à une infection ou à une grossesse extra-utérine non diagnostiquée. Le risque de mortalité est similaire à l'avortement chirurgical et inférieur à celui d'une grossesse à terme.

Expériences courantes de l'avortement médical et prise en charge recommandée

Effet secondaires	Recommandations
Saignement – commence généralement quelques heures après la prise de misoprostol ; saignements plus abondants que les menstruations normales, avec des caillots, pendant 2 à 4 heures.	Il faut conseiller aux personnes de demander de l'aide si elles trempent > 2 maxi serviettes par heure pendant > 2 heures consécutives, ou si elles présentent des vertiges, des étourdissements, ou des battements de cœur rapides.
Douleur – des crampes et des douleurs sont attendues avant et au moment de l'expulsion.	Dans la plupart des cas, l'acétaminophène et les AINS peuvent être utilisés pour gérer la douleur au besoin. Des analgésiques opioïdes légers peuvent être prescrits pour être pris au besoin. Il faut conseiller aux personnes de demander de l'aide si, au cours de l'avortement, la douleur intense n'est pas contrôlée par les analgésiques.
Effets des prostaglandines – nausées, vomissements, symptômes pseudo-grippaux, diarrhée, étourdissements, maux de tête, frissons/fièvre	Les nausées peuvent être traitées avec du dimenhhydrinate, de l'ondansétron ou de la doxylamine/pyridoxine. La diarrhée, la fièvre et les frissons sont généralement spontanément résolutifs et peuvent généralement être gérés avec des médicaments en vente libre. Il faut conseiller aux personnes de demander de l'aide si elles présentent une fièvre > 38°C durant plus de 6 heures, en particulier après le jour de l'administration du misoprostol et si elles ressentent des symptômes pseudo-grippaux, la faiblesse/l'évanouissement, des nausées, des vomissements, la diarrhée dans les jours qui suivent l'avortement.

Critères d'inadmissibilité

Contre-indications absolues	Raisons
Grossesse extra-utérine	L'AM ne traite pas la grossesse extra-utérine et les conséquences d'un diagnostic manqué pourraient mettre la vie de la personne en danger.
Insuffisance surrénalienne chronique	La MIFÉ est un anti-glucocorticoïde et peut nuire à l'action du traitement de substitution du cortisol.
Porphyrie héréditaire	La MIFÉ peut induire la synthétase δ -aminolévulinique, l'enzyme limitant la vitesse dans la biosynthèse de l'hème.
Asthme sévère non-contrôlé	La MIFÉ est un anti-glucocorticoïde et peut nuire à l'action du traitement de substitution du cortisol.
Hypersensibilité connue aux ingrédients du produit	Réaction allergique.

Contre-indications relatives	Raisons et gestion
Utilisation de corticostéroïdes à long terme	L'efficacité des stéroïdes peut être réduite pendant 3 à 4 jours après la MIFÉ et le traitement doit être ajusté.
Troubles hémorragiques ou traitement anticoagulant en cours	L'AM entraîne régulièrement une perte de sang. Des mesures de précaution peuvent être nécessaires.
Anémie avec hémoglobine < 95g/L	Dans de nombreuses études, les personnes anémiques n'ont pas obtenu l'AM. Des mesures de précaution peuvent être nécessaires.

Dispositif intra-utérin (DIU) en place	Les grossesses avec DIU en place ont plus de risques d'être susceptibles d'être extra-utérines. Les grossesses extra-utérines doivent être exclues. Si l'échographie indique une grossesse intra-utérine, le stérilet doit être retiré avant l'AM si possible.
--	--

Évaluation de la grossesse et de l'âge gestationnel

- L'AM peut être fourni sur la base d'un test de grossesse à domicile et de la DDM seuls, si la personne ne présente aucun facteur de risque ni aucun symptôme de grossesse extra-utérine, est raisonnablement certaine de la DDM, n'utilise pas de contraception hormonale, a des cycles menstruels réguliers et n'a pas d'autres contre-indications.
 - L'AM convient aux personnes ayant une grossesse intra-utérine ≤ 70 jours de gestation.
 - L'AM convient aux personnes ayant des grossesses multiples, et peut être fourni aux personnes atteintes d'une grossesse de localisation incertaine (GLI), dans le cadre d'un suivi approprié.
 - La mifépristone est contre-indiquée chez les personnes ayant une grossesse extra-utérine.
 - L'AM ne convient pas aux personnes ayant une grossesse molaire ; consulter les directives de la SOGC pour obtenir des conseils.
- Chez les personnes ayant une grossesse de localisation incertaine (GLI), l'AM peut convenir dans certaines circonstances et les fournisseurs devraient suivre les directives de la SOGC sur l'AM avec GLI.
- Les directives de la SOGC recommandent que la personne subisse une échographie avant l'AM si :
 - DDM est incertaine et l'examen pelvien n'est pas faisable ou est incertain
 - DDM remonte à plus de 70 jours
 - Présence de symptômes et de signes ou de facteurs de risque de grossesse extra-utérine
- Présence d'un dispositif intra-utérin (DIU) / système intra-utérin (SIU) à tout moment de la grossesse

- Les directives de la SOGC recommandent que toute personne présentant des facteurs de risque importantes, des signes ou des symptômes d'une grossesse extra-utérine aient une échographie de prétraitement et un β hCG sérique quantitatif de base. Les facteurs de risque de grossesse extra-utérine comprennent :

- | | |
|--|--|
| 1. Grossesse extra-utérine antérieure | 5. Dispositif intra-utérin (DIU) en place |
| 2. Chirurgie des trompes | 6. Antécédents de salpingite ou de maladie inflammatoire pelvienne |
| 3. Grossesse conçue avec des techniques de reproduction assistée | 7. Douleurs abdominales |
| 4. Ligature des trompes | 8. Saignements vaginaux |

4. Laboratoires initiaux, provision anti-D et imagerie (si indiqué)

- Le β hCG sérique quantitatif peut être mesuré pour établir une valeur de base le jour de la prise de mifépristone, si le plan est de l'utiliser pour le suivi. Dans ce cas, la diminution appropriée de β hCG est utilisée lors du suivi pour confirmer que l'avortement est complet.
 - Les taux de β hCG augmentent plus ou moins linéairement au cours des 6 premières semaines de grossesse ; cette variabilité importante limite l'utilité de β hCG pour la datation. Les taux sériques de β hCG de base et de suivi sont utiles pour évaluer si l'AM est complet.
- La numération formule sanguine (NFS) est utilisée pour vérifier l'anémie, si indiqué.
- La SOGC recommande la vérification du facteur Rh, suivi de l'administration d'immunoglobuline, lorsque l'âge gestationnel (AG) dépasse 49 jours ; la vérification du facteur Rh peut être retenu jusqu'à l'âge gestationnel (AG) de 70 jours, pendant les pandémies et les périodes de perturbation sociale
- Les personnes prévoyant avoir un avortement médical (AM) devraient être dépistées pour la chlamydia et la gonorrhée et être traités si les résultats sont positifs. La chlamydia et la gonorrhée sont associées à des taux accrus de maladie inflammatoire pelvienne à la suite d'un avortement chirurgical.
- Les résultats typiques de l'échographie transvaginale indiquant une grossesse intra-utérine ≤ 70 jours de gestation se caractérisent par la présence d'un sac gestationnel et, idéalement, d'un sac vitellin :

Résultats d'échographie	Indication de l'âge gestationnel	β hCG typique (UI / L)
Sac gestationnel	Apparaît 32-33 jours après DDM	> 1000
Sac vitellin	Apparaît 35-42 jours après DDM	7,200 – 10,800
Pôle fœtal	Apparaît 40-49 jours après DDM	--

- Une référence urgente à un obstétricien-gynécologue doit être faite en cas de grossesse extra-utérine suspectée ou confirmée.

- Si aucune grossesse intra-utérine ou preuve d'une grossesse extra-utérine n'est constatée à l'échographie transvaginale chez une personne ayant un test de grossesse positif, on considère qu'il s'agit d'une grossesse de localisation incertaine (GLI) et l'AM convient :
 - En l'absence de facteurs de risque/symptômes cliniques d'une grossesse extra-utérine et pas de sac gestationnel, si le β hCG sérique est $\leq 2\ 000$ UI/L, **OU**
 - En l'absence de facteurs de risque/symptômes cliniques d'une grossesse extra-utérine, lorsqu'un sac gestationnel est probablement présent sans sac vitellin ni pôle foetal

5. Distribution du Mifegymiso®

- Au Canada, la combinaison approuvée de produit MIFÉ/MISO consiste en 200 mg de mifépristone oral et 800 μ g de misoprostol buccal, pris 24 à 48 heures après l'administration de mifépristone. Pendant les pandémies et les périodes de perturbation sociale, les cliniciens doivent prescrire une dose supplémentaire de misoprostol 800 mcg (buccal ou vaginal) à utiliser sur la direction d'un fournisseur de soins de santé en cas de suspicion d'avortement incomplet ou échoué, et comme dose planifiée pour l'âge gestationnel (AG) plus élevé.
 - Jour 1 : Mifépristone. La personne prend un comprimé de MIFÉ 200 mg par voie orale et l'avale avec de l'eau.
 - Jour 2-3 : Misoprostol. 24 à 48 heures après la prise de MIFÉ, la personne place 4 comprimés de MISO entre les joues et les dents et les laisse en place pendant 30 minutes, puis avale les fragments restants avec de l'eau.
 - Les personnes dont l'âge gestationnel (AG) est de 63 jours ou moins doivent prendre la deuxième dose de misoprostol, si aucun saignement ne se produit dans les 24 premières heures après la première dose de misoprostol ou selon les directives du clinicien
 - Les personnes dont l'âge gestationnel (AG) est de plus de 63 jours doivent prendre une deuxième dose de misoprostol, 4 heures après la première dose.
- Selon la SOGC, l'antibioprophylaxie de routine n'est pas requise ; le dépistage et le traitement sont préférables.

6. Rendez-vous de suivi

- Un rendez-vous de suivi au bureau ou par téléphone est requis pour confirmer que l'avortement est complet. Ce rendez-vous doit être planifié 7 à 14 jours après l'administration de la mifépristone.
- Le rendez-vous de suivi doit inclure le dépistage des complications telles que
 - Rétention de produits de conception,
 - Poursuite de la grossesse,
 - Infection post-avortement, et
 - Syndrome de choc toxique.
- La confirmation que l'AM est complet peut être clinique, par échographie, par mesure de β hCG sérique ou par test de grossesse urinaire à haute sensibilité.
 - Échographie → généralement nécessaire uniquement si le résultat est incertain ou s'il existe des symptômes tels que des saignements prolongés
 - β hCG → une diminution de 80 % de β hCG sérique mesurée 7 à 14 jours par rapport au niveau de base est très prédictive d'un avortement médical (AM) complet
 - Test de grossesse urinaire à haute sensibilité → test négatif 4 semaines après la prise de misoprostol
- Pour une grossesse de localisation incertaine (GLI), l'option d'un suivi rapide le jour 3 → une diminution de 50 % de base lors du suivi 24 à 48 heures après MISO est très prédictive d'un avortement médical (AM) complet
- Déclaration des effets indésirables à Santé Canada : remplir un rapport en ligne à <https://webprod4.hc-sc.gc.ca/medeffect-medefet/index-fra.jsp> ou appeler le bureau régional de Canada Vigilance au 1-866-234-2345.



Références : Costescu D, Guilbert E, Bernardin J, Black A, Dunn S, Fitzsimmons B, et al. [Medical abortion](#). *J Obstet Gynaecol Can.* 2016;38(4):366–89; Costescu D, Guilbert E, Wagner MS, Dunn S, Norman WV, Black A, Renner R, Bernardin J, Fitzsimmons B, Trouton K. [Induced abortion: updated guidance during pandemics and periods of social disruption](#); Guilbert E, Costescu D, Wagner MS, Renner R, Norman WV, Dunn S, Fitzsimmons B, Trouton K, Bernardin J, Black A, Thorne JG. [Canadian protocol for the provision of medical abortion via telemedicine](#).

