

Avortement médical

La présente directive clinique a été rédigée par le groupe de travail sur les directives cliniques en matière d'avortement provoqué et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEURS PRINCIPAUX

Dustin Costescu, MD, Hamilton (Ont.) (coprésident)
 Édith Guilbert, MD, Québec (Québec) (coprésidente)
 Jeanne Bernardin, MD, Moncton (N.-B.)
 Amanda Black, MD, Ottawa (Ont.)
 Sheila Dunn, MD, Toronto (Ont.)
 Brian Fitzsimmons, MD, Vancouver (C.-B.)
 Wendy V. Norman, MD, Vancouver (C.-B.)
 Helen Pymar, MD, Winnipeg (Man.)
 Judith Soon, PhD, Vancouver (C.-B.)
 Konia Trouton, MD, Victoria (C.-B.)
 Marie-Soleil Wagner, MD, Montréal (Québec)
 Ellen Wiebe, MD, Vancouver (C.-B.)

COLLABORATRICES SPÉCIALES

Karen Gold, SW, Toronto (Ont.)
 Marie-Ève Murray, MD, Montréal (Québec)

REMERCIEMENTS

Beverly Winikoff, New York, NY, USA
 Matthew Reeves, Washington, DC, USA
 Tous les auteurs nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation et aucun d'entre eux n'a déclaré de conflits d'intérêts.

Mots clés: medical abortion, induced abortion, early abortion, mifepristone, misoprostol

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2016.04.001>

J Obstet Gynaecol Can 2016;38(4):390-420

Copyright © 2016 The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Résumé

Objectif : La présente directive clinique passe en revue les données probantes traitant des paramètres entourant l'offre d'un avortement provoqué médical au premier trimestre, dont les critères d'admissibilité, le counseling, le consentement, les schémas posologiques fondés sur des données probantes et les facteurs particuliers à prendre en considération pour les cliniciens qui offrent des services d'avortement médical.

Destinataires : Les gynécologues, médecins de famille, infirmières autorisées, sages-femmes, résidents et autres fournisseurs de soins de santé qui offrent actuellement (ou qui planifient offrir) des services de counseling quant aux options en matière de prise en charge de la grossesse, des services d'avortement médical ou encore des services de planification familiale.

Population cible : Les femmes qui connaissent une grossesse imprévue qui en est au premier trimestre.

Résultats : La littérature publiée a été récupérée par l'intermédiaire de recherches menées dans PubMed, MEDLINE et *The Cochrane Library* entre juillet 2015 et novembre 2015 au moyen d'un vocabulaire contrôlé approprié (termes de recherche MeSH : *Induced Abortion, Medical Abortion, Mifepristone, Misoprostol, Methotrexate*). Les résultats ont été restreints aux analyses systématiques, aux études observationnelles et aux essais comparatifs randomisés / essais cliniques comparatifs publiés en anglais entre juin 1986 et novembre 2015. De surcroît, les lignes directrices existantes issues d'autres pays ont été consultées à des fins d'analyse. La mise en œuvre d'une recherche au sein de la littérature grise (non publiée) ne s'est pas avérée requise.

Valeurs : La qualité des résultats a été évaluée au moyen des critères décrits dans le rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs ([Tableau 1](#)).

Avantages, désavantages et coûts : L'avortement médical est une intervention sûre et efficace qui ne donne que rarement lieu à des complications. L'accès à cette intervention et les coûts connexes dépendront du financement provincial et territorial dont bénéficiera le schéma posologique combiné mifépristone / misoprostol, ainsi que de la disponibilité de praticiens en mesure d'offrir de tels services.

Déclarations sommaires

Introduction

1. Dans les pays où l'utilisation de la mifépristone est approuvée, les femmes disposent d'un accès amélioré à l'avortement médical; toutefois, les taux d'avortement ne connaissent alors pas de hausse. (II-3)

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques en matière d'avortement médical à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans la permission écrite de la SOGC.

2. Les femmes qui peuvent choisir leur mode d'avortement présentent des taux de satisfaction accrus. (II-1)

Soins pré-avortements

3. En l'absence de services d'échographie facilement accessibles, l'âge gestationnel peut être estimé, chez les femmes qui sont certaines de la date de leurs dernières menstruations, au moyen des trois paramètres suivants : date des dernières menstruations, histoire clinique et résultats de l'examen physique. La tenue d'une échographie est requise lorsque l'incertitude persiste. (II-2)
4. Chez les femmes qui demandent à vivre un avortement, la probabilité de constater une grossesse ectopique est régulièrement inférieure à celle qui prévaut au sein de la population générale. (II-3)

ABRÉVIATIONS

AC	avortement chirurgical
ACOG	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
AG	âge gestationnel
AINS	anti-inflammatoires non stéroïdiens
AM	avortement médical (ou médicamenteux)
AMPR	acétate de médroxyprogestérone-retard
ARNm	acide ribonucléique messager
AUP	acétate d'ulipristal
β hCG	bêta-gonadotrophine chorionique humaine
CATS	choc toxique associé à <i>Clostridium sordellii</i>
CIU	contraceptif intra-utérin
COC	contraceptifs oraux combinés
CSTS	choc toxique d'allure <i>Clostridium sordellii</i>
DIU	dispositif intra-utérin
DM	dernières menstruations
ECR	essai comparatif randomisé
GE	grossesse ectopique
GLI	grossesse de localisation incertaine
GIU	grossesse intra-utérine
ITS	infections transmissibles sexuellement
LCC	longueur céphalo-caudale
MIFÉ	mifépristone
MIFÉ/MISO	mifépristone / misoprostol
MIFÉ200/ MISO800	combinaison de mifépristone et de misoprostol, administrée conformément aux consignes stipulées dans la monographie de produit
MTX/MISO	méthotrexate / misoprostol
NAF	<i>National Abortion Federation</i>
OMS	Organisation mondiale de la santé
PDCR	produits de conception en rétention
PPFA	<i>Planned Parenthood Federation of America</i>
PPS	pilules à progestatif seul
SFP	<i>Society of Family Planning</i>
VPI	violence entre partenaires intimes

Schémas posologiques d'avortement médical

5. Bien que nous ne disposions que de données probantes limitées quant à la tératogénicité de la mifépristone, le risque global semble être faible. (III)
6. Le misoprostol est un agent tératogène connu lorsqu'il est utilisé au cours du premier trimestre de la grossesse. (II-2)
7. Le risque de tératogénicité est élevé lorsque l'on a recours au méthotrexate. (II-3)
8. L'administration de 200 mg de mifépristone, par voie orale, et de 800 μ g de misoprostol, par voie buccale, compte une efficacité se situant entre 95 % et 98 % jusqu'à ce que 49 jours se soient écoulés depuis les dernières menstruations. Le risque de constater une grossesse toujours en cours est inférieur à 1 %. (I)
9. L'administration de 200 mg de mifépristone, par voie orale, et de 800 μ g de misoprostol, par voie buccale, vaginale ou sublinguale, compte une efficacité se situant entre 87 % et 98 % jusqu'à ce que 63 jours se soient écoulés depuis les dernières menstruations. Le risque de constater une grossesse toujours en cours est inférieur à 3,5 %. (I)
10. L'administration de méthotrexate par voie intramusculaire / orale et de misoprostol par voie vaginale / buccale compte une efficacité se situant entre 84 % et 97 % jusqu'à ce que 63 jours se soient écoulés depuis les dernières menstruations. Le risque de constater une grossesse toujours en cours se situe entre 0,4 % et 4,3 % (I)

Mise en œuvre de l'avortement médical

11. Rien ne permet de soutenir ou de rejeter l'administration systématique d'immunoglobuline Rh aux femmes Rh négatives qui connaissent un avortement médical avant que 49 jours ne se soient écoulés depuis les dernières menstruations. (III)
12. Nous ne disposons pas de données probantes solides permettant de soutenir l'administration systématique d'une antibioprofylaxie dans le cadre de la tenue d'un avortement médical. (II-2)
13. L'avortement médical est associé à des saignements (lesquels sont souvent plus abondants que dans le cadre des menstruations régulières) et à des crampes potentiellement graves. (III)
14. Chez les femmes qui connaissent un avortement médical, l'administration prophylactique d'ibuprofène n'offre pas une maîtrise de la douleur supérieure à celle qu'offre le recours à une posologie de type « au besoin ». (I)

Soins post-avortements

15. Les consultations à distance et en clinique donnent lieu à des taux de suivi semblables. (II-2)
16. Lorsque tant les femmes que leurs cliniciens estiment que l'expulsion a bel et bien eu lieu en ne se fondant que sur l'histoire clinique de l'intervention, la constatation d'un avortement achevé est probable. (II-2)
17. La tenue d'une échographie et/ou d'une série de tests cherchant à déterminer le taux sérique de bêta-gonadotrophine chorionique humaine permet l'obtention d'une preuve décisive de l'interruption de la grossesse. (I)
18. La constatation, au moment de la première consultation de suivi (de 7 à 14 jours à la suite de l'intervention), d'une chute du taux sérique de bêta-gonadotrophine chorionique humaine de l'ordre de 80 % ou plus, par comparaison avec le taux prétraitement, révèle l'achèvement de l'avortement médical. (II-2)
19. Lorsque l'on a recours à l'échographie pour évaluer l'achèvement d'un avortement médical, l'épaisseur endométriale ne permet pas à elle seule de prédire la nécessité de procéder subséquentement à une intervention chirurgicale. (II-2)

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3963108>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3963108>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)